

Venla Kekkonen

HaiPro haittatapahtumien ja toimenpiteiden kuvaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Hoitotyö

Opinnäytetyö

17.11.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Venla Kekkonen HaiPro haittatapahtumien ja toimenpiteiden kuvaus 29 sivua + 1 liite 17.11.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoito
Ohjaajat	Lehtori Eila-Sisko Korhonen Lehtori Liisa Montin
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata raportoidut haittatapahtumat ja niiden ehkäisemiseksi tehdyt toimenpiteet Helsingin ja Uudenmaan läänin sairaanhoitopiirin HUS:n yhteistyöosastojen 100 kappaleesta sähköisestä haittatapahtumien ilmoitusjärjestelmän HaiPro:n raportteja, jotka ovat tämän opinnäytetyön aineisto. Saatu aineisto analysoidaan sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä käyttäen. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa potilasturvallisuudesta sen kehittämiseksi. Opinnäytetyö on tärkeä, koska sen avulla voidaan kuvata vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Mitä haittatapahtumia on raportoitu ja kuinka paljon? Mitä haittatapahtumien ehkäisemiseksi on ehdotettu? Ja mitä ehkäisytoimia on raportoitu tehdyksi?</p> <p>Tuloksien mukaan kuvattavasta materiaalista potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia oli enemmän kuin poikkeamia. Kuitenkin vaaratapahtumien haittatapahtumia, joista potilaalle oli haittaa, oli vähemmän kuin läheltä piti – tapahtumia, joissa haittaa olisi voinut potilaalle tulla. HaiPro- raporttien tapahtumista yli puolet oli mennyt potilaalle asti. Potilasturvallisuuden osa-alueista tehtiin HaiPro- raportteja eniten lääkehoidon turvallisuuteen liittyen ja ne olivat useimmin aiheutuneet tekemisen seurauksena kuin tekemättä jättämisestä.</p> <p>HaiPro- raporteissa eniten käytettyjä ehkäisytoimia olivat palaverit henkilökunnan kanssa ja kirjaamiskäytäntöihin liittyvät toimet sekä vähiten käytettyjä ehkäisytoimia oli tiedotus. Käytännöistä eniten ehkäisytoimia käytettiin kirjaamiskäytännöissä ja vähiten hoitokäytännöissä. Lääkintälaitteiden laitehuoltoa käytettiin vähän, kuten konsultaatiotakin ehkäisevinä toimenpiteinä.</p> <p>Opinnäytetyön aineiston kuvauksen perusteella yhteistyöosastojen potilasturvallisuuden kehittämisalueita olisivat vaaratapahtumat, jotka ovat menneet potilaalle asti ja lääkehoidon turvallisuus lääkkeissä ja lääkityksessä.</p>	
Avainsanat	HaiPro, potilasturvallisuus, läheltä piti - tapahtuma, haittatapahtuma, raportointijärjestelmä

Author Title	Venla Kekkonen Description of the adverse events and interventions of the HaiPro - A Qualitative Study
Number of Pages Date	29 pages + 1 appendices 17 December 2015
Degree	Bachelor of Health care
Degree Programme	Nursing and Health care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturer Liisa Montin, Senior Lecturer
<p>Purpose of this study is to describe the reported adverse events and proposed measures for the prevention of the hospital district of Helsinki and Uusimaa (HUS), Finland. County HUS 100 co-operation HaiPro declarations, which are data of this final project. The resulting data will be analyzed both qualitative and quantitative research methods. The reason of this final project is to obtain information on patient safety, to develop it. Final project is important because it describes the answers to the following final project questions: What are the adverse events have been reported and how much? What is proposed in order to prevent adverse events? And what preventive measures were reported to have been made?</p> <p>Conclusions this final project obtained from patient safety risk of the events was more than deviations. However, the risk of adverse events, events in which the patient was harmed, was less than the near-miss events, in which the harm could have the patient come in. HaiPro announcements of the events, more than half had gone to the patient. Patient - safety aspects of HaiPro notifications were related to the safety of most medical treatments and they were the most frequently as a result of the conclusion of the incurred by the like do. HaiPro - declarations measures most commonly used declarations were meetings with the staff and the associated recording of actions and preventive measures used were the least information. Practices of most prevention measures were used in recording practices and the least amount of care practices. Device maintenance was used a bit, such as counseling preventive measures.</p>	
Keywords	HaiPro, patient safety, near miss reporting, adverse event, reporting system

Sisällys

Johdanto	1
Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet	2
1.1 Poikkeama ja vaaratapahtuma	3
1.2 Lääkintälaitteiden turvallisuus	4
1.3 Hoidon turvallisuus	5
1.4 Lääkehoidon turvallisuus	6
Vaaratilanneraportit osana potilasturvallisuutta	7
Aikaisempia tutkimuksia aiheesta	10
Tarkoitus, tavoite ja kysymykset	13
Opinnäytetyön menetelmät	13
1.5 Opinnäytetyön aineisto ja sen hankinta	14
1.6 Aineiston analysointi	14
Opinnäytetyön tulokset	16
1.7 Poikkeama ja vaaratapahtuma	16
1.8 Lääkehoidon turvallisuus	17
1.9 Hoidon turvallisuus	18
1.10 Lääkintälaitteiden laiteturvallisuus	19
1.11 Raportoidut haittatapahtumien ehkäisytoimet ja -ehdotukset	20
Eettisyys ja luotettavuus	22
Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	23
Lähteet	26
Liitteet	
Liite 1. HaiPro raporttien tulokset koosteena	

Johdanto

Kaikissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä tapahtuu virheitä eri ammattiryhmien edustajille. Usein virheiden taustalla ovat häiriöt tai heikkoudet käytettävässä järjestelmässä ja ne olisivat estettävissä, jos virheet ja läheltä piti - tilanteet analysoidaan ja kartoitetaan niihin johtavista syistä käsin. Nykyään suurenevassa osassa terveydenhuollon toimintakenttiä käytetään sähköistä haittatapahtumien ilmoitusjärjestelmää nimeltä HaiPro. Sen kautta kerätyt haittatapahtumaraportit eivät vielä itsessään kehitä potilasturvallisuutta, vaan ne ovat osa sen palautejärjestelmää. Potilasturvallisuuden kehittymisen edistymistä tukee raportoinnin vapaaehtoisuus ja ilmoittajien anonymisuus. HaiPro - raporttien tekoon kannustaan työntekijöitä ja heillä pitää olla tieto siitä, miksi niitä tehdään. HaiPro - raporttien määrä ei kerro itsessään potilasturvallisuuden huonoudesta vaan ennemminkin siitä, kuinka valveutunut osasto on ja miten se on ottanut potilasturvallisuuden kehittämisen osaksi toimintaansa. HaiPro - raporttien puute voi taas kertoa siitä, ettei potilasturvallisuus ole vielä osa yhteisesti kehitettävää työkenttää ja ennakoiva riskienhallinta tuttua työntekijöille. HaiPro- ilmoitusten käsittelyn ei tulisi syyllistää tai syyttää työyhteisöä ja työntekijöitä (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010, 9-11).

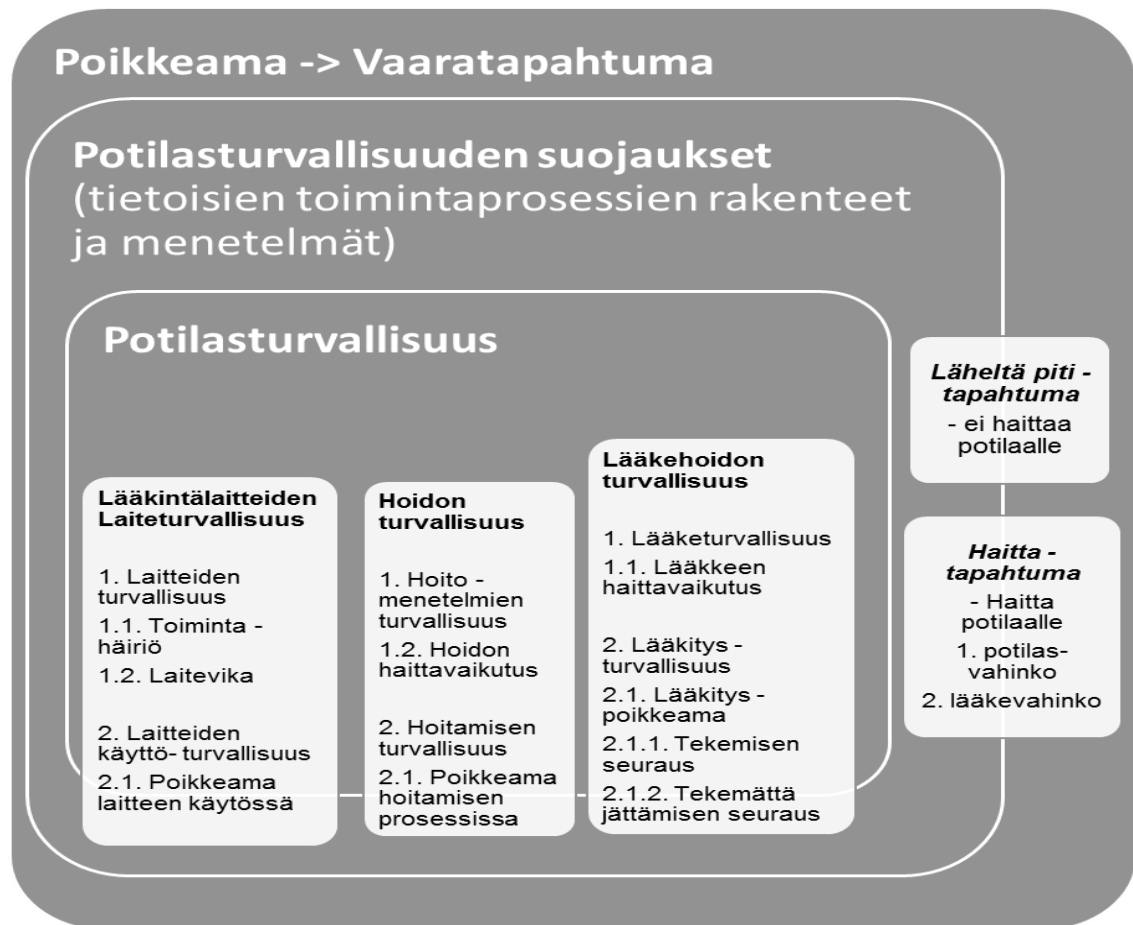
Tässä opinnäytetyössä kuvataan sähköisen raportointiohjelman HaiPro:n 100 kappaaleen raporteista saatuja haittatapahtumia ja toimenpiteitä niiden ehkäisemiseksi kolmesta HUS:n yhteistyöosastolta, jotka ovat tämän opinnäytetyön aineisto. Saatu aineiston sisältö kuvataan sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä käyttäen. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa potilasturvallisuudesta sen kehittämiseksi. Opinnäytetyö on tärkeä, koska sen avulla voidaan kuvata vastauksia seuraaviin kysymyksiin, 'Mitä haittatapahtumia on raportoitu ja kuinka paljon?' 'Mitä haittatapahtumien ehkäisemiseksi on ehdotettu?' ja 'Mitä ehkäisytöitä on raportoitu tehdyksi?'. Opinnäytetyön tulokset esiteltiin osastotunnilla sairaalan henkilökunnalle, jotta niitä voidaan käyttää välineenä hoidon suunnittelulle. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää HUS:ssa.

Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet

Vaaratapahtumille altistavien tekijöiden tunnistaminen on yksi edellytys potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilaalle aiheutuu tarvitsemastaan hoidosta mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on myös terveydenhuollon toimintaympäristöjen sekä niissä toimivien eri ammattiryhmien käytäntöjä ja periaatteita, joilla turvataan potilaiden sairaan- ja terveydenhoidon palvelujen laatu (Tammela 2011, 20). Vaaratapahtumien raportointiprosessia selkeyttää potilasturvallisuuteen kuuluvien keskeisten käsitteiden läpikäyminen. Tässä opinnäytetyössä käytän VTT:n kehittämää sähköisen haittatapahtumien raportointijärjestelmän HaiPro:n raportteja, sillä siitä on eniten kokemusta Suomessa. HaiPro - raportti koostuu niin vaapaamuotoisista kentistä kuin strukturoiduista kysymyksistä, joiden avulla muodostetaan ilmoittajan näkemys haitta- tai vaaratapahtumasta muun muassa millaisissa olosuhteissa se oli tapahtunut, miten se oli aiheutunut, edennyt ja mitä seurauksia siitä oli (Jonsson – Koivuranta-Vaara – Persephone – Finne - Soveri – Keistinen – Kinnunen – Koistinen – Nenonen – Nio – Nordström – Ojanen – Pennanen – Rintanen – Saario – Salminen 2011, 29). Keskeisin lainsäädännöllinen perusta potilasturvallisuuden edistämiseen on vuonna 2010 lopulla voimaan tulleesta terveydenhuoltolain (1326/2010) 8. §:stä, mikä käsittelee potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon toiminnan laatua. Laki edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden täytäntöön panoon liittyvät suunnitelmat. Potilasturvallisuuteen liittyvää terveydenhuoltolakia (1326/2010) täydennettiin vuonna 2011 Sosiaali- ja terveysministerin toimesta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon asetuksella (341/2011), joka tuo ilmi miten potilaita ja heidän lähiomaisiaan tulisi tiedottaa sekä miten asetuksessa olevat kohdat tulisi toteuttaa (Jonsson yms. 2011, 7-8).

Potilasturvallisuuden suojauksiin kuuluu tietoihin toimintaprosesseihin sisältyvät rakenteet ja menetelmät, joilla tunnistetaan ja estetään vaaratapahtumat sekä poikkeamat. Potilashoitoon ja lääkehoitoon on kehitetty omat käsitteensä Suomessa (Kuvio 1.), Sekä järjestelmällinen kehittämistyö, että tieteellinen tutkimus tarvitsevat yhteisesti hyväksyttyä käsitteistöä. Raportointijärjestelmät edellyttävät myös tarkkaan mietittyjä luokituksia ja käsittehierarkioita, jonka takia tässä opinnäytetyössä näitä samoja käsitteitä käytetään ja niiden avulla kuvataan tuloksia HaiPro-raporteista. Kolme keskeistä potilasturvallisuuden käsitettä ovat lääkehoidon turvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkintälaitteiden laiteturvallisuus. Näitä on myös käytetty tässä opinnäytetyössä pohjana potilasturvallisuutta kuvattaessa. Järjestelmällinen kehittämistyö, että tieteellinen tutkimus

tarvitsevat yhteisesti hyväksyttyä käsitteistöä. Potilasturvallisuuden suojauksiin kuuluu tietoisiin toimintaprosesseihin sisältyvät rakenteet ja menetelmät, joilla tunnistetaan ja estetään vaaratapahtumat sekä poikkeamat kuten esimerkiksi HaiPro-järjestelmä. Tässä opinnäytetyössä käytetään suurimmalta osin samoja käsitteitä kuin potilasturvallisuussanastossa kuvaamaan opinnäytetyön tuloksia (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5; Potilasturvallisuussanasto 2007, 2-3, 6, 8-9; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010, 9).



Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Potilasturvallisuussanasto 2007, 2-9)

1.1 Poikkeama ja vaaratapahtuma

Potilasturvallisuuden suojausta uhkaavat kaksi keskeistä käsitettä: poikkeama ja vaaratapahtuma (Kuvio 1.). Poikkeamat voivat johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Poikkeama liittyy myös kirjaamiseen, seurantaan ja raportointiin. Lisäsin poikkeama yläluokan alle alaluokan kirjauspoikkeamat ja kuvaan myös

niitä opinnäytetyössäni. Potilasasiakirjat on tärkeää olla asianmukaisesti kirjoitettuja, sillä ne ovat osa potilaan sekä henkilökunnan oikeusturvaa ja potilaalla on oikeus saada tieto niistä sekä tarkastaa niiden sisältö (Potilasturvallisuussanasto 2007, 5-7). Sairaalan sisällä ja sairaalahoidon jälkeen potilaat usein siirtyvät yksiköstä toiseen. Potilaan siirtyminen sairaalan sisällä osastolta toiselle tai hoitolaitoksesta toiseen on aina riskialtista potilaan hoidon kannalta. Siirtymistilanteissa tulee kiinnittää huomiota erityisesti raportointiin ja tiedonvälityksessä oikeanlaisen hoidon turvaamiseksi. (Kinnunen – Peltomaa 2009, 82). Potilasasiakirjojen tehtävänä on myös palvella potilaan hoidon jatkuvuuden suunnittelussa ja toteutuksessa ja niitä ovat muun muassa potilaskertomukset sekä niihin kuuluvat potilastiedot ja asiakirjat. Potilaan asiakirjoja ovat myös tutkimusasiakirjat (esimerkiksi röntgen - ja laboratoriolähetteet), lausunnot ja konsultti- oivastaukset sekä edellisiin liittyvien perusteella saadut todistukset. Potilaalla on myös oikeus saada tieto hänen hoidon toteuttamisen tai järjestämisen yhteydessä muualta tulleet tai niiden yhteydessä kirjoitetut potilasasiakirjat. (Henkilötietolaki 523/1999; Ensio - Ahonen - Arffman - Ikonen - Numminen - Perälä - Tanntu 2012, 15).

Poikkeama voi johtaa vaaratapahtumaan ja opinnäytetyössäni vaaratapahtuma yläluokka liittyy potilaan turvallisuuden vaarantavaan tapahtumaan. Vaaratapahtumien alaluokkina ovat haittatapahtuma ja läheltä piti - tapahtuma. Haittatapahtumalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä vaaratapahtumaa, joka on aiheuttanut haittaa potilaalle. Haitta liittyy läheisesti ei-toivottuun taloudelliseen, sosiaaliseen, psyykkiseen tai fyysiseen vaikutukseen potilaalla. läheltä piti - tapahtuma on tässä opinnäytetyössä vaaratapahtuma, josta olisi voinut aiheutua haittaa potilaalle mutta ei aiheutunutkaan (Potilasturvallisuussanasto 2007, 5-7). Opinnäytetyössä kuvataan poikkeama tai vaaratapahtuma yläluokkien yhteydessä, oliko tapahtunut mennyt potilaalle asti vai ei, sekä oliko HaiPro - raportissa tietoa siitä, oliko kumpaakaan kirjattu raporttiin. Tein niistä kolme alaluokkaa.

1.2 Lääkintälaitteiden turvallisuus

Potilasturvallisuutta on pyritty tukemaan teknologian avulla varsinkin sairaan - ja terveydenhoitotyössä mutta se on samalla tuonut terveysalan ympäristöihin uusia potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Terveysalalla käytettävien lääkinnällinen laitekantojen päivittäminen ja yhtenäistäminen on tärkeää samoin kuin niiden käyttöön perehdyttävä koulutus ja selkokielisten käyttöohjeiden helppo saanti lääkintälaitteiden lähistöllä (HUS 2015, 8). Lääkintälaitteiden turvallisuus kytkeytyy laitteiden turvallisuuteen ja kuinka toimia kun laitteeseen tulee toimintahäiriö tai vika. Potilasturvallisuussanastoa

(2007, 6-7) mukaillen tein siihen kolme alaluokkaa: laitteiden turvallisuus, toiminta häiriö laitteessa ja laitevika (Kuvio 1.).

On tärkeää, että hoitohenkilökunnan saa lääkintälaitteiden käyttökoulutusta sekä laitteiden käyttöön että huoltoon. Hoitohenkilökunnalle tarkoitettu lääkintälaitteiden käyttökoulutus ehkäisee laitteiden käyttöön liittyviä ongelmatilanteita ja edistää myös toiminnallista tuottavuutta. Terveysalan yksikössä, jossa käytetään lääkintälaitteita, tulisi aina olla laitteen käyttöohjeet turvallisen käytön edistämiseksi ja lääkintälaitetta tulee käyttää, säätää, ylläpitää ja huoltaa valmistajan ohjeiden mukaisesti. Laitteen K käyttöpaikan tulisi olla käytön kannalta turvallinen eikä lääkintälaitetta saisi ympäröidä muut tarvikkeet, jotka häiritsevät sen toimintaa tai potilaan terveyttä. Vain ammattitaitoinen henkilö voi huolehtia lääkintälaitteiden asennuksesta, huollosta ja korjauksesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 35 - 36; Pölonen – Ala - Kokko – Herveranta – Jämpti – Kokko 2013, 254 – 255; Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010; Potilasturvallisuussanasto 2007, 6-7). Henkilökunnalla tulisikin olla ajantasainen ja riittävä perehdytys lääkintälaitteiden käyttöön, joka ylläpito on työnantajan vastuulla. Ylläpitoon tulisi kuulua myös potilasturvallisuuden perusteita ja miten raportoida niin HaiPro- järjestelmään kuin valmistajalle tai tämän edustajalle lääkintälaitteista johtuneet vaaratilanteet, jotka saattavat johtua esimerkiksi niiden ominaisuuksista tai rikkoutumisesta sekä järjestelmän häiriöistä tai viasta (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010; HUS 2015, 7, 21).

Lääkintälaitteilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä Euroopan neuvoston direktiivin (93/42/ETY) mukaisesti potilaiden sairaan - ja terveydenhoidossa käytettäviä lääkintälaitteistoja ja niiden ohjelmia, instrumentteja ja muita materiaaleja sekä hoitotarvikkeita. Suomen laissa käytetään melkein samaa määritystä terveydenhuollon laitteille. Turvallisuuden kannalta tarpeelliset tiedot laitteen käytöstä antaa lääkintälaitteen valmistajan ja se on myös vastuussa tuotteiden turvallisuudesta, suorituskyvystä ja niiden toimivuuden jälkiseurannasta. Kun markkinoille tuotu lääkintälaitte on asianmukaisesti toimitettu, asennettu ja huollettu, sen saa ottaa käyttöön (Valvira 2015; Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010).

