



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Iida Aalto ja Linda Piironen

**TIEDONKULKUUN LIITTYVÄT
VAARATAPAHTUMAT
POTILASTURVALLISUUDEN
HAASTEENA**

Erään kaupungin Haipro-ilmoitukset vuosina 2010 ja 2013

Sosiaali- ja terveysala
2015

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Iida Aalto ja Linda Piironen
Opinnäytetyön nimi	Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat potilasturvallisuuden haasteena – Erään kaupungin Haipro-ilmoitukset vuosina 2010 ja 2013
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	49 + 2 liitettä
Ohjaaja	Riitta Koskimäki

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli verrata vuosina 2010 sekä 2013 erään kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden osastossa tehtyjä tiedonkulkuun liittyviä Haipro-ilmoituksia. Vertailun avulla saadaan tietää tiedonkulkuun liittyviä ongelmakohtia ja onko vertailtavien vuosien välillä eroavaisuuksia: tulosten perusteella voidaan antaa organisaatiolle kehittämisehdotuksia tai jatkotutkimusaiheita ongelmakohtien selvittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Opinnäytetyöllä halutaan vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tutkimusaineisto koostui vuosina 2010 sekä 2013 tehdyistä tiedonkulkuun liittyvistä vaaratapahtumailmoituksista, jotka oli kirjattu Haipro-raportointijärjestelmään. Analysoitavia ilmoituksia oli yhteensä 91. Haipro-ilmoituksen avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä ja suljetut kysymykset SPSS-ohjelmalla.

Työn teoreettinen viitekehys käsittelee potilasturvallisuutta, tiedonkulkua, vaaratapahtumia ja Haipro-raportointijärjestelmää. Teoreettinen viitekehys koostuu hoitotieteellisistä sekä lääketieteellisistä julkaisuista, joita on haettu koti- sekä ulkomaisista tietokannoista. Lähteinä on myös käytetty muuta terveysalan kirjallisuutta. Tieteellisiä artikkeleita etsittiin Arto, Cinahl, JBI, Medic ja Pubmed -tietokannoista.

Vuosina 2010 sekä 2013 suurin osa vaaratapahtumista syntyi suullisessa tiedonkullussa ja viestinnässä. Vaaratapahtumat syntyivät informaatiokatkosten myötä eri yksiköiden välillä tai yksikön sisällä. Toiseksi eniten vaaratapahtumia aiheutui potilastiedon hallinnassa. Vuonna 2010 suurimpana myötävaikuttavana tekijänä vaaratapahtuman syntyyn oli käytettävissä olevan tiedon hyödyntämisen puutteellisuus. Vuonna 2013 kirjallisen kommunikoinnin puutteellisuus tai epäselvyys myötävaikuttivat eniten vaaratapahtumien syntyyn. Vuosina 2010 sekä 2013 vaaratapahtumista yleisin esiintynyt haitta potilaalle oli virhe lääkehoidossa. Tulosten perusteella riskialttiita tilanteita vaaratapahtumien synnyssä olivat siirrot yksiköiden välillä ja kotiutustilanteet.

ABSTRACT

Authors	Iida Aalto and Linda Piironen
Title	Patient Safety Incidents Related to the Flow of Information as a Challenge for Patient Safety – Haipro-Notifications of a City in 2010 and 2013
Year	2015
Language	Finnish
Pages	49 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Riitta Koskimäki

The purpose of this bachelor's thesis was to compare Haipro-notifications related to the flow of information made in the department of social services and health in a city in 2010 and 2013. Comparing these years can reveal the possible problems with the flow of information and differences between the years: the organization can thus be provided with development suggestions and topics for further research in order to solve the problems and improve patient safety. The aim is to have effect on the developing of the social care and health services. The research material consisted of patient safety incident reports related to the flow of information registered in the Haipro-reporting system in years 2010 and 2013. The material consisted of total of 91 patient safety incidents. The open-ended questions in the Haipro-notification were analyzed with content analysis method and the close-ended questions were analyzed with SPSS-software.

The theoretical framework deals with patient safety, the flow of information, patient safety incidents and Haipro-reporting system. The theoretical framework consists of nursing and medical journals, both domestic and foreign databases have been utilized. Also other nursing science literature has been used as a source. Scientific articles were searched from Arto, Cinahl, JBI, Medic and PubMed -databases.

In years 2010 and 2013 the majority of patient safety incidents were caused by oral flow of information and communication. The majority of patient safety incidents were brought by problems in the flow of information between the various units or within the unit. The second most frequent reason for patient safety incidents was managing patient documentation. In year 2010 the largest contributing factor to a patient safety incident was insufficient use of the information that was available. In year 2013 inadequate or unclear written communication was the most contributing factor to the occurrence of a patient safety incident. In the years 2010 and 2013 the most common harm to the patient was an error in the pharmacotherapy. The results show that situations that include risks for the patient safety are patient transfers from one unit to another and patient discharge.

Keywords	Patient safety, flow of information, patient safety incident, Haipro-reporting system
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	7
2 POTILASTURVALLISUUS	8
2.1 Potilasturvallisuuden tavoitteet ja linjaukset	8
2.2 Potilasturvallisuutta koskevat lait ja säännökset	10
2.3 Hoidossa tapahtuneiden virheiden seuraukset	11
3 TIEDONKULKU	12
3.1 Haasteet tiedonkulussa	12
3.2 ISBAR-työkalu ja sen käyttäminen	14
4 VAARATAPAHTUMA	16
4.1 Vaaratapahtumien ennaltaehkäisy	16
4.2 Vaaratapahtumista oppiminen	18
5 HAIPRO-RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ	19
5.1 Haipro-raportointijärjestelmän tarkoitus ja tavoite	19
5.2 Vaaratapahtumailmoitukset	20
5.3 Raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödyntäminen	21
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ...	23
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
7.1 Tutkimusaineisto	24
7.2 Aineiston analyysi	25
7.2.1 Kvantitatiivinen aineiston analyysi	25
7.2.2 Kvalitatiivinen aineistonanalyysi	26
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1 Tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät	27
8.2 Vaaratapahtumien luonne	28
8.3 Vaaratapahtumista koituneet seuraukset potilaille	29
8.4 Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvien tapahtumien tyypit	30
8.5 Avointen kysymysten tulokset	30
9 POHDINTA	35

9.1 Johtopäätökset	37
9.2 Tutkimuksen luotettavuus	38
9.3 Tutkimuksen eettisyys	40
9.4. Jatkotutkimusaiheet	43
LÄHTEET	44
LIITTEET	

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Myötävaikuttaneet tekijät vuosina 2010 ja 2013.	s. 28
Taulukko 2. Vaaratapahtumien luonne vuosina 2010 ja 2013.	s. 29
Taulukko 3. Potilaille aiheutuneet haitan asteet vuosina 2010 ja 2013.	s. 29
Taulukko 4. Tapahtumatyypit vuosina 2010 ja 2013.	s. 30
Taulukko 5. Tapahtumaolosuhteet vuosina 2010 ja 2013.	s. 32
Taulukko 6. Vaaratapahtumista aiheutuneet seuraukset potilaille vuosina 2010 ja 2013.	s. 34

LIITELUETTELO

LIITE 1. Haipro-raportointijärjestelmän ilmoittajan näkymä.

LIITE 2. Aineistolähtöinen sisällön analyysi.

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön teema on potilasturvallisuus, joka on ajankohtainen aihe terveydenhuollossa. Se on keskeinen osa hoidon laatua ja sen turvaamiseksi tulee kehittää taustalla olevia rakenteita, olosuhteita ja toimintaa (Helovu, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2011, 13). Potilasturvallisuuteen liittyvää uutta tutkimustietoa on tärkeä tuottaa: voidaan selvästi osoittaa kehittämistyön aikaan saamat edut ja potilasturvallisuustyön tarkoitus niin potilaille, työntekijöille kuin organisaatioille (Helovu ym. 2011, 103). 1990-luvulta lähtien on lisääntyvissä määrin tehty potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimustyötä. Tutkimukset vaaratapahtumien syistä, raportoinnista sekä niiden ennaltaehkäisystä ovat myös yleistyneet. (Peltomaa 2009, 24.)

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa tiedonkulkuaan liittyvistä ongelmakohdista, esimerkiksi minkälaisissa tilanteissa tiedonkulkuaan liittyviä vaaratapahtumia on syntynyt. Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella voidaan antaa työn tilanteelle organisaatiolle kehittämisehdotuksia ja jatkotutkimusaiheita ongelmakohtien selvittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Opinnäytetyöllä halutaan vaikuttaa sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Opinnäytetyössä vertailtiin vuosina 2010 ja 2013 tehtyjä tiedonkulkuaan liittyviä Haipro-ilmoituksia. Haipro-raportointijärjestelmän tavoitteena on saada selville mahdollisimman monipuolisesti terveydenhuollon yksikön sisäisessä toiminnassa tapahtuvat vaaratapahtumat siten, että haittatapahtumien uusiutuminen voidaan estää (Kinnunen 2009, 121).

Kirjallisuushaussa käytettiin Arto, Cinahl, JBI, Medic ja PubMed-tietokantoja. Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja ja niiden yhdistelmiä: potilasturvallisuus (patient safety), tiedonkulku (flow of information), vaaratapahtuma (patient safety incident), haittatapahtuma (adverse event), läheltä piti – tapahtuma (near miss) ja Haipro-raportointijärjestelmä (Haipro-reporting system). Haku rajattiin vuosiin 2004–2014 ja hakujen perusteella löydettiin aiempia tutkimuksia tämän tutkimuksen aiheeseen liittyen.

2 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus-käsitettä käytetään terveydenhuollon organisaatioiden ja yksiköiden periaatteista sekä toiminnoista, joiden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumiselta ja taata hoidon turvallisuus (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6).

Potilasturvallisuus on terveydenhuoltojärjestelmässä käytetty laaja käsite, joka kattaa erilaisia alakäsitteitä. Hoitotyön johtajalla on tärkeä asema potilasturvallisuuden kokonaisuuden hahmottamisella ja sen liittämisellä käytännön hoitotyöhön. Käytännön hoitotyössä potilasturvallisuudella tarkoitetaan henkilöstön ammattitaitoa, yleistä turvallisuutta toimintamiljöössä, sekä laite- ja lääkitysturvallisuutta, että hoidon turvallisuutta. (Kotisaari & Kukkola 2012, 63.) Laiteturvallisuudella tarkoitetaan laitteiden turvallisuuden lisäksi sitä, että henkilökunta osaa käyttää niitä oikein, jotta potilaan turvallisuus ei vaarannu. Lääkitysturvallisuudessa kyse voi olla lääkevalmisteesta ja siihen liittyvistä haitallisista vaikutuksista tai potilaan lääkehoidossa tapahtuneesta poikkeamasta, jonka takia hoito ei toteudu suunnitelmien mukaisesti. Hoidon turvallisuus koostuu hoitomenetelmien turvallisuudesta sekä siitä, että niitä toteutetaan turvallisesti hoitoprosessin aikana. Myös tiedonkulku on osa potilasturvallisuutta. (Autti & Keistinen 2013, 141; Helovuori ym. 2011, 13; Snellman 2009, 37.)

2.1 Potilasturvallisuuden tavoitteet ja linjaukset

Potilasturvallisuuden tavoitteena on ehkäistä, välttää ja lievittää vammoja, jotka ovat terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta johtuvia. Potilasturvallisuutta voi parhaiten edistää, kun ymmärtää, että turvallisuus ei muodostu pelkästään yksilön, laitteen tai työyksikön toiminnasta vaan siihen vaaditaan vuorovaikutusta muiden tahojen kanssa. Tärkeässä asemassa potilasturvallisuutta parannettaessa ovat esimiehet, joiden tärkeänä tehtävänä on saada ankkuroitua potilasturvallisuus toiminnan rakenteisiin sekä pääperiaatteisiin. Riittävä ammattitaitoinen henkilöstö, joka tähtää potilaslähtöiseen hoitoon, on myös oleellisessa osassa potilasturvallisuuden kehittämisessä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 63; Kuisma 2012, 51; WHO 2008.)