1.3 Hoidon turvallisuus

Potilaalla on oikeus saada turvallista hoitoa. Ihmisten tekemien virheiden taustalla on useimmiten hoitotyön prosessiin, toimintatapoihin tai toimintaolosuhteisiin liittyvä vaara. Vaaratapahtumien ehkäisemiseksi tavoitteena tulisi olla prosessien kehittäminen ja

toimintatapojen muuttaminen virheiden minimoimiseksi. Parhaassa tapauksessa virhe tai riski pystytään ennaltaehkäisemään, eikä vaaratilannetta pääse syntymään (Helo-vuo – Kinnunen – Peltomaa – Pennanen 2011, 63–64). Tässä opinnäytetyössä tein Potilasturvallisuussanastoa (2007, 6-7) mukaillen hoidon turvallisuus yläluokan, jonka jaoin neljään alaluokkaan, joilla kuvataan hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuutta, hoidon haittavaikutusta sekä poikkeama hoitamisen prosessissa HaiPro - raporteista (Kuvio 1.). Potilaan hoidon laatua ja turvallisuutta voidaan edistää näyttöön perustuvien ja vaikuttavien menetelmien sekä motivoituneen ja sitoutuneen henkilöstön avulla. Potilasturvallisuustyötä vahvistavat tulokset hoitomenetelmien turvallisuudesta ja vaikuttavuudesta saadaan kontrolloidulla tutkimuksilla ja edellyttävät seuranta, suunnitelmallisuutta ja ongelmakohtien parantavien toimenpiteiden toteuttamista (Kinnunen – Peltomaa 2009, 94 -95; HUS 2015, 37).

1.4 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuuteen on kiinnitetty huomiota sairaaloissa, etenkin lääkkeiden määrän kasvaessa. Haittatapahtumien taustalla ei aina ole ammattitaidottomuus tai huolimattomuus, vaan virheitä voi tapahtua monista eri syistä (Kinnunen – Peltomaa 2009, 78–81). Tässä opinnäytetyössä lääkehoidon turvallisuus käsittää lääketurvallisuuden lääkevalmisteena ja lääkkeiden käyttönä. Se kattaa lääkkeen laadukkaan valmistamisen ja merkitsemisen sekä henkilökunnan tekemät toimet lääkkeistä johtuvien haittatapahtumien korjaamiseksi ja ehkäisemiseksi. Lääketurvallisuuteen liittyvä HaiPro raportti voi liittyä myös lääkehuoltoon liittyvästä tekemisestä kuin myös tekemättä jättämisestä. Potilasturvallisuussanastoa mukaillen tein lääkehoidon turvallisuus yläluokkaan viisi alaluokkaa: lääketurvallisuus, lääkkeen haittavaikutus, lääkitysturvallisuus ja lääkityspoikkeama. Lääkehuoltoon liittyvä tapahtuma, josta voi tulla vaaratapahtuma, merkitään tässä opinnäytetyössä lääkityspoikkeamana ja opinnäytetyössä kuvataan myös ne omina kahtena alaluokkinaan (Potilas - ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5; Potilasturvallisuussanasto 2007, 8-9).

Terveystenhuollon ammattihenkilön, kuten sairaanhoitajan, on velvollisuus ylläpitää ja kehittää omaa ammattitaitoaan. Potilasturvallisuutta edistämään on tehty laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), jonka tarkoitus on taata henkilölle riittävät valmiudet sekä koulutus työskentelyä varten (Terveystenhuoltolaki 1326/2010). Fitzpatrickin, Stonen ja Walkerin (2006, 23) mukaan lääkehoitoon liittyvien virheiden riski kasvaa jopa kolminkertaiseksi hoitajien työskennellessä yli 40 tuntia viikossa tai tehdessä

yli 12 tuntisia työvuoroja. Lääkehoidon haittatapahtumien ehkäisy ja vähentäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä niin lääkäreiden, hoitajien kuin farmaseuttienkin välillä. Lisäksi olennaista on hoitohenkilökunnan yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa. Muita haittatapahtumia vähentäviä tekijöitä ovat esimerkiksi tietotekniikan hyödyntäminen, koulutus lääkkeiden vaikutuksista, lääkityksen tarkistaminen, selvät ohjeet ja henkilökunnan lääkelaskutaitojen jatkuva päivittäminen (Kinnunen – Peltomaa 2009, 85).

Vaaratilanneraportit osana potilasturvallisuutta

Riskienhallinta on keskeinen osa järjestelmällistä potilasturvallisuuden kehittämistä. Vaaratilanneraportointiprosessin eri vaiheiden toimivuutta tulisi arvioida säännöllisesti. Kerätyn tiedon avulla pystytään analysoimaan vaaratapahtumassa olevat riskit ja mitä toimia tarvitaan riskienhallintaan, jotta niiden toistuvuus voitaisiin estää ja uusien vaaratilanteiden tuloa ennaltaehkäistä. Riskien hallintaa toteutetaan systemaattisesti laadullisina ja määrällisinä tavoitteina, joiden toteumista valvotaan esimerkiksi laskemalla HaiPro - raporttien tutkittujen tapausten ja korjaavien toimenpiteiden määrää sekä seuraamalla HaiPro - raporttien käsittelyn nopeutta (määrälliset tavoitteet). Riskien valvontaa toteutetaan myös tutustumalla raporttien sisältöön, kerätyn tiedon luotettavuuteen ja toimenpide-ehdotusten tasoon sekä seuraamalla HaiPro - raporteissa ilmoitetuiden toimenpiteiden vaikuttavuutta (laadulliset tavoitteet). Kehittämällä terveydenhuollon toimintaympäristöjen rakenteita, prosesseja ja tiedonkulkua vähennetään turvallisuusriskejä ja mahdollisuuksia inhimillisiin virheisiin. Koko vaaratilanneraportointiprosessin dokumentointi ja kehittäminen selkeyttää prosesseja helpottaen niiden yksinkertaistamista ja vakiointia työyhteisöjen käyttöön. Ilmoittajien ja käsittelijöiden kokemukset siitä miten vaaratilanneraportointi toimii kokonaisuudessaan, tulisi ottaa huomioon arviointivaiheessa. Samalla tulisi arvioida kuinka HaiPro - raporteista saatua tietoa voidaan käyttää terveydenhuollon toimintaympäristöissä päätöksiä tehdessä. Vakionnin avulla turvataan tiedonsiirtoa potilasta hoitavien eri tahojen välillä ja selkeytetään vastuunkantoa (HUS 2015, 7; Lanne – Murtonen – Nissilä – Ruuhilehto – Virolainen. 2008, 22). HaiPro - järjestelmä tukee työprosesseihin lisättävää oppimisen organisointia. Terveysalan toimintaympäristöjen oppimisen edellytyksinä ovat koko ajan tapahtuva kehittyminen, muuttuvaisuus, kasvu ja kypsyminen. Suunniteltu ja tavoitteellinen toiminta on osa oppimisprosessia ja osa siitä on sattumanvaraista. Henkilötasolla oppimisprosessiin kuuluu tietojen, taitojen ja kokemusten hankkiminen, jotka muokkaavat yksilön asenteita johtaen muutoksiin hänen toiminnassaan (Sydänmaanlakka 2007, 33).

Potilaalle hoidon aikana aiheutuvia haittoja ja hoitoriskejä vähennetään potilasturvallisuuskulttuuria voimistamalla. Osana potilasturvallisuuskulttuuria tarvitaan avoin ja luotamuksellinen moniammatillinen ilmapiiri, jossa HaiPro - raportteja voidaan käsitellä luontevana osana toiminnan kehittämistä. Potilasturvallisuuskulttuurin pohja luodaan koulutuksessa ja se on avain toiminnan jatkuvaan kehittymiseen. Se edistää myös hoidon turvallisuutta, kun uskaltautaan rehellisesti käsitellä terveysalan toimintaympäristössä tapahtuneita haitta- ja vaaratapahtumia. Parhaimmassa tapauksessa työyhteisössä opitaan tapahtumasta, kun siitä voidaan avoimesti analysoida mitkä tekijät, erehdykset ja virheet johtivat haitta- tai vaaratapahtumaan. Myös työntekijöiden tukeminen kuuluu osana haitta- ja vaaratapahtumien käsittelyä, jotta työntekijöiden työkyky säilyy eivätkä he jää yksin kokemuksineen (Jonsson ym. 2011, 14-13). Tapahtumaa koskevan HaiPro- raportin voi tehdä nimettömänä kaikki henkilökuntaan kuuluvat, kun haitta- tai vaaratapahtuma on havaittu ja myös potilaiden tai heidän lähiomaisten ilmoittamat tapahtumat tulisi merkitä HaiPro - raporteiksi. HaiPro - raporttien teko pitäisi olla helppoa ja niiden tekemiseen matala kynnyks. Terveysalan toimintaympäristöissä HaiPro järjestelmää pääsee yleensä käyttämään sisäisen tietojärjestelmän (intranet) etusivulinkin kautta ja niiden tekoon on varattu tietokonepäätteitä. Säännöllinen HaiPro- raporttien teko siirtää potilasturvallisuudesta tietoa kenttätasolta ylöspäin johdolle ja tulisi siten vaikuttaa päätöksentekoon terveysalan toimintaympäristöissä (HUS 2015, 15-16).

Terveysturvallisuuden toimintayksikön potilasturvallisuuden kokonaisvastuu on johdolla. Potilasturvallisuutta koordinoivaa työskentelyä mahdollistaa johto osoittamalla henkilökunnalle tarvittavat resurssit siihen ja selkeyttämällä toimintatapoja ja – rakenteita toimintayksikössä. Lähiesimies tuo johdon linjauksen potilasturvallisuudesta toimintayksikköön ylläpitämällä ja edistämällä sitä. Hänen tulisi kannustaa henkilöstöä avoimeen ja syyllistämättömään toimintakulttuuriin sekä auttaa heitä tuomaan esiin kehitysideoita potilasturvallisuuspuutteiden parantamiseksi. Lähiesimiehen rooleihin työyhteisössä kuuluu olla vastuussa ennakoivan riskienhallinnan periaatteiden noudattamisesta, jotta potilaalle ei koidu kohtuutonta haittaa hoidosta. Hän myös huolehtii, että henkilöstöllä on tarvittavat ja ajanmukaiset tietotaidot turvallisen hoidon toteuttamiseen sekä hoitoympäristö on potilasturvallisuutta tukeva. Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tulisi käsitellä säännöllisesti moniammatillisissa henkilöstön kokouksissa. Työympäristö, jossa jatkuvana työskentelytapana on potilasturvallisuuden ja laadun kehittäminen, kutsutaan oppivaksi organisaatioksi. Siinä hyödynnetään aikaisempia kokemuksia ja oppeja sekä kehitetään työympäristön toimintatapoja ja prosesseja. Oppivassa organisaatiossa tulisi seurata riskien arviointia, kehitystoimenpiteiden käyttöönottoa ja niiden vaikutuk-

sia säännöllisesti. HaiPro – raporteissa esiintuotuja potilasturvallisuutta vaarantaviin syytekijöihin tulisi kehitellä parannustoimenpiteitä jo tutkintavaiheessa, jossa erilaisten tapahtumien tilastollinen analyysi ja muut HaiPro- raporteissa esiin tullut tiedot, kuten poikkeamat, haittatapahtumat ja mittaustulokset, auttavat päätöksenteossa. Potilasturvallisuuteen vaikuttavien päätösten tulisikin nojautua haitta- ja vaaratilanneraporteissa esiin tulleisiin tietoihin uhkatekijöistä. Potilasturvallisuuteen vaikuttavia päätöksiä tulisi voida tehdä sekä yksittäisinä korjaustoimina että laajempina kehityslinjauksina organisaatiossa (Jonsson ym. 2011, 23; HUS 2015, 6, 15-16).

HaiPro – raportointijärjestelmässä raportin tekijä saa omaan työ sähköpostiinsa tiedon ilmoituksensa käsittelystä, joka on salattua tietoa eikä muut henkilökunnasta saa sitä tietoonsa. HUS:ssa jokaisessa yksikössä tulisi olla työpari, joka vastaa HaiPro raporttien käsittelystä ja kokoontuu vähintään kerran kuussa. Potilasturvallisuuskokous tulisi järjestää moniammatillisesti kolmesti vuodessa tai erillisinä kokouksina lääkärin ja hoitohenkilökuntaan eriytettynä. Näissä potilasturvallisuuskokouksissa käsitellään HUS:n mukaan yksiköiden jatkotoimenpiteitä potilasturvallisuuden parantamiseksi pohjautuen HaiPro-raporteissa esiin tulleisiin potilasturvallisuus uhkiin (HUS 2015, 15-16; Lanne ym. 2008, 20).

Käsittely - ja tutkintavaiheessa tehty järjestelmällinen luokittelu HaiPro – raporteista mahdollistaa useiden tilanteiden tilastollisen tarkastelun esimerkiksi tilanteiden yleisyydestä ja se helpottaa löytämään haitta- ja vaaratilanteita yhdistäviä tekijöitä. HaiPro – raportointijärjestelmässä nämä analyysityökalut löytyvät valmiina mutta tuloksia tulkitessa tulisi arvioida myös sitä, kuinka luotettavaan tietoon analyysi perustuu. HaiPro – järjestelmästä saatavia tietoja tulisikin verrata myös muuhun kerättyyn tietoon potilasturvallisuudesta, kuten henkilökunnan aloitteisiin, asiakaspalautteisiin, lääkintälaitteiden kunnossapitotietoihin ja auditointien tuloksiin. Näin kerättyä tietoa voidaan hyödyntää päätöksenteossa sekä havainnollistaa tiedottamisessa ja perehdyttämisessä esimerkiksi tapahtumakuvauksilla tai tilastoina. HUS:ssa kaikki HaiPro- raportit käsitellään anonyymisti, vaikka potilaalle olisi tapahtunut vakava seuraus. Se on ollut HUS:ssa perusedellytys sille, että kaikki vakavatkin tapaukset on raportoitu ja ne saadaan käsiteltyyn, jotta niiden toistuminen voidaan estää jatkossa (HUS 2015, 18; Lanne ym. 2008, 22).

Aikaisempia tutkimuksia aiheesta

Potilasturvallisuutta 2000- luvulla eniten kehittäneet ja parantaneet maat ovat olleet Australia, Yhdysvallat, Kanada, Iso-Britannia, Hollanti, Tanska ja Ruotsi, jotka ovat olleet huomattavasti Suomea pidemmällä potilasturvallisuuden edistämistyössä. Näissä maissa on tehty tiivistä yhteistyötä pohjoismaiden ministerineuvoston ja Euroopan neuvoston sekä EU:n toimintojen kanssa ja kansainvälistä toimintaa esimerkiksi OECD:n ja WHO:n kanssa (HUS 2015, 5; Ojala – Saario – Virtanen – Nylander – Vasenius – Lindberg – Luhtala – Mikkola – Niemi – Pelanteri – Rintanen – Välimäki 2007, 11). Tämän opinnäytetyön aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia on esitetty alla kronologisessa järjestyksessä.

Vuonna 2005 Suomessa tehtiin laadullinen kyselytutkimus potilaan hoidossa tapahtuvien poikkeamien ja virheiden ilmoittamisesta sekä syistä niiden kehittymiseen Peijaksen sairaalan hoitohenkilöstölle. Kyselytutkimukseen vastanneista hoitohenkilökunnasta suurimmasta osasta oli hyväksytympää, ettei potilaalle kerrottu ”läheltä piti” – tilanteesta kuin potilaalle haittaa aiheuttaneesta virhe - tilanteesta. Raportointimenettelyä selkeytti henkilökunnan mielestä poikkeamaraporttilomakkeen käyttöönotto (Koivunen 2005, 2, 54). Sairaalan henkilökunnalla testattiin vaaratapahtumalomaketta Yhdysvalloissa vuonna 2006. Sen avulla haluttiin selvittää tutkimukseen, kuinka paljon se vaikuttaa vaaratapahtumien syihin ja määriin verrattuna perinteisiin tapahtumaraportteihin. Vaaratapahtumalomakkeella, joka oli kehitetty tutkimusta varten, kerättiin enemmän vaaratapahtumia kuin perinteisillä tapahtumaraporteilla. Tutkimuksessa isoimmat vaaratapahtumat olivat lääkevirheet, potilaiden kaatumiset sekä potilaiden ja omaisten valitukset (Kellogg – Havens 2006, 49–55). Vuonna 2007 Tanskassa arvioitiin raportointijärjestelmän haittatapahtumia Frederiksborgin County Health sairaalassa. Raportissa kuvattiin tulokset vaaratilanneraporteista ja tutkimus tehtiin sähköisessä muodossa. Tulokset osoittivat, että tutkimukseen osallistuneet kokivat myönteisenä potilasturvallisuustyön raportointijärjestelmän. Paikallistasolla tehdyt luokitukset ja niistä saatuja tietojen käyttäminen toiminnan kehittämiseksi piti tärkeänä lähes kaikki tutkimukseen vastanneista. Yhteistyötä muiden tahojen kanssa potilasturvallisuusraporttien analysoinnissa piti tarpeellisenä yli puolet tutkimukseen osallistuneista. Tutkimuksessa selvisi, että raportointijärjestelmän käyttö lisäsi potilasturvallisuutta muun muassa osastojen aloittamalla herkemmin parantavat toimenpiteet raportoinnin takia. Merkittävänä voimavarana tutkimuksessa pidettiin myös vastaajien vahvaa halua kommentoida ja tehdä ehdotuksia alueiden parantamiseksi muun muassa halu tehostaa ja vahvistaa nykyisiä

rakenteita sekä yhteistyötä koko organisaatiossa. Osa vastaajista raportoi, että he haluaisivat enemmän pro-aktiivista työtettä. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista kokivat, että työyhteisössä oli ymmärrys vaaratapahtumien määrästä luokituksineen ja he uskoivat, että tietoja tapahtumista vaihdettaisiin muiden tahojen kanssa (Andersen – Andersen – Beisner 2007, 20). Samana vuonna suomalaisessa lehdessä Tutkiva Hoitotyö julkaistiin tutkimus, jonka mukaan hoitajien mielestä paras toimintamalli lääkityspoikkeaman tapahduttua oli siitä raportointi. Tutkimuksessa tuotiin ilmi lisäkoulutuksen tarve siitä, mitä asioita vaaratilanneraportin tulisi sisältää ja kuinka kertoa potilaalle lääkitysvirheestä, jotka yleensä liittyivät väärään annostukseen ja antotapaan tai väärän lääkkeen antamiseen ja väärälle potilaalle annettuun lääkkeeseen (Koivunen – Kankkunen – Suominen 2007, 10 – 15).

Suomessa vuonna 2008 Valtion teknologian tutkimuskeskus (VTT) teki raportin HaiPro – projektin vaaratapahtumaraporttien käsittelijöille suunnatusta kyselystä. Siinä kyseltiin lähes 30 terveysalan organisaation 300 käsittelijän kokemuksia heidän omista toimintatavoistaan HaiPro – raporttien käsittelyssä. Raportin mukaan terveysalan organisaatioissa käytiin läpi kaikki HaiPro – raportit ja niiden pohjalta mietittiin toimenpiteitä uusien vaaratilanteiden estämiseksi. Tavallisin ennakoiva toimenpide oli tapahtumista tiedottaminen esimerkiksi osastotunnilla tai muussa vastaavassa kokouksessa. Raportin mukaan suurin osa ennakoivista toimenpide-ehdotuksista liittyivät hoitotyön toteuttamiseen ja ohjeistukseen, lääkityspoikkeamiin, viestintään työyhteisössä, hoitotyön kirjaamiseen ja uusien työntekijöiden perehdyttämiseen. Vaaratapahtumien sähköisen raportointijärjestelmän avulla riskitietoisuus lisääntyi henkilöstön keskuudessa raportin mukaan ja sitä pidettiin ajanmukaisena, selkeänä ja nopeana aikaisempiin verrattuna (Ruuhilehto – Knuuttila 2008, 10 – 11, 13, 20, 24).

Samana vuonna tehtiin myös suomalainen tutkimus, jossa kuvattiin HaiPro – raporttien tekoa osastosihteerien ja lääkäreiden toimesta neljässä klinikassa HUS:lla kuukauden ajan. HaiPro – raportteja tehtiin 47 – 69% hoitajaksoista ja tutkimuksesta selvisi, että raportointi oli puutteellista ja vähän hyödynnettyä, vaikka monet potilasturvallisuuteen liittyvät päätökset perustuivat raportointeihin. Tutkimuksen mukaan riittävä tiedotus, johdon ja henkilöstön sitoutuminen ja tulosten seuranta parantaa potilasturvallisuutta, jolloin olisi todella tärkeää saada vaaralomaketiedot hyödynnettäväksi osaksi sairaanhoidon järjestelmää (Aaltonen – Mattila – Mäki-Järvi – Saario 2008, 3791 – 3796).