Variksen (2011) pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli terveydenhuollon henkilöstön näkökulmasta tuottaa tietoa potilasturvallisuuden tilasta sekä kuvata sitä. Vastaajien mukaan keskeinen potilasturvallisuuden tekijä oli riittävä henkilöstöresurssi. Turvallisuutta lisää vakituisen henkilökunnan lisääminen eli esimerkiksi sijaisten vakinaistaminen sekä henkilökunnan perehdyttäminen ja kouluttaminen, että Haipro-raportointijärjestelmän käyttö. Hyvä työilmapiiri parantaa potilasturvallisuutta, sillä keskustelu on tällöin avointa ja rehellistä. Vastaajien mukaan, potilaiden kirjo, ylipaikoilla olevat potilaat, ohjauskäytäntöjen puutteellisuus tai epäselvyys, hoitoon pääsyn viivästyminen sekä potilassiirtoihin liittyvät ongelmat heikensivät potilasturvallisuutta. Sitä heikensivät myös viestintään liittyvät ongelmat. (Varis 2011, 24, 26–27, 29–32, 34.)

Hoitovirheitä ja potilasvahinkoja on kuvattu ja tutkittu yli vuosisadan. Lääketieteen ja hoitoalan ammattilaiset eivät kuitenkaan näyttäneet tunnistavan tai eivät olleet valmiita tunnustamaan ongelman laajuutta tai vakavuutta. (Vincent 2010, 14.) 2000-luvulla potilasturvallisuuteen liittyvät asiat ovat nousseet esille ja aiheuttaneet maailmanlaajuisia keskustelua. Vuonna 2004 Maailman terveysjärjestö WHO perusti World Alliance for Patient Safety -organisaation jotta taattaisiin maailmanlaajuisesti edellytykset potilasturvallisuustyölle. Allianssin tavoitteina ovat siihen kuuluvien valtioiden potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen tukeminen, sitä parantavien toimintatapojen käyttöönotto sekä potilaiden asettaminen potilasturvallisuushoitotyön keskiöön. Merkittävä ihmisoikeus on saada laadukasta terveydenhuoltoa potilasturvallisuutta koskevan ensimmäisen julistuksen mukaan. Suomen potilasturvallisuuden linjauksista vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Tavoitteena on varmistaa, että potilasturvallisuus Suomessa ylittää sellaiselle tasolle, joka täyttää eurooppalaiset vaatimukset. Suomessa on edistetty potilasturvallisuutta tavoitteellisesti vuodesta 2005. (Autti & Keistinen 2013, 141; Helovuori ym. 2011, 25.)

Potilasturvallisuusstrategiat ohjaavat Euroopan Unionin (EU) alueella potilasturvallisuuden toteutumista, sekä edistämistä johdonmukaisesti ja tehokkaasti. Potilaan hakeutuessa hoitoon missä tahansa EU-maassa turvataan täten potilaiden hoito, vaikka potilas ei olisi kyseisen maan kansalainen. (Autti & Keistinen 2013,

141; Snellman 2009, 37.) Vuonna 2009 sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi Suomen ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009–2013. Strategian avulla pyrittiin yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edesauttamaan sen toteutumista. Valtioneuvostolle kyseinen strategia on tukena päätettäessä ja säädettäessä asioita, jotka koskevat potilasturvallisuutta. Strategian näkemyksenä on turvallinen ja vaikuttava hoito. Tavoitteiksi muodostuivat raportointi vaaratilanteista ja oppiminen näistä tilanteista, ennakoiva hallinta potilasturvallisuuteen liittyen sekä potilaslähtöisyyden ja potilaan osallisuuden lisääminen. Strategia ohjaa suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Ministry of Social Affairs and Health 2009, 13–19; Autti & Keistinen 2013, 141, 143–144; Helovuoto ym. 2011, 32.)

2.2 Potilasturvallisuutta koskevat lait ja säännökset

Useiden potilasturvallisuutta koskevien säännösten nojalla pyritään siihen, että hoidon haitat tunnistettaisiin, niihin puututtaisiin ja ennaltaehkäistäisiin (Aaltonen & Rosenberg 2013, 9). Sosiaali- ja terveysministeriö on vastuussa potilasturvallisuuden säädösvalmisteluista Suomessa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) pitää sisällään potilaan näkökulmasta tärkeitä kokonaisuuksia, kuten esimerkiksi potilaan tiedonsaantioikeuden ja itsemääräämisoikeuden. Kyseinen laki takaa sen, että terveyspalvelut ovat saatavilla yhdenvertaisesti ja jokaisella on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Helovuoto ym. 2011, 38–40; L17.8.1992/785.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee sen, että terveydenhuollon toiminta tulisi olla laadukkaasti ja ammattitaitoisesti toteutettua näyttöön sekä luotettaviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011. Sitä täydentää asetus, jossa määritellään jokaisessa terveydenhuollon organisaatiossa laadittavan potilasturvallisuussuunnitelman sisältö. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8; Helovuoto ym. 2011, 38–40; L30.12.2010/1326; Peltomaa 2013, 225.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittelee sen, että terveydenhuoltoalalla työskentelevillä ammattihenkilöillä on siihen edellytetyt koulutus sekä tarvittava pätevyys. Potilasvahinkolaki (585/1986) koskee henki-

lövahinkojen korvaamista potilasvakuutuksessa, jos potilaalle on terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä koitunut haitta. Lääkelaki (395/1987) varmistaa lääkkeiden asianmukaisen valmistuksen sekä turvaa ja edistää sitä, että lääkkeitä käytetään turvallisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) on otettu käyttöön tarkoituksena säilyttää ja edistää laitteiden käytön turvallisuutta. (Helovuo ym. 2011, 38–40: L24.6.2010/629; L28.6.1994/559; L30.4.1987/395; L25.7.1986/585.)

2.3 Hoidossa tapahtuneiden virheiden seuraukset

On arvioitu, että EU:ssa joka vuosi 8-12 % potilaan sairaalahoitajaksoon liittyy jonkin asteinen hoitovahinko. Joka sadannelle haitta on vakava ja joka tuhannelle vahinko on johtanut pysyvään haittaan tai kuolemaan. Yleisimpiä syitä ovat puutokset ja viat toimintatavoissa tai -järjestelmissä. Tiedonkulkuun liittyviä ongelmia lisäävät entistä suppeammat ja eriytyneemmät tehtäväkuvat. (Aaltonen, Mattila, Mäkijärvi & Saario 2008, 3791; Doupi 2009, 7; Euroopan komissio 2008; Kotisaari & Kukkola 2012, 63; Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.)

Eri ammattiryhmien väliset puutteet viestinnässä aiheuttavat potilaille sairaalahoiton venymisen tai 1,8-kertaisen riskin kuolla. Monissa tutkimuksissa on todettu, että potilasturvallisuus vaarantuu henkilöstön välisen puutteellisen viestinnän myötä. (Dingley, Daughterty, Derieg & Persing 2010.) Vuosittain Suomessa menehtyy hoidossa tapahtuneiden virheiden vuoksi n. 700–1700 potilasta ja sen vuoksi laadunhallinnassa on keskeistä virheiden määrän vähentäminen. Kaikkien terveydenhuollon yksikön toimintakulttuurissa potilasturvallisuuden tulee olla laadunhallintaa. Hoitovahinkojen ja haittatapahtumien myötä Suomen terveydenhuollolle koituu melkein miljardin euron edestä lisäkustannuksia, kun potilaiden hoito pitkittyy. Ainoastaan sairaaloiden vuodeosastoilla aiheutuu 400 miljoonan euron kustannukset vuosittain potilaiden lisähoitopäivistä. Miljardin euron summasta ainakin puolet olisi säästettävissä, sillä haittatapahtumista ehkäistävissä olisi puolet. (Aaltonen ym. 2008, 3792; Järvelin, Haavisto & Kaila 2010, 1126; Seppä 2008, 1211; THL 2011 a, 9.)

3 TIEDONKULKU

Viestinnän tarkoituksena on välittää informaatiota, ilmaista tukea, ohjata ja kordinoida toimintaa, rakentaa ilmapiiriä, keskinäistä luottamusta ja tehokkaita vuorovaikutuskäytäntöjä. Moniammatillisessa yhteistyössä tärkeitä asioita ovat muun muassa asennoituminen toisten tietämiseen, toisia tukeva sekä kunnioittava ilmapiiri ja yhteisen päämäärän tavoittelu. Tehtävänä on ratkaista potilaan ongelma eri ammattiryhmien taitoja yhdistämällä. Hyvään yhteistyöhön ammattiryhmien välillä ja potilasturvallisuuden takaamiseksi tarvitaan työtehtävien vakiointia, suunnitelmallisuutta ja selkeitä sopimuksia muun muassa vastuista, tiedonkulusta ja tehtävien asioiden tärkeysjärjestyksestä. Raportointi on yksi kommunikaatiomuodoista, jota käytetään paljon sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Tietoa voidaan lukea ja hyödyntää aiempaa enemmän sähköisessä muodossa (tietokoneet) ja tämä luo uusia haasteita hyvän kommunikaation toteutumiseen. Hyvän kirjallisen raportoinnin toteutumiseen vaaditaan potilastietojärjestelmien helppokäyttöisyyttä ja luotettavuutta. (Härkönen 2012, 58; Kettunen & Gerlander 2013, 305–306, 310, 312.)

3.1 Haasteet tiedonkulussa

Viestintä ja vuorovaikutussuhteet potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten kesken vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen ja työn laatuun ja siten myös potilasturvallisuuden toteutumiseen. Potilasturvallisuutta uhkaavat vaikeudet kielellisessä yhteisymmärryksessä sekä vuorovaikutustaidoissa. (Kettunen & Gerlander 2013, 293, 303–304; Kupari & Rantanen 2012, 21.) Kommunikaatiossa ilmeneviä epäkohtia voivat olla esimerkiksi puutteet tiimityöskentelyssä tai ammattitaidossa ja eri ammattiryhmien välinen hierarkia tai niiden keskinäisen kunnioituksen puute. Potilaita hoidetaan moniammatillisissa työryhmissä ja niiden toimivuus tai toimimattomuus vaikuttaa oleellisesti potilasturvallisuuteen. Erilaiset työparit ja –ryhmät korostavat erilaisia viestintätapoja ja yleensä hoitovahinkojen taustalta löytyy viestintään ja vuorovaikutussuhteisiin liittyviä syitä. Ryhmän sisäiset epäselvyydet hoitovastuusta, eri ammattiryhmien väliset eroavaisuudet raportointityylissä ja yhtenäisen tiedonvälityksen puute aiheuttavat ongelmia kommunikaatios-

sa. (Kettunen & Gerlander 2013, 293, 303–304; Kinnunen & Peltomaa 2009, 86–87; Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29.)

Kyseenalaistaminen tai epävarmuuden näyttäminen eivät kuulu perinteeseen, jolloin asioita voidaan ymmärtää väärin tai ne voidaan jättää ilmaisematta ja se heikentää potilasturvallisuutta. Ilman ryhmän keskinäistä kommunikaatiota, ei voi tietää mitä muut jo tietävät. Tällainen tilanne voi johtaa vakavaan informaatiokatkokseen. Tiedonkulun varmistaminen toimivin viestintätavoin ja avoimuus kyseenalaistaa ja kysyä ovat keinoja, joilla voidaan huomattavasti parantaa potilasturvallisuutta. Näin toimiessa mahdolliset virheet pystyisi havaita ja korjata. (Mustajoki, Kinnunen, Aaltonen & Helovuori 2014, 2811–2812.)

Yleisimpiä riskitilanteita, joissa hoitovahinkoja voi syntyä ovat tiedonsiirtotilanteet hoitohenkilökunnan tai eri hoitoyksiköiden välillä. Sekaannukset esimerkiksi potilaan tunnistamisessa tai potilasasiakirjamerkinnöissä ovat myös tavallisia hoitovahinkojen aiheuttajia. (Lindh & Sahlqvist 2012, 20.) Erilaisten tarkistuslistojen käyttö yhtenäistää toimintatapoja ja vähentää virheitä. Erityishuomiota tulisi kiinnittää tiedonkulun varmistamiseen yksiköiden välillä sekä työvaiheisiin, jotka liittyvät potilassiirtoihin. (THL 2011 b, 24.)

Perkiön (2008) pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien viestintää potilaista, jotka siirtyvät sisätautien vuodeosastolle päivystyspoliklinikalta. Tutkimuksen mukaan siirtyvistä potilaista valmistauduttiin huolella ilmoittamaan suullisesti sisätautien vuodeosastolle, mutta usein suullisen tiedotuksen aikana esiintyi häiriötilanteita. Häiriötilanteita, jotka keskeyttivät tiedotustilanteen, olivat muun muassa puhelimen soiminen, työkavereiden kysymykset ja äänekäs keskustelu kansliassa. Tutkimuksessa todettiin, että päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien olisi kerrottava ja kirjattava tiedotuksessa tarkemmin muun muassa potilaan liikuntakyky ja lääkitys. Tuloksissa tuli myös ilmi, että kiire vaikuttaa tiedotuskäytäntöön: usein päivystyspoliklinikka oli täynnä ja sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajilla, etenkin iltaisin, oli muita työtehtäviä hoidettavana, jolloin ei ehtinyt puhelimeen saamaan viestiä saapuvasta potilaasta. (Perkiö 2008, 9, 68, 79–80.)

Tirkkosen (2011) pro gradu -tutkielman tuloksissa käy ilmi vastaajien arvioita työvuorojen vaihdoista ja siirtymisistä. Sen mukaan 43 % vastaajista arvioi, että potilaita siirrettäessä yksiköstä toiseen asioita ei katoa tai jää hoitamatta. Niin kuitenkin käy kolmasosan (30 %) mielestä. Tiedonvälityksessä eri yksiköiden välillä esiintyy usein ongelmia 37 %:n mielestä. Ongelmia tiedonvälityksessä eri yksiköiden välillä ei 40 %:n mielestä ole.

Tiedonkulun vaikutus potilasturvallisuuteen on merkittävässä asemassa: tiedonkulkuun liittyvät ongelmat ovat vaikuttaneet 65–70 %:ssa sattuneista vaaratapahtumista (Hoikka 2012, 24; Kettunen & Gerlander 2013, 293, 303–304; Kinnunen & Peltomaa 2009, 86–87; Kupari ym. 2012, 29; Kupari & Rantanen 2012, 21). Yleisimmät tiedonkulusta aiheutuvat ongelmat ovat hoidon jatkuvuuden vaarantuminen, hoitovahinko- ja vaaratapahtumariskien lisääntyminen (Hoikka 2012, 24). Päivi Kuisman (2010) pro gradu -tutkielman tuloksista käy ilmi, että tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvistä vaaratapahtumista suurin osa oli suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyviä (38 %). Toiseksi eniten tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvistä vaaratapahtumista oli potilastiedon hallintaan ja dokumentointiin liittyviä (21 %).

Jaakolan (2012) pro gradu -tutkielmassa tutkittiin terveydenhuollon ammattilaisten ongelmia työn hallinnassa ja tiedonhallinnan kehittämistä hoitoprosessissa. Ongelmat työn hallinnassa liittyivät esimerkiksi läheteiden puuttumiseen sekä puutteisiin tai virheisiin dokumentoinnissa, jotka liittyvät tiedonhallintaan. Potilaat ja läheiset kokivat, että sairaskertomukseen tulisi kirjata riittävän tarkasti kaikki potilaan tiedot. Hoidon jatkuvuutta parannettaisiin mikäli hoitohenkilökunta tuntisi potilaiden hoitotiedot paremmin ja olisi mahdollisuus tavata sama lääkäri seuraavalla kerralla.

3.2 ISBAR-työkalu ja sen käyttäminen

ISBAR-työkalun myötä tiedonkulkuun liittyvät haittatapahtumat ovat vähentyneet. Alun perin Yhdysvaltojen puolustusvoimissa 1990-luvulla kehitetty työkalu on nykyään käytössä useassa terveydenhuollon yksikössä Suomessa. Sitä käytetään suullisen viestinnän tukena eri ammattiryhmien ja hoitoyksiköiden välillä

potilaan tilasta raportoidaessa ja potilasta siirrettäessä. Kyseisen työkalun avulla pystytään raportoimaan olennaiset asiat selkeästi ja tiivistetysti: se samankaltaistaa ja tehostaa suullista raportointia. ISBAR-työkalun avulla selvitetään saman kaavan avulla tilanteesta riippumatta potilaan henkilöllisyys (tunnistaminen – identify), tilanne (situation), tausta (background), arvio (assessment) ja ehdotus (recommendation) liittyen potilaan hoitoon. Tarkoituksena on varmistaa suullisen tiedon välittyminen. Tämä tarkistuslista takaa hyvän potilasturvallisuuden siten, että potilaan hoidon kannalta tärkeä tieto käydään läpi suullisessa raportointitilanteessa. (Ervast 2013, 225–226; Kinnunen & Peltomaa 2009, 86–87; Peltomaa 2011, 20.)

ISBAR-menetelmän mukainen raportti aloitetaan siitä, että raportin vastaanottajalle kerrotaan oma nimi, ammatti ja työyksikkö. Sen jälkeen kerrotaan potilaan nimi, ikä ja sosiaalityöturvattuus (tunnista - identify). Seuraavaksi kerrotaan raportoinnin syy ja arvioidaan kuinka kiireellisestä tilanteesta on kysymys (tilanne – situation). Potilaan aiemmat ja nykyiset oleelliset sairaudet hoidon kannalta, sekä niiden hoito ja tehdyt toimenpiteet/tutkimukset käydään läpi (tausta – background). Sen jälkeen kerrotaan potilaan nykytila, vitaalielintoiminnot ja hoitojakson aikainen voinnin kehitys. Tässä vaiheessa esitetään oma näkökulma potilaan tilanteesta ja kehoitetaan vastaanottajaa antamaan oma arvio tilanteesta (arvio - assessment). Lopuksi tehdään yhteistuumien toimintaehdotus, jossa ehdotetaan miten tilannetta lähdetään ratkaisemaan ja varmistetaan tiedonkulku toistamalla saadut ohjeet ja kirjaamalla ne ylös (ehdotus – recommendation). (Kupari & Rantanen 2012, 22; Kupari ym. 2012, 29–30.)

Raportin vastaanottaja on velvollinen kuuntelemaan raportti keskeyttämättä raporttoijaa ja sen jälkeen toistaa kuulemansa, jota kutsutaan niin sanotuksi suljetun ympyrän viestinnäksi. Suullisen raportin vastaanottajalle tulee antaa mahdollisuus tehdä lisäkysymyksiä aiheeseen liittyen, vaikka ISBAR-menetelmä auttaa viestimään oleellisen raportointitilanteissa. Raportin antajan tulee varmistua siitä, että raportti ymmärretään oikein. (Hoikka 2012, 24; Kupari ym. 2012, 30.)

4 VAARATAPAHTUMA

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaan turvallisuus vaarantuu ja joka aiheuttaa tai saattaa aiheuttaa potilaalle haittaa. Haittatapahtumaksi kutsutaan tilannetta, joka aiheuttaa potilaalle haittaa. Kansainvälisen määritelmän mukaan sillä tarkoitetaan vauriota, joka ei varsinaisesti liity potilaan sairauteen vaan jonka lääketieteellinen hoito on saanut aikaan. (Helovuo ym. 2011, 16; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6.)

Läheltä piti -tapahtumaksi kutsutaan tilannetta, joka olisi voinut saada aikaan haittaa potilaalle, mutta haittatapahtumalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että tilanne huomattiin ajoissa ja haitalliset seuraukset pystyttiin torjumaan. Läheltä piti -tapahtumassa, vaaratapahtuman vaikutukset eivät ulotu potilaaseen. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2011, 16.; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6.)

4.1 Vaaratapahtumien ennaltaehkäisy

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) artikkelissa (2014) todetaan, että vaaratapahtumat kuuluvat potilasturvallisuuteen. Muun muassa tiedonkulun ongelmat ja puutteet voivat vaarantaa potilasturvallisuutta: jokin olennainen osa potilaan hoidossa voi vaarantua esimerkiksi puutteellisen kirjaamisen vuoksi. Haittatapahtumien seuraukset vaikuttavat ensisijaisesti potilaaseen ja hänen omaisiinsa, mutta myös hoitohenkilökuntaan ja hoitoyksikköön. Niemi-Murosen ja Mäntyrannan (2011) artikkelissa todetaan, että työyksikön kulttuuri on usein suurin raportointia estävä tekijä.

Vuosina 2007–2009 Haipro-raportointijärjestelmään tehtiin yhtä paljon sekä suullisen ja kirjallisen kommunikoinnin puutteellisuudesta ja tapaturmista johtuvia ilmoituksia. Yhdessä ne muodostivat neljäsosan kaikista ilmoituksista. Tiedonkulussa ja kommunikoinnissa ongelmia todettiin usein ja ne lisäsivät haittatapahtumariskiä, esimerkiksi välttämätöntä suullista tai kirjallista tietoa tehtävän suorittamiseksi ei ollut saatu tai sitä ei ollut löydettävissä potilastietojärjestelmästä.

(Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski, & Wallenius 2011, 1035–1037.)

Toiminnan mahdollisia riskejä on haasteellista tunnistaa riittävän aikaisin. Riskien uhkaan vaikuttavat monesti useat eri tekijät, joiden selvittäminen on tärkeää sosi-aali- ja terveydenhuollon yksiköiden turvallisuuden kehittämiseksi. Kliinisen työn vaaratapahtumista jopa puolet olisi ennaltaehkäistävissä yksinkertaisin keinoin. Hoitoprosessia ja toimintaedellytyksiä tulisi kehittää niin, että hoidon toteutuminen pystytään varmistamaan suunnitellusti. Muun muassa tarkistuslistojen, kaksoistarkastuksien ja suullisten määräysten toistamisella voidaan välttää haittatapahtumia. (Helovuo ym. 2011, 20.) Mahdollisimman laadukkaan ja hyvän hoidon antaminen jokaiselle potilaalle voidaan varmistaa näyttöön perustuvan hoidon antamisella ja toimintaohjeiden avulla, joita kaikki noudattavat (Aaltonen & Rosenberg 2013, 17).

Vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi niiden myötävaikuttavat tekijät tulisi tunnistaa ja pystyä varomaan niitä. Vähäinenkin huoli potilasturvallisuudesta liittyy vaaratapahtumien tunnistamiseen. (THL 2014.) Yleensä vaaratapahtuman taustalla on monien eri tekijöiden myötävaikutus, vaikka tilanne näyttäisi yksittäisen ihmisen tekemältä virheeltä. (Kinnunen, Aaltonen, Malmström 2013, 262.) Huonosti suunnitellut hoitojärjestelmät ja toimintatavat sekä epäonniset toisiaan seuraavat tapahtumat ovat useimpien virheiden taustalla (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 22).

Räsänen (2008) pro gradu -tutkielmassa tarkoituksena oli selvittää valtakunnallisen sairaanhoitajien työolobarometri kyselyn pohjalta tapahtuneita vaaratapahtumia erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä. Vastaajista yli 80 % ilmoitti vaaratapahtumien syyksi paljon hoitoa tarvitsevat potilaat ja lähes yhtä moni vastaaja kiireen ja riittämättömän henkilökunnan. Vajaa 25 % ilmoitti puutteellisen ammattitaidon tai asenteen vaaratapahtuman syyksi. Tutkimuksessa todetaan, että kaikkia vaaratapahtumia lisäsi henkilökunnan riittämättömyys, kouluttamaton henkilökunta ja taukojen pitämättä jättäminen. Vaaratapahtumia voidaan ennaltaehkäistä riittävällä henkilöstömitoituksella. (Räsänen 2008, 7, 42, 44, 47.)

4.2 Vaaratapahtumista oppiminen

Edellytyksenä potilasturvallisuuden parantamiseksi on vaaratapahtumista ilmoittaminen. Ilmoituksen tekemisen tulisi olla yksinkertaista ja vaivatonta, jotta vaaratapahtumaa voitaisiin tutkia ja siitä opittaisiin. (THL 2013.) Hoitavan organisaation tulee selvittää vaaratapahtumien syyt ja niiden tietojen perusteella oppia haittatapahtumista, jotta potilaiden hoitoa voidaan kehittää turvallisemmaksi (THL 2014). Virheistä yritetään oppia ja niiden myötä saamaan aikaan positiivisia muutoksia potilasturvallisuudessa. Tehokkainta olisi, jos muutoksia tapahtuisi vaaratapahtumien myötä myös organisaatiotasolla. Työpaikalla tulisi olla oppimista motivoiva ja tukeva ilmapiiri. Virheistä opitaan, jos ne tuodaan esiin, syitä selvitetään syylistämättä ja niiden pohjalta kehitetään organisaatioiden toimintaa. (Antikainen 2011, 82; Kinnunen 2009, 118; Kinnunen 2010, 141.)