Terveystieteiden tutkimuksessa sattuneet lääkitysvirheet olivat nousussa Vuoden 2000 – luvun jälkeen vuonna 2009 tehdyn suomalaisen tutkimuksen mukaan. Lääkitysvirheet tapah-

tuivat yleisimmin vanhusten, kehitysvammaisten ja dementiapotilaiden hoitopaikoissa (Hoppu – Kuitunen – Kuisma 2009, 2208 – 2211). Sosiaali- ja terveysministeriö asetti ohjausryhmän vuosille 2006 - 2009 potilasturvallisuuden edistämiseksi. Ohjausryhmä teki kyselyn sairaaloihin, vanhainkoteihin ja terveyskeskuksiin potilasturvallisuuden kehittämishaasteista ja sen edistämisestä. Kyselyn mukaan yleiseen turvallisuussuunnitelmaan kuului joka toisessa organisaation laadunhallintajärjestelmässä potilasturvallisuus. Ohjausryhmä valmisti ministeriön julkaiseman ensimmäisen suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009–2013 ja vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa huomioitiin potilasturvallisuus (Sosiaali – ja terveysministeriö 2009). EU:ssa olevien valtioiden on pitänyt vuoteen 2013 mennessä laatia terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmiä ja ne ovat osa kansallista potilasturvallisuusstrategiaa. Raportointi-järjestelmät kehittävät ja tunnistavat yhteen sopivin menettelytavoit ajankohtaisia potilasturvallisuuteen liittyviä kehittämiskohteita (Kinnunen – Keistinen – Ruuhilehto – Ojanen 2009, 7). Suomessa käytetään eniten VTT:n kehittämää HaiPro – järjestelmää, sillä monissa muissa maissa käytössä olevat kansalliset potilasturvallisuuteen liittyvät raportointijärjestelmät sellaisenaan eivät ole olleet soveltuvia Suomessa käytettäväksi (Sosiaali – ja terveysministeriö 2010, 18).

Potilasturvallisuus on uusi tieteenala. Tutkimuksella on tärkeä merkitys potilasturvallisuuden ohjauksessa ja kehittämisessä. Ensimmäinen valtakunnallinen katselmus suomalaiseen potilasturvallisuustutkimukseen oli Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Osallistujien esittelemät tutkimusaiheet käsittelivät seuraavia potilasturvallisuuden osa-alueita: potilasturvallisuuskulttuuri organisaatioiden haasteena, lääkitysturvallisuus, hoidon turvallisuuden takaaminen, potilasturvallisuuden ennakointi, potilasturvallisuuden oppiminen, potilastiedon hallinta ja kustannusten hallinta (Honkanen – Härkönen – Jylhä – Saranto 2011, 4–5). Vuonna 2011 voimaan tullutta lainsäädäntöä potilasturvallisuudesta edelsi Kansallinen Potilasturvallisuusstrategia STM:ltä vuosina 2009 – 2013. Siinä nostettiin esiin neljä näkökulmaa potilasturvallisuuteen, jotka olivat vastu, turvallisuuskulttuuri, säädökset ja johtaminen. Tällä hetkellä HUS on jo ennakoivasti edennyt potilasturvallisuudessa kansallisten strategisten linjausten mukaisesti (HUS 2015, 6).

Potilasturvallisuuden kehittämiseksi on alettu aktiivisesti kehittämään keinoja Suomessa vasta 2000 – luvulla. Niiden tavoitteena on puolittaa potilaan hoitoon liittyvät vaaratapahtumat ja kuolemat 2020 vuoteen mennessä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012). Vuonna 2011 THL käynnisti potilas turvallisuutta taidolla – ohjelman, joka lop-

puu vuoden 2015 lopulla (Salmi 2014). Muitakin potilasturvallisuuteen liittyviä tutkimuksia on käynnissä tälläkin hetkellä Suomessa erityisesti eri yliopistojen tiedekunnissa. HUS:n potilasturvallisuustutkimuksen tuloksia esitteleviä kansainvälisiä konferensseja on vuosittain useita ja se on toistaiseksi toteutunut Yhtymähallinnon tutkimusryhmän piirissä (Kinnunen – Peltomaa 2009, 94 -95; HUS 2015, 37).

Tarkoitus, tavoite ja kysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata raportoidut haittatapahtumat ja niiden ehkäisemiseksi ehdotetut toimenpiteet HUS:n yhteistyöosastojen 100 kappaleesta HaiPro raporteista, jotka ovat tämän opinnäytetyön aineisto. Saatu aineiston sisältö luokitellaan laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä käyttäen. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa potilasturvallisuudesta sen kehittämiseksi. Opinnäytetyö on tärkeä, koska sen avulla voidaan kuvata vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä haittatapahtumien ehkäisemiseksi on tuotu ilmi?
2. Mitä haittatapahtumia on raportoitu ja kuinka paljon?
3. Mitä ehkäisytoimia on raportoitu tehdyksi?

Opinnäytetyön menetelmät

Tässä opinnäytetyössä pääpaino on määrällisessä menetelmässä mutta aineiston analysoimisessa käytetään myös laadullista menetelmää. Määrällinen menetelmä edellyttää tutkittavan ilmiön tekijöiden, parametrien tai muuttujien tuntemista. Ei voida suorittaa mittauksia, jos ei tiedetä mitä mitataan. Tämän opinnäytetyön aineisto on kerätty HaiPro raportointilomakkeen avulla. Määrällisessä menetelmässä kuvantaminen toteutuu mittaamisella, josta HaiPro – raporttien perusteella syntyy lukuarvoja, joita esitetään määrällisin tilastoin. Määrällinen menetelmä perustuu positivismiin, jossa korostetaan tiedon perusteluja, luotettavuutta, objektiivisuutta ja yleistettävyyttä. Määrällisen menetelmän prosessi voidaan vaiheistaa seuraavasti: Tarkasteltavan opinnäytekyseysten ja niistä syntyvien luokitusten määrittäminen, suunnitelman laatiminen opinnäytetyön tulosten esittämiseksi, opinnäytetyössä käytettävän HaiPro raportointilomakkeen hyödyntäminen ja niistä löydettävän aineiston keruu, tilastollinen käsittely ja kuvantaminen. Opinnäytetyön kysymykset antavat suuntaa siitä, mitä tässä opinnäytetyössä halutaan kuvata. Opinnäytetyön kysymyksistä ja potilasturvallisuussanastosta mukaillut luokat tuovat esiin sitä tietoa, mitä kuvaan HaiPro – raporteista tässä opinnäytetyössä

(Vilpas 2015, 2–4). Määrällinen menetelmä tuo opinnäytetyön aiheen taustoja paremmin esille. Saatuja tuloksia kuvaillaan sanallisesti ja havainnollistetaan tilastoin. Opinnäytetyön ydinasia on saadun aineiston analysointi, kuvaaminen ja siitä tehtävien johtopäätösten teko. Aineistosta päästään tekemään päätelmiä vasta esitöiden jälkeen. Opinnäytetyön aineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian asiakirjojen eli HaiPro–raporttien saamisen jälkeen.

Laadullista menetelmää käytetään myös opinnäytetyössä. Laadullisen menetelmän ensisijainen tavoite on usein kohteena olevien toimijoiden omien tulkintojen esiin nostaminen. Opinnäytetyössä laadullisen menetelmän avulla kuvataan HaiPro– raporttien vapaa kenttien – kysymyksistä hoitohenkilökunnan kertomat tapahtumat ja toimenpiteet potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata laadullisen menetelmin myös niitä odottamattomia tosiasioita ja seikkoja, joita turvallisuussanastossa ei ole erikseen mainittu (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009, 157, 160). Laadullisen menetelmän ominaispiirteisiin kuuluu, että aiheesta on saatavilla vain vähän tutkimustietoa ja sitä käytetään tässä opinnäytetyössä kirjallisen materiaalin aineistolähtöisten sisällön luokitteluun (Tuomi – Sarajärvi 2009, 91; Kylmä – Juvakka 2012, 31). Laadullisen menetelmän avulla voidaan myös kuvata HaiPro – raportteja objektiivisesti ja systemaattisesti turvallisuussanastoa hyödyntäen. Aineistolähtöinen sisällön kuvaaminen on tapa järjestää tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön kysymyksiin vastaavia tapahtumia. HaiPro – raporteista saadut tulokset kuvataan muodostaen turvallisuussanastoa mukaillen luokat ja mitä niiden sisällöillä tarkoitetaan (Kyngäs – Vanhanen 1999, 3–4, 10; Ryan – Bernard 2000, 769–793).

1.5 Opinnäytetyön aineisto ja sen hankinta

Opinnäytetyön aihe on HUS:n operatiivisen tulosityksikön toivoma Metropolian ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata raportoidut haittatapahtumat ja niiden ehkäisemiseksi ehdotetut toimenpiteet. Opinnäytetyön aineisto on 100 kappaletta HaiPro raportteja ajalta 6.1.2015– 27.6.2015 HUS:n yhteistyöosastoilta.

1.6 Aineiston analysointi

Aineiston kuvaamista ohjaavat tämän opinnäytetyön kysymykset, 'Mitä haittatapahtumia on raportoitu ja kuinka paljon?' 'Mitä haittatapahtumien ehkäisemiseksi on ehdotet-

tu?’ ja ’Mitä ehkäisytöimiä on raportoitu tehdyksi?’. Opinnäytetyöhön saadusta aineistosta poimittiin ne asiat, jotka kuuluivat opinnäytetyön kysymyksiin. Kysymykseen, mitä haattatapahtumien ehkäisemiseksi on ehdotettu, aineisto antoi suppean vastauksen. Opinnäytetyössä tehtiin kuitenkin kaksi aineistolähtöistä sisällön luokittelua kysymyksiin: Mitä haattatapahtumia on raportoitu ja kuinka paljon? ja Mitä haattatapahtumien ehkäisemiseksi on ehdotettu?, jotka tehtiin määrällisesti ja laadullisesti HaiPro – raporteista. Laadullisen menetelmän aineistolähtöiseen sisällön luokitteluun seuloutui 100 kpl HaiPro raporttia ajalta 6.1. - 27.6.2015, jotka haettiin HUS:n toimipisteestä. Aluksi kävin läpi HaiPro raportit paperimuodossa, joista luin raporttien alkuperäisilmaukset ja tein niihin käsin numerojärjestyksen, joka vastaa niin tulostetuissa HaiPro raporttipapereissa, Wordin taulukossa kuin IBS SPSS tilastointiohjelmassa toisiaan. Opinnäytetyön kumpikin aineistolähtöinen sisällön kuvaaminen eteni siten, että kävin HaiPro raportointilomakkeista läpi alkuperäisilmaukset ja pelkistin vapaa kenttien aineistoa. Kirjoitetusta aineistosta karsin pois epäolennaisen ja pelkistämisen jälkeen ryhmittelin aineistoa potilasturvallisuussanastoa mukaillen. Etsin aineistosta samankaltaisia käsitteitä ja aineiston ryhmittelyssä kävin läpi tarkasti myös aineistosta saadut alkuperäisilmaukset. Ryhmittelin yhteen samaa tapahtumaa kuvaavat ilmaukset ja yhdistin ne samaan luokkaan ja/tai alaluokkaan. Ylä - ja alaluokan sisällön nimesin niitä kuvaavilla käsitteillä, jota oli käytetty potilasturvallisuussanastossa tai muuten kuvasi hyvin luokan sisältöä. Tässä vaiheessa muodostin opinnäytetyön perusrakenteelle pohjan ja sain alustavan kuvauksen mielenkiinnon kohteena olevasta ilmiöstä opinnäytetyössä. Ryhmittelyn katsotaankin olevan jo osa abstrahointiprosessia, jossa erotetaan opinnäytetyön olennaisin tieto ja niiden perusteella muodostan opinnäytetyöhön käsitteistöä. Tämä tarkoittaa sitä, että etenin alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja loin niistä opinnäytetyöhön sopivaa kuvaavaa tilastoa (Tuomi – Sarajärvi 2009, 108—111; Vilka 2005, 115).