Sellainen tilanne voidaan luokitella valehteluksi tai aktiiviseksi salailuksi, jos tapahtuneista virheistä annetaan puutteellista tietoa. Avoimuus on tärkeää, vaikka hoitoon liittyvien virheiden käsittely olisi ahdistava kokemus. Potilaille tulee kertoa hänen hoitoonsa kohdistuneesta virheestä ja siihen johtaneista syistä. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 23.)

Antikaisen (2011) pro gradu -tutkielmassa käy ilmi, että vastaajista 39 % oli sitä mieltä, että on vaikea sanoa kääntyvätkö henkilökunnan tekemät virheet heitä vastaan. Henkilökunta ei koe 41 % vastaajan mielestä niin, että henkilökunnan virheet kääntyisivät heitä vastaan. Tutkimuksesta käy ilmi, että mitä pidempään vastaaja oli ollut nykyisessä työssä ja mitä paremmaksi vastaaja arvioi työpaikan potilasturvallisuuden tason, sitä enemmän vastaajat olivat sitä mieltä, että henkilökunta ei koe, että heidän tekemät virheet kääntyisivät heitä vastaan. Tirkkosen (2011) pro gradu -tutkielman tuloksista käy ilmi, että 52 % vastaajista arvioi, että heidän tekemät virheet eivät käänny heitä vastaan.

5 HAIPRO-RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ

Haipro-lyhenne muodostuu sanoista haittatapahtumien raportointiprosessin kehittäminen terveydenhuollon organisaatiossa (Kinnunen ym. 2013, 260). Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT) kehitti terveydenhuollon yksiköiden kanssa Haipro-työkalun organisaatioiden toiminnan kehittämiseen sisäisessä käytössä. Haipro on tietotekninen työkalu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportoinnissa. (THL 2014.) Omaehtoinen raportointi antaa mahdollisuuden vaihtaa omaan toimintaan sitä hyödyttävästi, tavoitteena edistää turvallisuutta. Raportointi perustuu usein velvollisuuteen. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 12.)

5.1 Haipro-raportointijärjestelmän tarkoitus ja tavoite

Haipro-raportointijärjestelmän tarkoituksena on dokumentoida tapahtumia, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta. Sen avulla voidaan havaita riskejä ja vaaroja sekä muodostaa tietoa yksiköiden heikoista kohdista. Haipro-ilmoitusten perusteella pystytään kehittämään kyseisen yksikön toimintaa oppimalla tapahtuneista vaaratapahtumista. Ilmoituksen tekeminen Haipro-raportointijärjestelmään perustuu luottamukselliseen, syyttelemättömään sekä vapaaehtoiseen raportointiin ja käsittelyyn. (Haipro 2013; Keistinen, Kinnunen & Holm 2012, 3785.)

Vuodesta 2007 lähtien Haipro-raportointijärjestelmä on ollut terveydenhuollon yksiköiden saatavilla ensin ilmaiseksi ja sittemmin maksullisena versiona. Vuodesta 2009 lähtien potilailla ja omaisilla on ollut mahdollisuus tehdä Haipro-ilmoituksia. Vuonna 2011 Haipro-ohjelmalla oli käyttäjiä yli 90 000 lähes jokaisesta Suomen sairaanhoitopiiristä. 2012 vuodesta eteenpäin Vaasan sairaanhoitopiirin alueen kaikki terveyskeskukset, pelastuslaitos sekä yksityiset toimijat ovat olleet raportointijärjestelmässä mukana. Haittatapahtumien lisäksi raportointijärjestelmään merkitään myös läheltä piti –tilanteet. Vaaratapahtumien raportointityökaluja on erilaisia, mutta pääasia on, että niillä on sama tarkoitus ja päämäärä. (Kinnunen 2009, 119; Kinnunen ym. 2013, 260; Kinnunen & Malmström 2013, 270.)

5.2 Vaaratapahtumailmoitukset

Vaaratapahtumien raportoinnissa on useita vaiheita: vaaratilanteen tunnistus, ilmoituksen teko, ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi, jatkotoimista päättäminen, seuranta ja arviointi. Raportointijärjestelmässä tapahtumatyypit on luokiteltu sen mukaan, mihin aihealueeseen tai tehtävään ne liittyvät: tämä helpottaa vaaratilanteen tunnistusta. Ilmoituslomake vaaratapahtumasta tehdään Internetissä tietokantapohjaisella sovelluksella. Tehdyt ilmoitukset tulevat vain tiettyjen henkilöiden käyttöön, jotka käsittelevät ilmoitukset. Ilmoitusten käsittelijät saavat kaikista omaa yksikköä koskevista vaaratapahtumista sähköpostiviestin. Usein käsittelijöinä ovat muun muassa osastonhoitaja tai vastuulääkäri. Käsittelijän lomakkeelle luokitellaan ja analysoidaan vaaratapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. (Keistinen ym. 2008, 3786; Kinnunen ym. 2013, 260–261.) Tietoon tulleet vaaratapahtumat tulisi käsitellä raportointijärjestelmän avulla moniammatillisesti henkilöstön kesken. Henkilöstön olisi tärkeä saada tietoa säännöllisesti raportointijärjestelmän tiedoista. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 17; Keistinen ym. 2008, 3788; Kinnunen ym. 2013, 261.)

Tirkkosen (2011) pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata yksityissairaalan potilasturvallisuuskulttuuria henkilökunnan arvioimana ja selvittää taustamuuttujien yhteyttä arviointeihin. Tutkimuksen tulosten mukaan suurin osa (76 %) henkilökunnasta oli sitä mieltä, että organisaatiossa toimitaan aktiivisesti potilasturvallisuuden parantamiseksi. 30 % vastaajista arvioi saavansa palautetta usein tai jatkuvasti vaaratapahtumien pohjalta tehdyistä muutoksista. 33 % vastaajista puolestaan arvioi, että palautetta saadaan vain harvoin tai ei koskaan. Johtopäätöksissä todetaan, että tiedotusta vaaratapahtumista ja niistä seuranneista mahdollisista korjaustoimista tulisi lisätä.

Vanhasasi-Huidan (2008) pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli kuvata osastonhoitajien arvioimana vaaratapahtumien raportointikäytäntöjä ja miten hoitotyön kehittämisessä ja osaston toiminnan suunnittelussa hyödynnetään raporteista saatua tietoa. Vaaratapahtumien raportointikäytännöt vaihtelevat eri yksiköiden välillä ja raportoinnin vapaaehtoisuus jakoi vastaajien mielipiteet kahtia. Osastonhoita-

ja tai vastaava on tärkeä yhteyshenkilö vaaratapahtumaraporttien vastaanottajana sekä vaaratapahtumien tiedottajana ja hyödyntäjänä. Kehittämistyöhön ei kuitenkaan tutkimuksen mukaan riitä aikaa joka toisella tutkimukseen osallistuneella osastolla.

5.3 Raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödyntäminen

Vuonna 2009 Euroopan unionin neuvosto antoi suosituksen, jonka mukaan jäsenvaltioiden sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumia koskevia ilmoitus- ja oppimisjärjestelmiä tulisi edelleen laatia ja kehittää (Euroopan unionin neuvosto 2009). Raportointijärjestelmä pelkästään ei takaa virheistä oppimista, vaan toimii sen apukeinona. Raportointijärjestelmiä käyttävillä tahoilla tulee olla myös valmius käyttää niiden tuottamaa tietoa. Vaaratapahtuman huomaamisesta organisaation oppimiseen on pitkä matka ja edellyttää sekä johtajien, että työntekijöiden panosta toiminnan kehittämisessä. (Kinnunen 2010, 149–151.) Avoin keskustelu ja yhteisten näkemysten etsiminen edistävät oppimista (Kinnunen 2010, 149–151; Kinnunen ym. 2013, 261). Vaasan sairaanhoitopiirissä julkaistaan potilasturvallisuustiedote neljä kertaa vuodessa, jonka tavoitteena on olla apuna vaaratapahtumista oppimisessa (Kinnunen & Malmström 2013, 271).

Ilmoitusaktiivisuutta yksiköissä voi parantaa laadukkaalla ohjeistuksella, sekä laajalla tiedottamisella, että tekemällä ilmoittaminen helpoksi (Knuutila ym. 2007, 12). Haipro-ilmoituksia tehdään silloin, kun työyhteisön on kehittämismyönteinen. Henkilöstöltä ja koko yksiköltä vaaditaan potilasturvallisuuskulttuurin omaksumista, jotta ilmoittaminen vaaratapahtumista olisi aktiivista. Vaaratapahtumista oppimista saattaa vaarantaa moni tekijä, esimerkiksi henkilöstön huono motivaatio virheiden esiin tuomiseen, jos hyötyä ja palautetta tai tarvittavia uudistuksia ei tehdä. Raportointijärjestelmän käyttöönoton lisäksi yhtä tärkeää on säännöllisin väliajoin tapahtuva keskustelumahdollisuus sekä vastuutettu ja järjestelmällinen tiedonsiirto. Tärkeitä periaatteita vaaratapahtumien raportoinnissa ovat ilmoituksen luottamuksellisuus ja rankaisemattomuus: ilmoitus tehdään joko nimellä tai nimettömästi ja saatua tietoa ei käytetä yksilöä vastaan syyllistämällä. Syyllistäminen ei kehitä yksiköiden toimintaa vaan johtaa samojen asioiden tois-

tumiseen uudestaan ja vaaratapahtumista vaietaan. (Keistinen ym. 2008, 3785; Kinnunen ym. 2013, 257, 261, 263–264, Knuutila ym. 2007, 17.) Vaaratapahtumien raportoinnilla pyritään terveydenhuollon toiminnan kehittämisen kautta vaikuttamaan potilasturvallisuuden parantamiseen. Yksittäisiä tapahtumatietoja ei tule luovuttaa ulkopuolisille. Virheen kohteeksi joutuneella potilaalla on mahdollisuus viedä asia tutkittavaksi viranomaisille, joten Suomen lainsäädännön mukaan virheen tekijälle ei voida taata sitä, ettei seuraamuksia tulisi. (Knuutila ym. 2007, 15–16.)

Sarsteen (2012) pro gradu -tutkielmassa tavoitteena oli Haipro-raportointijärjestelmän avulla tuottaa kuvailevaa tietoa käytettävissä olevan tiedon hyödynnettävyydestä potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että melkein kaikkien kyselyyn vastanneiden mukaan työyksiköissä aloitetaan kehittämistoimenpiteiden tekeminen Haipro-ilmoitusten käsittelyn jälkeen. Lähes jokainen vastaaja kertoi osaavansa etsiä vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä yhteenvetoraportteja ja tulkita tietoa, jota niistä saa, sekä hyödyntää saatua tietoa toiminnan kehittämisessä. Syylistämättömyys, systeemien muuttaminen ja säännöllisesti tapahtuva palautteen anto ilmoitusten tekijöille edistävät raportointijärjestelmästä saatavaa tiedon käyttöä. Ehkäiseviä tekijöitä raportointijärjestelmästä saatavan tiedon käyttöön liittyen ovat tiedonkulkuun ja vaaratapahtumailmoitusten käsittelijän tehtäviin liittyvän ongelmat, sekä negatiivinen asenne vaaratapahtumien raportointiin. Asioiden salailu, vähättely ja välinpitämättömyys vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen liittyvät henkilökunnan negatiiviseen asennoitumiseen. (Sarste 2012, 22, 34–36.)

STM:n (2008) selvityksen mukaan Haipro-järjestelmään tehdystä raportoinnista oli hyötyä sitä käyttäneille organisaatiolle: työpaikan ilmapiiri muuttui entistä avoimemmaksi sekä keskustelevammaksi. Työntekijöiden riskitietoisuus lisääntyi ja henkilökunta oppi havaitsemaan vaaratapahtumia paremmin. Organisaatioissa oli tehty muutoksia ja kehittämistoimia muun muassa viestintään ja yhteistyöhön liittyen, jonka seurauksena informaation kulku parantui ja käytäntöjä selkiytettiin erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon organisaatioiden välillä. (STM 2008, 39–40.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata erään kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa vuosina 2010 ja 2013 tehtyjä Haipro-ilmoituksia, joita on tehty tiedonkulkuun liittyen. Vertailun tavoitteena oli saada tietoa siitä, minkälaisissa tilanteissa tiedonkulkuun liittyviä Haipro-ilmoituksia on tehty ja minkälaista haittaa potilaille on koitunut vaaratapahtumien vuoksi.

Tavoitteena oli saada selville tehtiinkö vuosina 2010 ja 2013 Haipro-ilmoituksia tiedonkulkuun liittyen samoissa olosuhteissa ja samoista asioista vai onko vuosien välillä eroavaisuuksia. Tulosten perusteella voidaan ehdottaa työn tilaajalle keinoja potilasturvallisuuden parantamiseksi sekä tiedonkulun toimivuuden lisäämiseksi.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Minkälaisissa tilanteissa tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia on syntynyt?
2. Minkälaista haittaa on potilaille koitunut tiedonkulkuun liittyvien vaaratapahtumien vuoksi?
3. Miten tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat erosivat toisistaan vuosina 2010 ja 2013?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön idea saatiin erään kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden osaston aihepankista. Aihelupa anottiin helmikuussa 2014 opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta ja Vaasan ammattikorkeakoulun koulutuspäälliköltä. Tutkimuslupa anottiin työn tilanneorganisaation johtavalta ylilääkäriltä, joka antoi tutkimusluvan huhtikuussa 2014. Opinnäytetyön tutkimus toteutettiin työn tilaajan ja Vaasan ammattikorkeakoulun hyväksymän tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Tutkimus on tehty erään kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden osaston toimesta vuosina 2010 ja 2013 tehtyjen Haipro-ilmoitusten pohjalta, joita on tehty tiedonkulkuun liittyen.

7.1 Tutkimusaineisto

Valmis aineisto saatiin erään kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden osaston johtavalta ylihoitajalta toukokuussa 2014. Haipro-ilmoitukset tehdään sähköisellä ilmoituslomakkeella, joten aineisto saatiin sähköisessä muodossa. Aineistoa ei ole tulostettu paperiseen muotoon vaan sitä on säilytetty ulkoisella kovalevyllä, johon ulkopuolisilla ei ole ollut pääsyä.

Haipro-ilmoituksia ovat tehneet hoitohenkilökunta ja potilaat. Tutkijoilla ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa analysoitavaan valmiiseen aineistoon. Tutkimuksen kohteena olivat vuodet 2010 ja 2013. Vuonna 2010 Haipro-ilmoituksia tehtiin yhteensä 1339, joista 31 oli tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyviä. Vuonna 2013 tehtiin yhteensä 1705 Haipro-ilmoitusta, joista 65 oli tiedonkulkuun ja hallintaan liittyviä. Vuonna 2013 tehtiin yhteensä 366 ilmoitusta enemmän vuoteen 2010 verrattuna.

Vuonna 2010 Haipro-ilmoituksia tiedonkulkuun liittyen tehtiin 31, joista 30 oli tutkijoiden käytössä. Vuonna 2013 vaaratapahtuma ilmoituksia tehtiin 65, joista tutkijoiden käytössä oli 63. Yhteensä Haipro-ilmoituksia oli 93, mutta kaksi ilmoitusta oli tehty samasta asiasta ja niiden tekijä oli sama, joten ne ilmoitukset yhdistettiin. Yksi ilmoitus hylättiin kokonaan ja jätettiin analysoitavan aineiston ulko-

puolelle, koska se ei ollut vaaratapahtuma. Yhteensä analysoitavia vaaratapahtumailmoituksia oli 91.

7.2 Aineiston analyysi

Tutkittava aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä sekä SPSS-ohjelmalla, koska Haipro-lomake on puolistrukturoitu kyselylomake eli se sisältää sekä avoimia kysymyksiä sekä suljettuja kysymyksiä (katso liite 1). Avoimet kysymykset ovat kysymyksiä, joihin on jätetty tyhjä kohta vastausta varten. Avoimiin kysymyksiin ei voi vastata yhdellä sanalla. Kuinka, mitä ja miksi ovat tyypillisiä kysymyssanoja, joita käytetään avoimissa kysymyksissä. Strukturoidut eli suljetut kysymykset sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 193 & Kananen 2012, 106.)

7.2.1 Kvantitatiivinen aineiston analyysi

Kvantitatiivisen tutkimuksen perustana ovat erilaiset muuttujat ja niiden ymmärtäminen (Kananen 2012, 131). Yleisimmin hoitotieteellisten aineistojen analysoinnissa käytetty tilasto-ohjelma on SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Arvo, havaintoyksikkö ja muuttuja ovat keskeisiä käsitteitä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Aineistosta muodostetaan muuttujia ja laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti koodataan. Koodaamisella tarkoitetaan jonkin arvon antamista jokaisella muuttujalla kaikille havaintoyksiköille. Kvantitatiivista aineistoa kuvaillaan yleensä frekvensseillä ja prosentiosuuksilla. Frekvenssillä tarkoitetaan tilastoyksiköiden lukumäärää kussakin luokassa. Esimerkiksi taulukoiden ja kuvioiden avulla voidaan kuvata frekvenssiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 210; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 102–103.)

Tutkimuksessa käytettiin IBM SPSS Statistics 22 -ohjelmaa Haipro-lomakkeen suljettujen kysymysten vastausten analysoinnissa. Vastaukset muutettiin numeeriseen muotoon ja syötettiin SPSS-ohjelmaan. Jokaiselle muuttujalle annettiin arvo, joiden perusteella muodostettiin muuttujia. Ohjelman avulla pystyttiin muodostamaan vastauksista ryhmiä ja vertailemaan niitä keskenään. Tulokset-luvussa on esitelty taulukoiden avulla tutkimustuloksia.

7.2.2 Kvalitatiivinen aineistonanalyysi

Sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja sekä niistä rakentuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen mukaan. Analyysissä etsitään vastausta tutkimuskysymyksiin ja tutkimuksen tarkoitukseen, joten kaikkea tietoa ei tarvitse analysoida. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Kananen (2012) mukaan sisällön analyysiä voidaan käyttää kaikkien aineistojen analysointiin jotka ovat tekstimuodossa, kuten esimerkiksi raportit.

Haipro-lomakkeet voidaan lukea raporteiksi ja täten avoimien kysymysten vastausten analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Alkuperäisteksti kopioitiin Haipro-lomakkeelta Microsoft Office Word 2007 -ohjelmaan. Yhteensä litteroitua alkuperäisaineistoa tuli 30 sivua Times New Roman – fontilla, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5 kirjoitettuna. Litterointi on aineiston puhtaaksi kirjoittamista sanasta sanaan (Hirsjärvi ym. 2007, 217).

Sisällön analyysin perusta on aineiston luokittelu. Luokittelun avulla voidaan ymmärtää aineistoa paremmin ja ottaa se haltuun. Aineiston koko on usein suuri, mutta sisällönanalyysin avulla siitä pyritään tiivistämään pelkkä tutkimukselle oleellinen tieto. (Kananen 2012, 116–117.) Avointen kysymysten vastauksista etsittiin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin liittyviä alkuperäisilmaisuja. Samantapaiset alkuperäisilmaisut pelkistettiin ja niistä muodostettiin alaluokkia. Alaluokat koottiin yläluokiksi ja niistä muodostettiin kaksi pääluokkaa: tiedonkulkua ja tiedonhallintaa. Esimerkki sisällönanalyysistä on esitetty liitteessä 2.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa raportoidaan tutkimuksen keskeiset tulokset. Tulokset esitetään taulukoiden ja sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen aineisto on kerätty erään kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta vuosilta 2010 ja 2013.

8.1 Tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät

Vuonna 2010 käytettävissä olevan tiedon hyödyntämisen puutteellisuus oli suurin myötävaikuttava tekijä vaaratapahtumiin (n=8), katso taulukko 1. Toiseksi eniten haittatapahtumia syntyi suullisen kommunikoinnin puutteellisuudesta tai epäselvyydestä. Vähiten oli tilanteita joissa ei ollut tunnettuja myötävaikuttavia tekijöitä, niin sanotusti normaali tilanne.

Vuonna 2013 kirjallisen kommunikoinnin puutteellisuus tai epäselvyys oli suurin myötävaikuttava tekijä vaaratapahtumiin (n=23). Toiseksi eniten haittatapahtumia syntyi suullisen kommunikoinnin puutteellisuudesta tai epäselvyydestä. Ainuttakaan tilannetta ei ollut, joissa ei ollut tunnettuja myötävaikuttavia tekijöitä, niin sanotusti normaalia tilannetta.

Muutamissa Hai-pro-ilmoituksissa oli valittu useampi vaihtoehto myötävaikuttavaksi tekijäksi, joissakin vastauksissa oli tämä kohta jätetty kokonaan tyhjäksi (ks. taulukko 1).

Taulukko 1. Myötävaikuttaneet tekijät vuosina 2010 ja 2013.

Myötavaikuttaneet tekijät vaaratilanteiden synnyssä	Vuosi 2010		Vuosi 2013	
	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Suullinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää	5	23	17	30
Kirjallinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää	4	18	23	40
Käytettävissä olevan tiedon hyödyntäminen puutteellista	8	36	9	16
Ei tunnettuja myötävaikuttavia tekijöitä, normaali tilanne	2	9	0	0
Ei tiedossa	3	14	8	14
Yhteensä	22	100	47	100

8.2 Vaaratapahtumien luonne

Tapahtuman luonteella tarkoitetaan joko vaaratapahtuman tapahtumista potilaalle tai läheltä piti -tilannetta. Suurin osa vaaratapahtumista tapahtui potilaalle sekä vuonna 2010, että vuonna 2013 (Taulukko 2). Läheltä piti -tilanteita oli vuosina 2010 ja 2013 noin kolmasosa.

Taulukko 2. Vaaratapahtumien luonne vuosina 2010 ja 2013.

Vaaratapahtumien luonne	Vuosi 2010		Vuosi 2013	
	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Läheltä piti	10	33	18	29,5
Tapahtui potilaalle	20	67	43	70,5
Yhteensä	30	100	61	100

8.3 Vaaratapahtumista koituneet seuraukset potilaille

Vuonna 2010 suurin osa potilaalle koituneista seurauksista oli lieviä (n=9) (Taulukko 3). Kuudessa tapauksessa potilaalle ei koitunut haittaa. Vakavia haittoja ei koitunut potilaille lainkaan. Vuonna 2013 potilaille ei suurimmassa osassa tapauksista koitunut haittaa (n=14). Lievä haitta koitui 13 potilaalle. Vakavan haitan koki yksi potilas. Vuonna 2010 12 Haipro-ilmoituksessa ei käynyt ilmi seurausta potilaalle. Vuonna 2013 vastaava luku oli 20.

Taulukko 3. Potilaille aiheutuneet haitan asteet vuosina 2010 ja 2013.

Haitan aste	Vuosi 2010		Vuosi 2013	
	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Ei tiedossa	2	7	9	14,75
Ei haittaa	6	20	14	22,95
Lievä	9	30	13	21,3
Kohtalainen	1	3	4	6,6
Vakava	0	0	1	1,6
Tyhjä kohta	12	40	20	32,8
Yhteensä	30	100	61	100

8.4 Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvien tapahtumien tyypit

Tapahtumatyyppillä tarkoitetaan tiedonkulun ja tiedonhallinnan alaluokkia joita ovat: diagnosointi, hoito, tutkimus tai toimenpide, hoidon järjestely, potilastiedon hallinta (dokumentointi), suullinen tiedonkulku ja viestintä. Muutamissa Haipro-ilmoituksissa oli valittu useampi vaihtoehto tapahtumatyyppiksi, joissakin vastauksissa oli tämä kohta jätetty tyhjäksi.

Vuonna 2010 suullisessa tiedonkulussa ja viestinnässä tapahtui eniten vaaratapahtumia (n=10) (Taulukko 4). 8 vaaratapahtumaa liittyi potilastiedon hallintaan. Yhdessä tapauksessa ei tapahtumatyyppiä ollut tiedossa. Vuonna 2013 tapahtumatyyppien osuudet olivat samassa suhteessa kuin vuonna 2010.

Taulukko 4. Tapahtumatyyppit vuosina 2010 ja 2013.