Opinnäytetyöhön tuli viisi yläluokkaa; Hoidon turvallisuus, lääkitysturvallisuus, lääkintälaitteiden laiteturvallisuus sekä poikkeama ja vaaratapahtuma (Kuvio 1.). Lisäsin poikkeama yläluokan alle alaluokan kirjauspoikkeamat ja kuvaan myös niitä opinnäytetyössäni. Opinnäytetyössäni vaaratapahtuman alaluokkina ovat haattatapahtuma ja läheltä piti - tapahtuma. (Kuvio 1.). Halusin kuvata poikkeama ja vaaratapahtuma yläluokkien yhteydessä, oliko tapahtunut mennyt potilaalle asti vai ei, sekä oliko HaiPro- raportissa tietoa siitä, oliko kumpaakaan kirjattu raporttiin. Tein niitä varten kolme alaluokkaa, joita kuvaan tässä opinnäytetyössä. Lääkintälaitteiden laiteturvallisuudelle tein potilasturvallisuussanastoa mukaillen kolme alaluokkaa: laitteiden turvallisuus, toiminta häiriö laitteessa ja laitevika (Kuvio 1.). Tein myös samalla tavalla hoidon turvallisuus yläluokkaan

neljä alaluokkaa, jotka olivat hoitamisen turvallisuus, hoitomenetelmien turvallisuus, hoidon hättävähäikutus ja poikkeama hoitamisen prosessissa (Kuvio 1.). Yläluokkaan lääkehoidon turvallisuus tuli viisi alaluokkaa: lääketurvallisuus, lääkkeen hättävähäikutus, lääkitysturvallisuus ja lääkityspoikkeama. Lääkityspoikkeama on lääkehoidon turvallisuustapahtuma, joka voi johtua tekemättä jättämisestä tai tekemisestä ja voi johtaa vaaratapahtumaan. Halusin kuvata tässä opinnäytetyössä kuinka paljon tulee tekemisestä tai tekemättä jättämisestä lääkityspoikkeamia (Kuvio 1.). Opinnäytetyössä on määrällisenä menetelmänä pyrkimys kuvata HaiPro raporttien merkitysmääailmaa mahdollisimman kattavasti muun muassa taulukoiden kautta (Potilasturvallisuussanasto 2007, 6-9). Käsitellessäni HaiPro - raportteja valitsin kustakin raportista tarvittaessa useamman yläluokan tekijöitä (esimerkiksi hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus) kuvaamaan vaaratapahtuman tapahtumaolosuhteita tai myötävaikuttaneita tekijöitä. Osaan HaiPro - raporttien raporteista liitin myös useita rinnakkaisia tekijöitä samasta yläluokasta (esimerkiksi lääke- ja lääkitysturvallisuus). Opinnäytetyön aineiston 100 kappaleeseen HaiPro- raportteihin sain kaiken kaikkiaan 34 tekijää. Laskin nämä samasta raportista poimitut rinnakkaiset tekijät samaan taulukkoihin erillisinä alaluokkina. Näin ollen myötävaikuttaneiden taustatekijöiden yhteenlaskettu lukumäärä on joissakin tapauksissa enemmän kuin 100 kappaletta. Huomioitavaa on, että vähän yli yhdessä kymmenestä HaiPro- raporteista ei ollut mitään raporttia ehkäisytöimistä (Taulukko 6).

Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyöhön saatiin HUS:n toimipisteestä 142 HaiPro- raporttia, joista seuloutui 100 kpl HaiPro- raporttia ajalta 6.1-27.6. Vastaajista kaikki (N= 100, 100%) työskenteli Hus:n osastoilla ja opinnäytetyössä käytetyistä HaiPro - raporteista kaikki (N= 100, 100%) oli tarkoitettu organisaation sisäiseen käyttöön ja niiden kuvantamiseen tässä opinnäytetyössä haettiin erikseen lupa HUS:lta, joka saatiin keväällä 2015. HaiPro - raporteista tuli kaksi laadullista sisällön kuvausta vastaten opinnäytetyön kysymyksiin: 'Mitä hättätapahtumia on raportoitu ja kuinka paljon?' Sekä 'Mitä ehkäisytöimistä on raportoitu?'.

1.7 Poikkeama ja vaaratapahtuma

Opinnäytetyön kysymykseen, 'Mitä hättätapahtumia on raportoitu ja kuinka paljon?' löytyi 24 luokkaa, joista viisi on yläluokkia (Liite 1.). Kuvattavasta materiaalista potilas-

turvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia (N=53, 53%) oli enemmän kuin poikkeamia (N=48, 48 %). Poikkeamista kirjauspoikkeamia oli lähes puolet (N=48, 48%). Vaaratapahtumien haittatapahtumia (N=20, 20%), joista potilaalle oli haittaa, oli vähemmän kuin läheltä piti –tapahtumia (N=46, 46%), joissa haittaa olisi voinut potilaalle tulla. HaiPro- raporttien tapahtumista yli puolet oli mennyt potilaalle asti (N=63, 62%) ja pienempi osa oli saatu estettyä ennen potilaalle menoa asti (N=32, 32%). HaiPro- raporteissa oli myös muutama, joista ei tiennyt oliko tapahtuma mennyt potilaalle vaiko ei (N=4, 4%) (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Poikkeama ja vaaratapahtuma

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
POIKKEAMA	48	48,0%	52	52,0%	100	100,0%
Kirjauspoikkeama	48	48,0%	52	52,0%	100	100,0%
VAARATAPAHTUMA	53	53,0%	47	47,0%	100	100,0%
Haittatapahtuma	20	20,0%	80	80,0%	100	100,0%
Läheltä piti - tapahtuma	46	46,0%	54	54,0%	100	100,0%
Mennyt potilaalle asti	63	63,0%	37	37,0%	100	100,0%
Ei mennyt potilaalle asti	32	32,0%	68	68,0%	100	100,0%
Ei ole tietoa onko mennyt potilaalle asti vai ei.	4	4,0%	96	96,0%	100	100,0%

Poikkeamia ja vaaratapahtumia tulee terveysalan toimintaympäristöissä niin lääkehoidon, potilaan hoidon kuin lääkintälaitteiden turvallisuuden parissa työtä tehdessä ja niiden suojusten pettäessä (Kuvio 1.). Poikkeama voi tulla esimerkiksi kirjatessa potilaan tietoja sähköiseen järjestelmään tai potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon. Vaaratapahtuma voi olla väärän lääkkeen antamiseen potilaalle tai lääkintälaitteena olevan EKG-laitteen järjestelmävirheestä, jolloin potilaan hoidolle välttämättömät mittaukset häiriintyvät (Potilasturvallisuussanasto 2007, 5-7; Kinnunen – Peltonen 2009).

1.8 Lääkehoidon turvallisuus

Vaaratapahtumien yleisin tapahtumatyyppi potilasturvallisuuden osa-alueista opinnäytetyön koko aineiston mukaan oli lääkehoidon turvallisuuteen liittyvä (N = 62, 62%), joita oli kuusi kymmenestä HaiPro- raportista. Yli puolet näistä raporteista keskittyivät lääkitysturvallisuuteen (N=59, 59%) ja lääketurvallisuuteen (N=51, 51%). Pieni osa HaiPro- raporteista liittyi lääkkeen haittavaikutuksiin (N=13, 13%). HaiPro- raporttien ilmoitetuista lääkityspoikkeamista (N=62, 62%) olivat lähes neljä kymmenestä aiheutuneet tekemisen seurauksena (N=39, 39%) kuin vain kaksi kymmenestä tekemättä jättämisenä (N=23, 23%) (Taulukko 2.).

Taulukko 2. Lääkehoidon turvallisuus

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS	62	62,0%	38	38,0%	100	100,0%
Lääketurvallisuus	51	51,0%	49	49,0%	100	100,0%
Lääkkeen haittavaikutus	13	13,0%	87	87,0%	100	100,0%
Lääkitysturvallisuus	59	59,0%	41	41,0%	100	100,0%
Lääkityspoikkeamat	62	62,0%	38	38,0%	100	100,0%
Lääkityspoikkeama tekemisen seuraus	39	39,0%	61	61,0%	100	100,0%
Lääkityspoikkeama tekemättä jätetyn seuraus	23	23,0%	77	77,0%	100	100,0%

Tässä opinnäytetyössä lääkehoidon turvallisuus luokkaan tuotiin kaikki poikkeamat lääkkeen laadukkaasta valmistamisesta, merkitsemisestä ja lääkkeiden käytössä tai käyttämättä jättämisessä potilaille. Lääkeaineet saattavat sekoittua varsinkin iv.-lääkitystä tehdessä ja niiden merkinnät saattavat unohtua kiireessä. Yleisesti terveysalan toimintaympäristöissä tapahtuu myös väärän lääkkeen antamista tai lääkkeiden annon unohtamista potilaalle (Potilas - ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5; Potilasturvallisuussanasto 2007, 8-9).

1.9 Hoidon turvallisuus

Toiseksi eniten HaiPro raportit koskivat hoidon turvallisuutta (N= 39, 39 %). Niistä tapahtumat liittyivät eniten eli neljä HaiPro - raporttia kymmenestä oli poikkeamia hoitamisen prosessissa (n=40, 40%) ja lähes kolme kymmenestä hoitomenetelmien turvallisuudesta (N = 29, 29%). Lähes puolet vähemmän oli raportteja liittyen hoidon haittavaikutuksiin (N=21, 21%) ja hoitamisen turvallisuuden (N= 20, 20%) häiriintymiseen (Taulukko 3). Niitä oli vain kahdessa HaiPro raportissa kymmenestä.

Taulukko 1. Hoidon turvallisuus

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
HOIDON TURVALLISUUS	39	39,0%	61	61,0%	100	100,0%
Hoitomenetelmien turvallisuus	29	29,0%	71	71,0%	100	100,0%
Hoidon haittavaikutus	21	21,0%	79	79,0%	100	100,0%
Hoitamisen turvallisuus	20	20,0%	80	80,0%	100	100,0%
Poikkeama hoitamisen prosessissa	40	40,0%	60	60,0%	100	100,0%

Opinnäytetyössä otin hoidon turvallisuus - luokkaan kaikki HaiPro - raporteissa esiintyneet poikkeamat, jotka liittyivät hoitotyön prosessiin, toimintatapoihin tai toimintaolosuhteisiin. Hoitotyön prosessi voi häiriintyä, jos esimerkiksi terveysalan toimintaympäristössä käytössä olevaa hoitosuunnitelmaa ei tehdä kunnolla potilaalle tai sitä ei toteuteta tai arvioida hoitoyksikössä. Hoitotyön toimintatapoihin ja - olosuhteisiin poikkeamia voi tulla terveysalan toimintayksiköissä esimerkiksi potilassiirroissa ja ahtaissa tiloissa, joissa potilassiirtoja joudutaan suorittamaan (Ahonen – Ikonen – Koivukoski 2014; Helovuori – Kinnunen – Peltomaa – Pennanen 2011, 63–64).