Tapahtumatyyppi	Vuosi 2010		Vuosi 2013	
	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Diagnosointi, hoito, tutkimus tai toimenpide	2	8	5	7
Hoidon järjestely	3	13	15	21
Potilastiedon hallinta	8	33	23	33
Suullinen tiedonkulku ja viestintä	10	42	25	36
Ei tiedossa	1	4	2	3
Yhteensä	24	100	70	100

8.5 Avointen kysymysten tulokset

Vuonna 2010 informaatiokatkokset samassa yksikössä tai eri yksiköiden välillä oli yleisin vaaratapahtumia aiheuttava tilanne (n=7) (Taulukko 5). Tässä työssä informaatiokatkoksilla tarkoitetaan tilanteita, joissa tieto ei ole jostain syystä välit-

tynyt eteenpäin. Epäselvä työnjako myötävaikutti viiteen vaaratapahtuman syntymiseen.

”Potilaan ryhmään kuuluva hoitaja antoi potilaalle klo 11.40 insuliinin jonka toinen hoitaja oli jo antanut.”

”Potilas tullut osastolle lääkärin kirjoittamalla lähetellä ,josta puuttui nimi ja syntymäaika sekä ilman sairaskertomusta iltapäivällä”

” Informaatio ei mennyt ulkomaalaistoimistolle reseptistä eikä laboratorio kontrolloista. Ilmeisesti tiedonkulku on katkennut jossain vaiheessa kun potilas on käynyt lääkärillä joka määrännyt lääkitystä sekä kotrollikokeita. Onko jatkot jääneet ilmoittamatta hoitajalle?”

Vuonna 2013 informaatiokatkokset samassa yksikössä tai eri yksiköiden välillä oli yleisin tilanne, jossa vaaratapahtumia syntyi (n=17). Puutteellinen kirjaaminen tai raportointi aiheutti toiseksi eniten vaaratapahtumia.

”... sairaanhoitaja kävi antamassa potilaalle insuliinin tietämättä, että potilaan todellinen omahoitaja oli myös antanut insuliinin.”

”Asiakkaan luo ei tehty kyseisenä iltana iltakäyntejä, koska hoitajalla oli se käsitys, että asiakas ei ole kotona vaan sairaalassa”

” ... lääkelista oli faxattu väärälle alueelle ja kotiutuksesta ei ollut ilmoitettu kotisairaanhoidolle millään muualla tavalla kun lappu faxissa.”

Taulukko 5. Tapahtumaolosuhteet vuosina 2010 ja 2013.

Tilanne	Vuosi 2010		Vuosi 2013	
	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Informaatiokatkokset samassa yksikössä tai eri yksiköiden välillä	7	23,3	17	28
Epäselvä työnjako	5	16,7	6	10
Potilaan tunnistaminen	5	16,7	2	3
Siirtyminen yksiköiden välillä/kotiutuminen	3	10	7	11
Puutteellinen kirjaaminen/ raportointi	4	13,2	12	20
Puutteellinen potilastietojärjestelmän käyttö	2	6,7	0	0
Lääkepakkauksen tai –listan tulkitseminen/ tarkistaminen	2	6,7	4	7
Epikriisi ei ollut käytettävissä	2	6,7	3	5
ATK - ongelmatilanne	0	0	4	7
Hoidon kiireellisyyden arviointi	0	0	2	3
Osaston turvallisuuden puute	0	0	2	3
Puutteellinen hoitokäytäntö tai sen noudattamatta jättäminen	0	0	2	3
Yhteensä	30	100	61	100

Virhe lääkehoidossa oli seurauksena vaaratapahtumasta 10 tapauksessa vuonna 2010 (Taulukko 6). Tässä työssä lääkehoidon virheillä tarkoitetaan lääkkeen antovirhettä, jolloin potilas on esimerkiksi saanut väärää lääkettä, lääkkeen anto on unohtunut tai annetun lääkkeen vahvuus on ollut väärä. Toiseksi yleisin seuraus potilaalle oli hoidon viivästyminen tai sairauden paheneminen (n=6).

”Potilaalla epäillään nyt mahdollisesti samasta infektiosta johtuvaa vakavaa infektiota.”

”Seurauksena: potilaan hoidon toteutuminen viivästy huomattavasti.”

”... fick i misstag en annan patients lunchmedicin...”

”Sai kaksi kertaa rokotuksen. Potilaalla ei voinnissa poikkeavaa ja potilas niin muistamaton ettei pystynyt kertomaan että oli jo saanut.”

Vuonna 2013 suurin osa potilaille aiheutuneista seurauksista oli lääkkeen antovirhe (n=17). Asiakaskäynnin unohtuminen oli toiseksi yleisin seuraus potilaille (n=5).

”Asiakaskäynti unohtui tehdä ja asiakas jäi ilman insuliinin pistoa”

”Potilas ollut koko viikon ilman lääkkeitä, myös ilman marevania”

”Potilas sai väärää insuliinia. Potiaan olisi pitänyt saada pitkävaikutteinen insuliini ... aamulla, mutta hänelle annettiin lyhytvaikutteinen ... sen sijaan”

”Asiakkaan käynti jäänyt tekemättä työlistassa olevan puutteen vuoksi.”

Taulukko 6. Vaaratapahtumista aiheutuneet seuraukset potilaille vuosina 2010 ja 2013.

Seuraukset	Vuosi 2010		Vuosi 2013	
	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)	Lukumäärä (n)	Prosentti (%)
Virhe lääkehoidossa	10	33,3	14	23
Hoidon viivästyminen/ vaarantuminen tai sairauden paheneminen	7	23,3	5	8,2
Vointi pysyi normaalina	2	6,7	1	1,64
Epätietoisuus hoitoon liittyvistä asioista	2	6,7	2	3,3
Potilaan karkaaminen	1	3,35	1	1,64
Asiakaskäynnin unohtumi- nen	1	3,35	8	13,1
Jatkohoidon suunnittelun puuttuminen	0	0	1	1,64
Tyhjä kohta	7	23,3	29	47,5
Yhteensä	30	100	61	100

9 POHDINTA

Suurin osa vaaratapahtumista syntyi informaatiokatkosten myötä yksikön sisällä tai eri yksiköiden välillä. Osastosiirrot ja kotiutumiset ovat tulosten mukaan riskialttiita tilanteita vaaratapahtumien synnyssä. Osastosiirroissa on paljon asioita jotka tulee muistaa huomioida ja välittää eteenpäin, näin ollen yksikin unohdettu tai epäselvästi kommunikoitu asia voi vaarantaa potilasturvallisuutta. Potilassiirtoihin liittyy usein väärinymmärrys tai puutteellista informaatiota jotka johtuvat muun muassa siirtoraportin ymmärrettävyysongelmista (Varis 2011, 31–32).

Tapahtumatyyppien suhteen vertailtavat vuodet olivat melko samanlaisia: kumpanakin vuonna suullisessa tiedonkulussa ja viestinnässä aiheutui eniten vaaratapahtumia ja toiseksi eniten potilastiedon hallinnassa. Suulliseen tiedonkulkuun liittyy olennaisesti esimerkiksi ISBAR-menetelmän käyttö. Todennäköisesti sen hyödyntäminen edellä mainituissa tilanteissa on ollut puutteellista tai sitä ei ole osattu käyttää. ISBAR-työkalua käyttämällä saadaan tiedonkulkuun liittyvät haittatapahtumat vähenemään (Ervast 2013, 225).

Vuosina 2010 ja 2013 tiedonkulkuun liittyviä haitta- ja läheltä piti -tapahtumia ilmoitettiin samassa suhteessa, vaikka vuonna 2013 tehtiin tuplasti enemmän vaaratapahtumailmoituksia vuoteen 2010 verrattuna. Kaikista sattuneista vaaratapahtumista ei välttämättä ole tehty Hai-pro-ilmoitusta. Tämä voi johtua huonosta motivaatiosta virheiden esiin tuomisessa ja negatiivisesta asennoitumisesta vaaratapahtumien raportointiin (Kinnunen ym. 2013, 257). Koivusen (2005) tutkimuksen mukaan kiire on tärkeä syy miksi ilmoitus vaaratapahtumasta unohdetaan tehdä. Ilmoituksia jätetään tekemättä myös siksi, koska koetaan, että ilmoitusten tekeminen ei johda parannuksiin ja, että niiden ilmoittaminen on hankalaa sekä aikaa vievää. Lisäksi ajateltiin, että jos potilaalle koitui vain pieni haitta, ilmoittaminen on tarpeetonta. (Koivunen 2005, 30, 45.)

Suurentunut vaaratapahtumailmoitusten määrä voi kertoa siitä, että ilmoittajien työyhteisö on entistä kehittämismyönteisempi, potilasturvallisuuskulttuuri on omaksuttu paremmin ja vaaratapahtumien raportointijärjestelmää osataan käyttää paremmin (Kinnunen ym. 2013, 257; Keistinen ym. 2008, 3785; Härkönen 2012,

53). Lisääntynyt Haipro-ilmoitusten määrä ei siis suoraan kerro sitä, että vuonna 2013 olisi tapahtunut enemmän vaaratapahtumia kuin vuonna 2010. Voidaan ajatella, että ajan kuluessa työilmapiireistä on tullut kehittämismyönteisimpiä ja vaaratapahtumista halutaan oppia.

Vuosina 2010 ja 2013 suurimmalle osalle potilaista koitui vaaratapahtumien seurauksena lievä haitta tai ei haittaa ollenkaan. Noin kolmasosassa vuosien 2010 ja 2013 tapahtui potilaalle – ilmoituksista oli seuraus potilaalle – kohta jätetty kokonaan tyhjäksi. (Läheltä piti – tapauksissa kyseistä kohtaa ei ole valittavissa). Monissa Haipro- ilmoituksissa tapahtuman kuvauksesta kävi kuitenkin ilmi, minkälaista seurausta potilaalle oli aiheutunut vaaratapahtumien myötä. Haitan vakavuuden arviointi vastausasteikolla saattaa joissain tapauksissa olla hankalaa, jonka vuoksi voi olla helpompi kirjallisesti kertoa, minkälaisia seurauksia tapahtuneesta oli potilaalle. Sellaiset tilanteet, joissa haittaa ei ole tullut tai se on ollut vain lievä, on varmaankin ollut kaikista helpoin arvioida. Erilaisten haitan asteiden arvioinnit saatetaan kokea hankaliksi, koska ei välttämättä tiedetä, minkälainen seuraus potilaalle luokitellaan kuhunkin luokkaan. STM (2008) selvityksen mukaan neljäsosa vastanneista koki oikean luokitusvaihtoehdon löytämisen vaikeaksi muun muassa potilaalle aiheutuvan haitan kohdalla. Puutteelliset lähtökohdat olivat yksi syy luokitusvaihtoehdon löytämisen hankaluudessa..

Virheet lääkehoidossa oli yleisin konkreettinen haitta potilaille vuosina 2010 ja 2013. Epäselvä työnjako sekä siirtyminen yksiköiden välillä tai kotiutuminen olivat kumpanakin vuonna kärkikolmikossa vaaratapahtumia aiheuttavina tekijöinä. Lääkehoito on yleensä jollakin tavalla mukana potilaiden hoidosta puhuttaessa, joten oli odotettavissa, että tiedonkulkuun liittyvissä vaaratapahtumissa tulee ilmi tilanteita lääkehoidon toteutuksesta. Epäselvä työnjako voi johtua esimerkiksi vuorovaihtotilanteesta, tai puutteellisesta kommunikaatiosta työntekijöiden välillä. Ruuhilehdon (2009) mukaan meneillään olevaa suoritusta voi häiritä ulkopuolinen keskeytys ja voidaan unohtaa mitä oli jo tehty tai mitä oltiin tekemässä. Toimintojen sekoittuminen voi johtaa esimerkiksi siihen että potilas saa väärät lääkkeet. Toimintojen sekoittumista tapahtuu yleensä silloin, kun tehdään jotain muuta samaan aikaan tai, kun ollaan väsyneitä tai kiireisiä.

Yksiköstä toiseen siirtymisessä tai kotiutustilanteessa on paljon erilaisia huomioitavia asioita, joissa voi tapahtua virheitä. Erilaisten tarkistuslistojen käyttö voi vähentää virheiden määrää näissä tilanteissa. Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuuden alueellinen kehittämissyhmä (2012) on laatinut tarkistuslistat laitossiirto- ja kotiutustilanteisiin, joiden avulla varmistetaan välttämättömien tietojen siirtyminen eteenpäin.

Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että vuodet 2010 ja 2013 olivat melko samankaltaisia. Suurimmat erot kyseisten vuosien välillä olivat vaaratapahtumiin myötävaikuttavat tekijät ja ATK-ongelmat vaaratapahtumien aiheuttajina. Monet yksiköt ovat pikkuhiljaa siirtyneet niin sanottuihin hiljaisiin raportteihin, joissa potilasraportti luetaan tietokoneelta eikä suullisia raportteja hoitohenkilökunnan kesken pidetä. Hiljaisten raporttien yleistyminen saattaa selittää sitä, miksi kirjallisen kommunikoinnin puutteellisuus tai epäselvyys myötävaikutti eniten vaaratapahtumien syntyyn vuonna 2013. Asiatieto on luonnollisempaa kertoa suullisesti kuin kirjallisesti joten, se voidaan unohtaa kirjata asiapapereihin (Varis 2011, 34).

ATK-laitteita käytetään nykyään lisääntyvässä määrin. Tietotekniikan käyttövalmius ei välttämättä ole riittävällä tasolla, vaikka viime vuosina koulutusta on lisätty (Mäkelä, 2006, 148). Lukemattomat tietojärjestelmät, niiden keskeneräisyys sekä yhteensopimattomuus vaarantavat potilasturvallisuutta. Tietokonejärjestelmien toimimattomuus aiheuttaa ongelmia viestinnässä sekä saattaa aiheuttaa tietojen katoamista. (Varis 2011, 34.) Tämä voi olla yhtenä syynä siihen miksi ATK-ongelmat ovat olleet vuonna 2013 kuudessa tapauksessa vaaratapahtuman aiheuttajana. Vuonna 2010 ei tehty yhtään vaaratapahtumailmoitusta, jossa ATK-ongelmatilanne olisi ollut mainittuna.

9.1 Johtopäätökset

1. Suullinen tiedonkulku ja viestintä sekä potilastiedonhallinta vaikuttivat eniten informaatiokatkosten syntyyn samassa yksikössä tai yksiköiden välillä, jotka aiheuttivat suurimman osan tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä vaaratapahtumista.

2. Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä vaaratapahtumista suurimmalle osalle potilaista koitui lievä haitta tai ei haittaa ollenkaan. Yleisin konkreettinen haitta potilaille oli virhe lääkehoidossa.

3. Voidaan sanoa, että vuodet 2010 ja 2013 olivat melko samankaltaiset tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvien vaaratapahtumien osalta.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisten tutkimusten tavoitteena on luoda tutkittavasta asiasta mahdollisimman luotettavaa tietoa. Muun muassa tiedon hyödyntämisen kannalta tutkimusten luotettavuuden arviointi on tärkeää. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Luotettavuuden perustana on tieteellisten menetelmien oikeanlainen käyttö ja käytävissä olevan tiedon luotettavuus (Kananen 2012,162). Tutkijat olivat yhteydessä tilastotieteen lehtoriin, jotta voitiin olla varmoja, että analyysimenetelmänä käytettyä SPSS-ohjelmaa on käytetty oikein. Tutkijat saivat valmiin aineiston Haipro-järjestelmästä, joten aineiston koko oli riippuvainen vuosina 2010 ja 2013 tehdyistä Haipro-ilmoituksista tiedonkulkuun liittyen. Otokseen kokoon tutkijat eivät ole itse pystyneet vaikuttamaan.

Myötävaikuttaneita tekijöitä ei käynyt ilmi kaikissa ilmoituksissa. Mahdollinen syy siihen voi olla muun muassa vähäinen informaatio ilmoituksessa, jolloin on hankala arvioida vaaratapahtumaan myötävaikuttaneita tekijöitä. Muun muassa vaaratapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä on ollut hankala luokitella puutteellisten lähtötietojen vuoksi (STM 2008).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että aiheesta löydettiin tarpeeksi lähdemateriaalia ja tutkimuksen aineisto saatiin luotettavalta taholta. Luotettavuutta lisää tutkijoiden oma kiinnostus tutkittavaan ilmiöön ja halu löytää ratkaisu tutkittavalle ongelmalle. Valmis työ esitetään opinnäytetyöseminaarissa ja tilaavalle organisaatiolle toimitetaan valmis opinnäytetyö. Työ julkaistaan opinnäytetöiden julkaisuarkisto Theseuksessa.

Tutkijoiden pitämä kirjanpito tutkimuksen eri vaiheista ja valinnoista sekä valintojen perustelu tutkimusprosessin aikana lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Työn suunnitteluvaiheessa tulee jo huomioida luotettavuuskysymykset. (Kananen 2012, 165.) Tutkijat tekivät muistiinpanoja tutkimuksen eri vaiheista ja ovat huomioineet tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä jo tutkimusta suunnitellessa ja aineiston analyysimenetelmiä valitessa.

Luotettavuuden kriteerit eroavat toisistaan laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa on käytetty laadullisen ja määrällisen aineiston analyysimenetelmiä, joten luotettavuutta tulee arvioida kummaltakin kantilta. Kananen (2012) mukaan tutkimuksen sisältäessä sekä laadullisen että määrällisen tutkimusotteen osia tulee luotettavuutta tarkastella kummankin luotettavuuskriteeristön avulla.

Uskottavuus ja siirrettävyys ovat laadullisen tutkimuksen kriteereitä. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että analyysi on kuvattu riittävän tarkasti niin, että lukija ymmärtää millä tavalla tutkimuksen analyysi on toteutettu ja mitkä ovat sen rajoitukset ja vahvuudet. Saatujen tulosten ja aineiston suhteen kuvaaminen on tärkeässä asemassa luotettavuutta arvioitaessa. Analyysin tarkkaan kuvaamiseen on suositeltavaa käyttää liitteitä sekä taulukointeja joissa alkuperäisilmaisuita alkaen kuvataan analyysin etenemistä. Suorat lainaukset lisäävät uskottavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198–199). Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää se että, tutkimuksen toteutus ja analyysimenetelmät kuvattiin tarkasti. Aineiston analyysiprosessia on havainnollistettu ja tekstin tukena käytettiin taulukoita ja liitteitä, jotka auttavat lukijaa ymmärtämään tutkimusprosessia. Tutkimuksen tulosten raportoinnissa käytettiin autenttisia, suoria lainauksia jotka lisäävät tutkimuksen uskottavuutta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin tutkimusympäristöihin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan myös osallistujien valinnan ja taustojen sekä tutkimuskontekstin selvittämistä. Sillä tarkoitetaan myös aineiston keruun ja – analyysin tarkkaa kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 198.) Tutkimustulokset voisivat olla samankaltaisia, mikäli tutkimus toteutettaisiin samoilla periaatteilla jonkin muun kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden Haipro-ilmoituksista tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyen.

Laadullisessa tutkimuskirjallisuudessa luotettavuutta arvioitaessa puhutaan paljon virhepäätelmien tai holististen harhaluulojen riskeistä joita voi syntyä, jos tutkija työskentelee yksin (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 197.) Tässä tutkimuksessa tutkijoita oli kaksi, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuutta lisää myös se, että tutkittava aineisto analysoitiin sekä pelkistettiin yhdessä ja lopuksi tutkijat arvioivat yhdessä analyysin tulokset.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan usein reliabiliteetilla sekä validiteetilla. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan saatujen tutkimustulosten pysyvyyttä eli sitä, että saadaan samankaltaisia tutkimustuloksia, jos tutkimus uusitaan. (Kananen 2012, 167.) Tutkimus on validinen (pätevä), jos tutkimusmenetelmän kyky mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin, onnistuu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216 & Kananen 2012, 167). Tähän tutkimukseen saatiin valmis aineisto. Haipro-raportointijärjestelmä on otettu käyttöön valtakunnallisesti, joten voidaan todeta, että siinä käytettävä kyselylomake on luotettava mittari ja koettu hyväksi käytännössä: se mittaa sitä mitä sen on tarkoitus mitata. Kaikkia sairaaloita, jotka käyttävät Haipro-raportointijärjestelmää, on pyritty ohjeistamaan Haipro-ilmoitusten tekemistä yhtenäisellä tavalla (Kurronen 2011, 40).

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikkaa säätelevät useat kansainväliset normit ja julistukset. Niiden lisäksi Suomessa lainsäädäntö ja tutkimuseettinen neuvottelukunta (Tenk) turvaavat tutkimusetiikan laatua. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 365.) Tutkimuksessa noudatettiin tarkkuutta, rehellisyyttä ja huolellisuutta sekä käytettiin tieteellisesti ja eettisesti kestäviä menetelmiä tiedon etsimisessä ja tutkimusta toteuttaessa. Tutkimusaiheeseen liittyviä artikkeleita on etsitty Arto, Cinahl-, JBI-, Medic ja PubMed – tietokannoista. Lähteinä on käytetty hoitotieteellisiä artikkeleita, alan kirjallisuutta ja lehtiä. Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja ja niiden yhdistelmiä: potilasturvallisuus (patient safety), tiedonkulku (flow of information), vaaratapahtuma (patient safety incident), haittatapahtuma (adverse event), läheltä piti – tapahtuma (near miss) ja Haipro-raportointijärjestelmä (Haipro-reporting system). Haku rajattiin vuosiin 2004–2014 ja hakujen perusteella löydettiin aiempia tutki-

muksia tämän tutkimuksen aiheeseen liittyen. Hakuja tehdessä käytettiin hyödyksi manuaalista hakua ja asiasanojen lisäksi käytettiin vapaata sanahakua. Aiempien tutkimusten lähdeluetteloita käytettiin hyödyksi lähdemateriaalia etsittäessä. Hakujen perusteella löytyi useita tutkimuksia, joista tähän tutkimukseen valittiin yksi väitöskirja ja 12 aiheeseen sopivaa Pro gradua.

Tutkimuslupa anotaan aina joko johtavalta lääkäriltä tai ylihoitajalta organisaatiosta riippuen. Tutkimusluvasta on käytävä ilmi, saako kohdeorganisaation nimi tulla julki tutkimusraportissa. Kohdeorganisaatiolle ei saa koitua haittaa tehdystä tutkimuksesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221–222.) Tutkimuksessa otettiin huomioon eettinen näkökulma: opinnäytetyölle anottiin aihelupa, joka hyväksyttiin sekä Vaasan ammattikorkeakoulussa, että työn tilanteen kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Tutkimukselle anottiin myös tutkimuslupa kyseisen organisaation johtavalta ylilääkäriltä. Tämä opinnäytetyö on tehty hyväksytyyn tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Tutkimuksen kohderyhmänä olevaa joukkoa ei saa loukata moraalisesti eikä kenenkään yksittäistä ihmisarvoa tule loukata (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172). Tutkijat ovat jättäneet tuloksissa mainitsematta yksiköt, joissa vaaratapahtumia tapahtui, vastaajien anonymiteetin suojelemiseksi eikä kohdeorganisaatio ole tutkimuksen missään vaiheessa tunnistettavissa. Tällä tavoin varmistettiin, ettei tutkimuksen kohteena olevalle organisaatiolle koidu haittaa tehdystä tutkimuksesta. Anonymiteetti on olennainen asia tutkimuksessa: tutkimukseen osallistuvia ei saa pystyä tunnistamaan vastausten perusteella. Suorista lainauksista ei saa tunnistaa ilmoituksen tekijää tai osallisia. Tutkimuksessa saatua tietoa ei saa paljastaa sivullisille ja kerätty aineisto tulee säilyttää lukkojen takana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 199, 221). Analysoitava aineisto, Haipro-ilmoitukset, ovat nimettömiä eikä niistä pysty yksilöimään ilmoituksen tekijää. Suorat lainaukset valittiin siten, että niistä ei pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Vaasan ammattikorkeakoulun (2014) opinnäytetyön tutkimuslupaanomuksen mukaan työn aikana käyttöön saatu luottamuksellinen aineisto palautetaan toimeksiantajalle tutkimuksen valmistuttua. Aineisto on saatu sähköisesti ja se hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Aineistoa on säilytetty

ulkoisella kovalevyllä ulkopuolisten ulottumattomissa, siihen ovat päässeet käsiksi vain tutkijat.

Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan tutkimuksesta on oltava hyötyä yhteiskunnalle. Tästä opinnäytetyönä tehdystä tutkimuksesta on hyötyä sen tilanneelle organisaatiolle sillä he saavat arvokasta tietoa tiedonkulkuun liittyvistä vaaratapahtumista. Tutkimuksen avulla pyritään parantamaan potilasturvallisuutta kyseisessä organisaatiossa.

Sähköisen tilastoinnin yleistymisen myötä erilaisten potilasdokumenttien ja hoitotieteellisten raporttien käyttö hoitotieteellisessä tutkimuksessa on yleistynyt. Tutkimuseettisistä näkökulmista tämä on haasteellista sillä tutkimuskohteeksi tulevat henkilöt eivät ole tienneet joutuvansa tutkimuskohteiksi. Vastuu tietojen luovuttamisesta jää tutkimusluvan myöntäjälle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Haipro-ilmoitukset ovat yksi esimerkki sähköisestä tilastoinnista. Tiedot vaaratapahtumista kirjautuvat suoraan tietokantaan sähköisen ilmoituslomakkeen myötä jatkokäsittelyä varten (Haipro 2012 a). Vaaratapahtumasta ilmoittaneen kirjoittaman kuvauksen mukaan käsittelijä jäsentää tapahtuneen tiedot tietokantaan (Haipro 2012 b).

Eettisesti katsottuna on keskeistä, että analyysi tehdään luotettavasti kaikkea kerättyä aineistoa hyödyntämällä. Kerätty aineisto tulee analysoida kokonaan: ei ole sallittua jättää jotain osaa analysoimatta. On eettisesti väärin jättää analysoimatta esimerkiksi kyselylomaketutkimuksessa jonkin kysymyksen vastaus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 292; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 370.) Tutkijat hyödynsivät koko valmista aineistoa ja analysoivat tutkittavan aineiston yhdessä jättämättä mielivaltaisesti mitään pois.

Riittämätön raportointi, tulosten sepittäminen ja plagiointi ovat eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät tutkimusraportin tekemiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224). Plagioinnilla tarkoitetaan lähteen merkitsemättä jättämistä tai alkuperäisen lähteen mainitsemattomuutta, kun aiemmin julkaistu teksti liitetään omaan työhön (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 371). Tutkimuksessa on noudatettu tarkkuutta ja huolellisuutta sekä rehellisyyttä aineistoa säilytettäessä, ana-

lysoitaessa, tutkimustuloksia raportoitaessa sekä arvioitaessa: tutkijat eivät ole plagioineet, muuttaneet alkuperäistä aineistoa tai sepittäneet tuloksia. Tutkimuksen tulokset on raportoitu kattavasti Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjetta noudattaen ja opinnäytetyö esitetään opinnäytetyöseminaarissa sekä työn tilanneessa organisaatiossa. Valmis opinnäyte julkaistaan julkaisuarkisto Theseuksessa, jossa on ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä.

9.4. Jatkotutkimusaiheet

Tutkimusta voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämisessä. Saatujen tietojen perusteella voidaan parantaa potilasturvallisuutta puuttamalla ongelmakohtiin jotka toistuvat usein. Jatkotutkimusaiheiksi ehdotetaan tutkimusta, jossa selvitetään miten työnjakoa voitaisiin selkiyttää työpaikoilla, jotta tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat saadaan vähenemään. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan myös tutkimusta, joka tuottaisi ratkaisumalleja toimintatapojen yhtenäistämiseen, jotta informaatiokatkosten riski pienenesi ja vaaratapahtumatilanteet tiedonkulussa ja -hallinnassa vähenisivät.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, 8-20. Toim. Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Aaltonen, L-M., Mattila, K. Mäkijärvi, M. & Saario, I. 2008. Aina roiskuu kun rapataan, mutta virheistä tulee oppia. Suomen lääkärilehti. 63, 44, 3791–3795.
- Antikainen, R. 2011. Vaaratapahtumien raportointi ja kommunikointi sairaalahoitokilöstöön arvioimana – Potilasturvallisuuskulttuurikyselyn osa-analyysi. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Autti, T. & Keistinen, T. 2013. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, 141–156. Toim. Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. & Persing, R. 2008. Improving patient safety through provider communication strategy enhancements. *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches*. Henriksen, K., Battles J-B. & Keyes M. Viitattu 3.11.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>
- Doupi, P. 2009. National reporting systems for patient safety incidents – A review of the situation in Europe. Jyväskylä, Gummerus Printing.
- Ervast, M. 2013. ISBAR, suullisen raportoinnin potilasturvallisuustyökalu. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 225–226. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K. Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. 1. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Euroopan komissio. 2008. Komissio edistää potilasturvallisuutta EU:ssa. Viitattu 18.9.2014 http://ec.europa.eu/finland/news/press/081215_fi.htm
- Euroopan unionin neuvoston suositus potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta. Luxemburg 8.6.2009.
- Haipro. 2013. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 31.3.2014. <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>
- Haipro 2012 a. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje. Viitattu 7.1.2015. http://www.haipro.fi/ohjeet/haipro_ilmoittajan_ohje.pdf
- Haipro 2012 b. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely. Viitattu 7.1.2015. http://www.haipro.fi/ohjeet/haipro_kasittelijan_ohje.pdf
- Helovuori, A. Kinnunen, M. Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki. Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Porvoo. Bookwell oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hoikka, A. 2012 Raportointityökalu ISBAR. *Spirium*. 47, 3, 24.

Härkönen, M. 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Pro gradu – tutkielma. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Jaakola, T. 2012 "Valpas mieli on turva verraton": potilaiden ja läheisten kokemukset potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja varmistamisesta. Pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Järvelin, J. Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen lääkäri-lehti*. 65, 12, 1126.

Kananen, J. 2012 Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki. WSOY.

Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen lääkäri-lehti*. 63, 44, 3785–3788.

Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet. 293–314. Toim. Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, 293–314. Toim. Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kinnunen, M. 2010 Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Liiketaloustiede. Vaasan yliopisto.

Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. 117–138. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kinnunen, M., Aaltonen L-M. & Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, 257–269. Toim. Aaltonen, L-M & Rosenberg P. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kinnunen, M., Malmström, R. 2013 Vaaratapahtumien raportointi yli organisaatiotajojen. Teoksessa Potilasturvallisuuden perusteet, 269–273. Toim. Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. 77–97. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Koivunen, E. 2005. Hoitohenkilöstön kuvaus hoitovirheiden ilmoittamisesta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kotisaari, K. Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki. Fioca Oy.

Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitaja. 85, 3, 29–31.

Kupari, P., Rantanen, T. 2012. ISBAR auttaa viestimään oleellisen. Systole. 2, 21–22

Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – Haipro-vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

L30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.1.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

L24.6.2010/629. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.1.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20100629?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20terveydenhuollon%20laitteista>

L28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.1.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&>

search%5Bpika%5D=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4

L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 25.9.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L30.4.1987/395. Lääkelaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.1.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6ist%C3%A4>

L25.7.1986/585. Potilasvahinkolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.1.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasvahinkolaki>

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1.-3. painos. Werner Söderström Osakeyhtiö

Lindh, M. & Sahlqvist, L. 2012. Säker vård – Att förebygga skador och felbehandlingar inom vård och omsorg. 1. tryckningen. Stockholm. Förefattarna och Natur & Kultur.

Mustajoki, P., Kinnunen, M., Aaltonen L-M & Helovuo, A. 2014. Kerro, kysy, kuittaa – tiimityöllä potilasturvallisuutta. Suomen lääkäri-lehti. 43, 69, 2811–2812.

Mäkelä, K. 2006. Terveystietotekniikka – Terveystietotekniikan sovellukset. Helsinki. Talentum Media Oy.

Niemi-Murola, L & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest. 44, 1, 21–23.

Peltomaa, K. 2013. Potilasturvallisuutta edistävät suositukset ja näyttöön perustuva toiminta. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 224–225. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K. Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. 1. painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Peltomaa, K. 2011. SBAR -työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. Sprium 46, 2, 20.

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. 17-27. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Perkiö, A. 2008. Suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä – Potilaan hoidon jatkuvuus päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle. Pro gradu – tutkielma. Terveystietotekniikan ja –talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Publications of the Ministry of Social affairs and Health 2009. Promoting patient safety together – Finnish patient safety 2009-2013. Helsinki. Helsinki University Print.

Ruuhilehto, K. Kaila, M. Keistinen, T. Kinnunen, M. Vuorekoski, L. & Wallenius, J. 2011. Haiipro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? *Duodecim* 2011, 127, 1033–1040.

Ruuhilehto, K. 2009. Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa *Potilasturvallisuus ensin*. 147–171. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Räsänen, M. 2008. Potilaiden vaaratapahtumat erilaisissa hoitotyön toimintaympäristöissä – Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Sarste, T. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Pro Gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttamalla satojen miljoonien säästöt. *Suomen Lääkärilehti*. 63, 12–13, 1211.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa *Potilasturvallisuus ensin*. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 29–41. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Valopaino Oy.

STM 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Helsinki. Yliopistopaino Kustannus.

THL 2014. Potilasturvallisuuden vaarantuminen. Viitattu 31.3.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuuden-vaaratilanteet

THL 2013. Vaaratapahtuman tunnistaminen. Viitattu 15.9.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen>

THL 2011 a. Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelma. Viitattu 3.10.2014 http://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf

THL 2011 b. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 3.10.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>

Tirkkonen, H. 2011. Potilasturvallisuuskulttuuri yksityissairaalassa – kysely henkilöstölle. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Vaasan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuuden alueellinen kehittämissryhmä. 2012. Tiedonkulun varmistamisen menetelmiä Vaasan sairaanhoitopiirissä. Viitattu 9.12.2014. [http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0CDAQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.vaasankeskussai-
raa-
la.fi%2FLink.aspx%3Fid%3D1233425&ei=tNyGVNPdGIHqyQPttoDoBQ&usg=AFQjCNHamEeTK8DJNv8PRNtiPkQWB0w85g&bvm=bv.81449611,d.bGQ](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&sqi=2&ved=0CDAQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.vaasankeskussai-
raa-
la.fi%2FLink.aspx%3Fid%3D1233425&ei=tNyGVNPdGIHqyQPttoDoBQ&usg=AFQjCNHamEeTK8DJNv8PRNtiPkQWB0w85g&bvm=bv.81449611,d.bGQ)

Vanhasasi-Huida, S. 2008. Vaaratapahtumien raportointi osastonhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät – sairaalalahenkilöstön kuvausten analyysi. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Vincent, C. 2010. Patient safety. 2nd edition. BMJ Books. Wiley-Blackwell.

WHO 2008. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Viitattu 18.9.2014. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf

LIITE 1. HaiPro-raportointijärjestelmän ilmoittajan näkymä.

[Etusivu](#) [Ohje](#)

In English | På svenska

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

[Sisäiset sivut](#)

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Ilmoituksen pvm: 10.10.2014

Osasto/yksikkö	Lomakkeen täyttäjän yksikkö (*)	Hae
	Valitse	▼
	Yksikkö, jossa tapahtui (*)	Hae
	Valitse	▼
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse	▼ ⓘ
Tapahtuma	Tapahtuma-aika (*)	
	Pvm (p.k.vvvv):	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa
	Kellonaika:	<input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa
	Tapahtumapaikka	Valitse
		Tapahtuman luonne (*)
		<input type="radio"/> Läheltä piti ⓘ <input type="radio"/> Tapahtui potilaalle ⓘ
		<input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus
Tapahtuman tyyppi	Ei tiedossa	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. ⓘ	
	<input type="text"/>	
	Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.	
	<input type="text"/>	
	Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?	
	<input type="text"/>	
Sähköpostiosoite	Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse. Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.	
	<input type="text"/>	

Tallenna

[Tulosta ilmoitus](#)

LIITE 2. Aineistolähtöinen sisällön analyysi.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
”Asiakaskäynti unohtui tehdä ... Katsottu huonosti muutostilaa.”	Asiakaskäynti unohtui, koska muutostilaa katsottu huonosti.	Asiakaskäynnin unohtuminen	Potilastiedon hallinta	Tiedonhallinta
”Aamuvuorossa ollut kollega oli ottanut potilaan vastaan. Ilmeisesti hoitajalla oli ollut niin kiire, ettei ollut kertonut ilta-vuoron hoitajille sanallakaan potilaasta.”	Aamuvuorossa ollut potilaan vastaanottanut kollega ei ollut kertonut iltahoitajille potilaasta kiireen vuoksi.	Tieto jäänyt välittämättä	Suullinen tiedonkulku	Tiedonkulku