1.10 Lääkintälaitteiden laiteturvallisuus

HaiPro - raporteista laitoin niissä ilmenneet lääkintälaitteiden laiteturvallisuuteen liittyvät ilmoitukset yläluokkaan lääkintälaitteiden laiteturvallisuus (N=21, 21%). Niitä oli vähiten HaiPro raporteissa. Niistä yli kaksi kymmenestä ilmoituksesta liittyi lääkintälaitteiden turvallisuuteen (N=21, 21%). Toimintahäiriöitä lääkintälaitteissa (N=4, 4%) oli HaiPro - raporttien ilmoitusten mukaan vähemmän kuin laitevikoja (N=14, 14%) (Taulukko 4.).

Taulukko 2.

Lääkintälaitteiden laiteturvallisuus

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
LÄÄKINTÄLAITTEIDEN TURVAL- LISUUS	21	21,0%	79	79,0%	100	100,0%
Laitteiden turvallisuus	21	21,0%	79	79,0%	100	100,0%
Toimintahäiriö laitteessa	4	4,0%	96	96,0%	100	100,0%
Laitevika	14	14,0%	86	86,0%	100	100,0%

Tässä opinnäytetyössä HaiPro - raporteista lääkintälaitteiksi tulkittiin potilaiden sairaan - ja terveydenhoidossa käytettävät lääkintälaitteistot ja niissä olevat ohjelmat, potilas-työhön käytetyt instrumentit ja muut siihen tarkoitukseen käytetyt hoitotarvikkeet. Yhteistyösastoilla HUS:n operatiivisessa tulosyksikössä käytetään paljon erilaisia lääkintälaitteistoja, joten siihen nähden HaiPro raporteista kuvattu prosenttiluku oli todella pieni (Euroopan neuvoston direktiivi 93/42/ETY).

1.11 Raportoidut haittatapahtumien ehkäisytoimet ja -ehdotukset

Opinnäytetyön kysymykseen, 'Mitä ehkäisytoimia on raportoitu tehdyksi?' löytyi 10 kuvaavaa luokkaa laadullisen sisältöanalyysin jälkeen. Aineiston läpikäymisen jälkeen luokiksi tulivat: palaverit hoitohenkilökunnan kanssa, hoitokäytännöt, kirjaamiskäytännöt, lääkekäytännöt, laitehuolto, konsultaatio, tiedotus, lisäresurssit, koulutus ja ei raporttia ehkäisytoimista. HaiPro – raporteissa eniten käytettyjä ehkäisytoimia olivat palaverit henkilökunnan kanssa (N=31, 31%). Niitä oli raportoitu käytettävän ehkäisytoimina yli kolmessa kymmenestä HaiPro -raportissa. Käytännöistä eniten ehkäisytoimia käytettiin kirjaamiskäytännöissä (N=30, 30%). Toiseksi eniten lääkekäytännöissä (N=22, 22%) ja vähiten hoitokäytännöissä (N=16, 16%). HaiPro – raporteissa ilmoitettuja vähiten käytettyjä ehkäisytoimia olivat tiedotus (N=6, 6%), lisäresurssit (N=5, 5%) ja koulutus (N=1, 1%). Lääkintälaitteiden laitehuoltoa (N=12, 12%) käytettiin vähän, kuten konsultaatiotakin (N=11, 11%) ehkäisevinä toimenpiteinä. Yli yhdessä HaiPro - raportissa kymmenestä ei ollut minkäänlaista raporttia ennaltaehkäisytoimista (N=13, 13%) (Taulukko 5.).

Taulukko 3. Toteutetut ehkäisytoimet

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Palaverit hoitohenkilökunnan kanssa	31	31,0%	69	69,0%	100	100,0%
Hoitokäytännöt	16	16,0%	84	84,0%	100	100,0%
Kirjaamiskäytännöt	30	30,0%	70	70,0%	100	100,0%
Lääkekäytännöt	22	22,0%	78	78,0%	100	100,0%
Laitahuolto	12	12,0%	88	88,0%	100	100,0%
Konsultaatio	11	11,0%	89	89,0%	100	100,0%
Tiedotus	6	6,0%	94	94,0%	100	100,0%
Lisäresurssit	5	5,0%	95	95,0%	100	100,0%
Koulutus	1	1,0%	99	99,0%	100	100,0%
Ei raporttia ehkäisytoimista	13	13,0%	87	87,0%	100	100,0%

Kysymykseen, 'Mitä haittatapahtumien ehkäisemiseksi on ehdotettu?' HaiPro raportit antoivat hyvin suppean vastauksen johtuen siitä, että ohjelmassa oli mahdollista valita valmiit vastaukset; informoidaan /keskustellaan tapahtuneesta (N= 100, 100%) ja suunnitellaan kehittämistoiminpide (N=6, 6%) (Taulukko 6).

Taulukko 4. Ehdotukset haittatapahtumien ehkäisemiseksi

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
informoidaan /keskustellaan tapahtuneesta	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%
suunnitellaan kehittämistoiminpide koskien	6	6,0%	94	94,0%	100	100,0%

Tulosten mukaan HaiPro-raporttien tekijät ja käsittelijät eivät useinkaan hyödyntäneet HaiPro järjestelmän tarkoitukseen sopivia vapaa kirjoitus-kenttiä. Toimenpide-ehdotukset ja toteutuksien kuvaukset HaiPro - raportteihin olivat kirjoitetut vapaa kirjoi-

tus - kenttiin, kohtiin 'informoidaan tapahtuneesta' tai 'ei toimenpiteitä'. Vastaavasti osaan HaiPro raporteista, jotka oli luokiteltu luokkaan, 'Suunnitellaan kehittämistoimenpide koskien', ei ollut kirjoitettu mitään suunnitelmaa tai kuvausta toimenpiteen toteutuksesta.

Eettisyys ja luotettavuus

"Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa" on Tutkimuseettisen neuvottelukunta laatima tutkimuseettisen ohjeistus, jonka tarkoituksena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä ja varmistaa, että loukkausepäilyt käsitellään asianmukaisesti. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen mukaisesti opinnäytetyönsäni olen pyrkinyt noudattamaan rehellisyyttä HaiPro - raportteja käsitellessäni, huolellisuutta tulosten kuvailussa ja tarkkuutta koko opinnäytetyön prosessin ajan. Opinnäytetyössä on käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä laadullista sisältöanalyysiä ja määrällistä kuvantamismenetelmää. Opinnäytetyössä on myös kunnioitettu muiden tutkijoiden tekemään työtä, jolloin lähdeviittaukset ovat asianmukaisia (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje, 2012, 5 – 7). Opinnäytetyössä on noudatettu ohjeistusta ja myös eettisiä periaatteita, jotka ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuojat.

Määrällistä tutkimusmenetelmää, jota on käytetty tässä opinnäytetyössä kuvantamaan tuloksia, antaa luotettavuutta opinnäytetyön tuloksia arvioidessa. Määrällisen menetelmän avulla tämän opinnäytetyön mittaukselliset tulokset voidaan toistaa ja tilastollisen menetelmän avulla tulosten tarkastelu helpottuu (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009, 231). Lakiin perustuvat erilaiset potilasturvallisuusraportointimenettelyt, muun muassa Terveysturvallisuuslaki (1326/2010) vaatii, että terveysalan toimintayksiköillä on käytössä vapaaehtoinen vaaratapahtumien raporttijärjestelmä, jonka tuottama tieto tässä opinnäytetyössä HUS:n sisäisessä käytössä eikä sitä luovuteta ulkopuolisten toimijoiden käyttöön ilman seuraavin edellytykset. Kun HUS:n käytössä olevien vaaratapahtumien tapauskuvauksia julkaistaan HaiPro-raporteista, ne muutetaan anonyymeiksi sekä ammattihenkilöä, yksikköä että potilaan tietoja koskien. Opinnäytetyöhön liittyvät luvat noudattavat aina HUS:n tutkimuslupakäytäntöjä ja luvanvaraisten aineistojen käyttö tapahtuu tehtävään nimetyn HUS:n viranhaltijan valvonnassa, kuten tässä opinnäytetyössä on tehtykin (HUS 2015, 13). Lupaa opinnäytetyöhön hain Helsingin – ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä keväällä 2015. HaiPro- raporttien osastot, tekijöiden nimet ja vastaukset pysyvät salassa. Opinnäytetyössä ei tulla käyttämään suoria lainauksia,

sillä niistä olisi voinut liian helposti tunnistaa vastaajan henkilöllisyys tai niistä pystyisi muuten tunnistamaan tapahtuneen tilanteen. Suorien lainauksien käyttämättä jättäminen varmistaa, että vastaajien anonymiteettisuoja noudatetaan. HaiPro- raportointilomakkeiden sisällön luokittelun jälkeen ne hävitetään asianmukaisesti. Opinnäytetyö tehdään anonyymiyttä kunnioittaen ja aiheen valinnasta aina tulosten kuvantamiseen saakka eettisyys on tärkeää.

Opinnäytetyötä tehtiin vuoden ajan vuonna 2015 ja laadullisen kuvaamisen uskottavuutta vahvistaa se, että opinnäytetyön tekijä on ollut tekemisissä kuvattavan ilmiön kanssa riittävän pitkän aikaa (Kylmä - Juvakka 2012, 128). Tätä opinnäytetyötä ei ole voitu tehdä puhtaan objektiivisen tiedon avulla, sillä kaikki tieto on subjektiivista, koska opinnäytetyön tekijä päättää asetelmasta oman ymmärryksensä varassa (Tuomi – Sarajärvi 2002: 19). Luotettavuutta lisää tarkka dokumentaatio HaiPro- raporttien aineistolähtöisen sisällön luokittelusta ja potilasturvallisuussanaston pääasiallisesta käytöstä. Luotettavuutta vähentävät opinnäytetyöntekijän omat tulkinnat ja se, että opinnäytetyötä teki vain yksi henkilö, jolloin sokeutuminen omalle työlle on mahdollista enemmän kuin useamman henkilön projektissa (Tuomi – Sarajärvi 2009, 131, 133, 135).

Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Uskon, että hoitoalan opiskelijat voivat hyödyntää opinnäytetyöni materiaalia ja syventämään tietoaan potilasturvallisuuden eri osa-alueisiin sen avulla. HaiPro- raportointijärjestelmä on työkalu, jonka avulla voidaan tunnistaa terveysalan toimintayksikön järjestelmissä olevia riskejä ja ennalta ehkäistä uusia vaaratapahtumia (HUS 2015, 8-9, 13). Vaaratapahtumien raportoinnin tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen ja tilanteista oppiminen ja läheltä piti -tilanteiden havaitseminen vähentää vaaratapahtumien toistumista. Vaaratapahtumien raportoinnin tarkoitus on löytää organisaation järjestelmävirheet, joista on tarkoitus oppia muunlaisia toimintamalleja. Vaaratapahtumista tulee oppia ja oppimista edesauttaa avoin sekä luottamuksellinen työilmapiiri. (Työturvallisuuskeskus 2008, 41; Helovuori ym. 2011, 136–137).

Opinnäytetyötäni ja opinnäytetyöni tulosten osion materiaalia voidaan hyödyntää työelämässä potilasturvallisuuden osa-alueiden kehittämiseen. Tämän opinnäytetyön potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueet muodostuivat HUS:n yhteistyöosastojen henkilökunnan HaiPro- raporttilomakkeisiin kirjoittamiin kuvauksiin. Opinnäytetyön aineiston perusteella voisi muodostua potilasturvallisuutta kehittää yläluokassa vaaratapah-

tumat (N= 53, 53%), josta alaluokka vaaratapahtuma mennyt potilaalle asti (N=63, 63%) sekä yläluokassa lääkehoidon turvallisuus (N=62, 62%), josta alaluokat lääketurvallisuus (N=51, 51%) ja lääkitysturvallisuus (N=59, 59%) (Liite 1.). Organisaatioiden johdon ja esimiesten tuki on tärkeää. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen vaikutukset näkyvät mielestäni myös taloudellisena hyötynä terveysalan yksiköille. Mielestäni terveysalan yksiköiden johto ja lähiesimiehet luovat pohjan potilasturvallisuuskulttuurille. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö vaatii myös kokonaisvaltaista toimivuutta, joka toteutuu, kun otetaan huomioon myös potilasturvallisuuskulma (Helovuori ym. 2011, 149–150; Pihkala 2010, 49; HUS 2015, 9).

Toisena tutkimusaiheena voisi selvittää ohjeita ja käytäntöjä potilasturvallisuuden suojausmenetelmistä. Niitä ovat muun muassa lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen tarkoitetut vakiotointamenetelmät, leikkaustiimien tarkastuslistojen käyttö, periaatteet potilaan tunnistamiseen ja tunnisterannekkeen käyttöön sekä potilassiirtoihin tarkoitetut tarkastuslistat. Aiheeseen liittyvä seuraava opinnäytetyö voisi kuvata toimintaan soveltuvia suojausmenetelmiä hoitotyön alueilla, joissa on tunnistettu potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä ja suojausmenetelmien tulisi olla hoitotieteellisiä ja näyttöön perustuvia. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheen potilasturvallisuuden suojausmenetelmistä tulisi lisätä näkökulma yhteistyöstä potilaan, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Heille tulisi antaa mahdollisuus osallistua potilasturvallisuuden kehittämiseen. Suojausmenetelmiin voisi kuulua selkeitä kehittämisohjeita potilasturvallisuuden lisäämiseksi (muun muassa tarkistuslistat tai lähetekäytännöt) ja sen avulla potilassiirroissa tapahtuneet tiedonkulun haasteet tulivat näkyviksi (2015, 9, 26, 31). Uskon jatkotutkimusaiheen saavan suuremman merkityksen potilasturvallisuuden lisäämisessä yhdistettynä oman opinnäytetyöni aikaansaannoksiin.

Kolmantena tutkimusaiheena ja tärkeämpänä jatkotutkimus-aiheena näkisin HaiPro-raportteihin liittyvien useiden opinnäytetöiden ja gradujen kirjallisuuskatsauksen. Tällä hetkellä tiedon hyödynnettävyys tuntuu olevan HaiPro-raporteissa pieniotannaista ja hajanaista ympäri Suomen yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen tietokannoissa. Tämän yhteydessä olisi mielenkiintoista kuulla hoitajien näkökulmasta, onko HaiPro-raporttien teko lisännyt potilasturvallisuutta hoitotyössä nykyaikana. Ennakointi ja haitallisten vaikutusten minimointi vaara- tai haittatapahtuman sattuessa olisi hyvä kuvata jotenkin. (HUS 2015, 28). Mielestäni tulisi potilasturvallisuuden tutkimusaktiviteettia lisätä ja selvittää monitieteellisesti ja monialaisesti keskeisten potilashoidon osa-alueita

sen näkökulmasta. Myös olisi tärkeää selvittää näyttöön perustuvia keinoja potilasturvallisuuden parantamiseksi (Kinnunen – Peltomaa 2009, 94 -95; HUS 2015, 37).

Lähteet

- Aaltonen, L-M. – Mattila, K. – Mäkijärvi, M. – Saario, I. 2008. Aina roiskuu kun rapataan, mutta virheistä tulee oppia. Haittatapahtumien kirjaamisessa yhä parantamisen varaa. Lääkärilehti 63, pp. 3791-3796.
- Ahonen, O. – Ikonen, H. – Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Näyttöön perustuva hoitotyö. Sairaanhoitaja-lehti 27.10.2014. Internet - artikkeli. Luettu 12.11.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>
- Andersen, H. B. – Andersen, V. – Beisner, K. 2007. Evaluering af reporteringsystemet for utilsigtede haendelser i Fredriksborg Amts Sundheds-vaesen. Danmarks Tekniske Universitet. Roskilde. Luettu 3.3.2015
http://orbit.dtu.dk/fedora/objects/orbit:79896/datastreams/file_7703062/content
- Ensio, A. - Ahonen, O. – Arffman, M. – Ikonen, H. – Numminen, J. – Perälä, M.-L. – Tantt, K. (toim. Nykänen, P. – Junttila, K.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. THL - raportti 40/2012.
- Eskola, J. – Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fitzpatrick, J. – Stone, P. – Walker, P. 2006. Annual Review of Nursing Research- Focus on Patient Safety. Volume 14. New York: Springer Publishing Company.
- Helovuori, A. – Kinnunen, M. – Peltomaa, K. – Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Henkilötietolaki 523/1999.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kirjayhtymä Oy.
- Honkanen, V. – Härkönen, M. – Jylhä, V. – Saranto, K. (toim.) 2011. Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011 Esitysten tiivistelmät. Terveystieteiden tutkimuskeskus. http://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuustutkimuksen_pivat_2011.pdf Luettu 8.9.2015
- Hoppu, K. – Kuitunen, T. – Kuisma, P. 2009. Myrkytyskeskukseen tulee yhä enemmän kyselyjä lääkitysvirheistä terveydenhuollossa. Suomen lääkäri. 64, 24, s. 2208-2211.

HUS 2015. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2015–2016.

http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS%20Potilasturvallisuussuunnitelma%202015-16_28052015%20hallitukseen.pdf. Luettu 22.10.2015.

Jonsson, P. - Koivuranta-Vaara, P. – Persephone, D. - Finne-Soveri, H. – Keistinen, T. – Kinnunen, M. – Koistinen, P. – Nenonen, M. – Nio, A. – Nordström, S. – Ojanen, J. – Pennanen, P. – Rintanen, H. – Saario, I. – Salminen, K. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Kellogg, V. – Havens, D. 2006. The Shift Coupon. An Innovative Method to Monitor Adverse Events. Journal of Nursing Care Quality. Vol 21. 2006:1. 49-55.

Kinnunen, M. – Keistinen, T. – Ruuhilehto, K. – Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos THL. Helsinki: Yliopistopaino.

Kinnunen, M. – Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Edita Prima Oy. Helsinki.

Koivunen, E. 2005. Hoitohenkilökunnan kuvaus hoitovirheiden raportoimisesta. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Koivunen, E. – Kankkunen, P. - Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden raportoimisesta. Tutkiva hoitotyö. 3:2007. 10 – 15.

Kylmä, J. – Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti 11 (1), 3-12.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010.

Lanne, M. – Murtonen, M. – Nissilä, M. – Ruuhilehto, K. – Virolainen, K. 2008. Opas vaaratilanneraportoinnin kehittämiseen ja arviointiin. Työsuojeluhallinto. Tampere. http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2008/04/TSJ_84.pdf Luettu 9.10.2015

Ojala, M. – Saario, I. – Virtanen, M. – Nylander, O. – Vasenius, J. – Lindberg, O. – Luhtala, R. – Mikkola, P. – Niemi, M. – Pelanteri, S. – Rintanen, H. – Välimäki, M. 2007. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti. Stakesin työpapereita 6/2007. Helsinki.

Pietikäinen, E. – Ruuhilehto, K. – Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen - opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti. VTT

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Stakesin työpapereita 28/2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Pdf-dokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>. Luettu 10.6.2015.

Potilasturvallisuussanasto 2007. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto.

Pölönen, P. – Ala-Kokko, T. – Helveranta, K. – Jäntti, H. – Kokko, A. 2013. Akuutti-hoidon laitteet. Helsinki: Duodecim Oy.

Ruuhilehto K. – Knuuttila J. 2008. HaiPro – vaaratapahtumien raportointi: tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. Kysely käsittelijöille tammikuussa 2008. Alustava yhteenveto vastauksista; 21.2.2008. http://www.HaiPro.fi/aineisto/HaiPro-kyselyn_yhteenveto_210208.pdf Luettu 11.2.2015.

Ryan, G.W – Bernard, H.R. 2000. Data management and analysis methods. Teoksessa N. Denzin - Y. Lincoln (toim.) Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications.

Salmi R. 2014. Potilasturvallisuutta taidolla - ohjelma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/potilasturvallisuutta-aidolla-ohjelma>. Luettu 17.4.2015.

Valvira 2015. Terveysturvallisuuden laitteet ja tarvikkeet. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia/tuotteen_markkinoille_saattaminen/terveydenhuollon_laitteet_ja_tarvikkeet. Luettu 9.9.2015

93/42/ETY Direktiivi lääkinnällisistä laitteista, CE-merkintä Euroopassa.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali - ja terveydenhuollon yksiköille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä ja työvaliokunnat edistävät potilasturvallisuutta. Selvityksiä 2009:38. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1434365 Luettu 4.3.2015

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset raportointityövaliokunta 2006-2009. Helsinki. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856-name=DLFE-11633.pdf. Luettu 4.3.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytännönpäätöstä laadittavasta suunnitelmasta 341/2011.

Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki. Talemum.

Tammela, O. 2011. Trigger- työkalu vastasyntyneiden teho- osastolla haattatapahtuman ehkäisemiseksi. Teoksessa (toim. Honkanen, V. - Härkönen, M. – Jylhä, V. - Saranto K.) Potilasturvallisuustutkimuksen päivät 2011. Esitysten tiivistelmät.

Terveysturvallisuuslaki 1326/2010.

Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa. (Toim. Varantola, K. - Launis, V. - Helin, M. - Spoof, S.K. - Jäppinen S. 2013. Helsinki. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>. Luettu 14.4.2015

Työturvallisuuskeskus. 2008. Turvallisesti hoiva –ja hoitotyössä: Työskentely asiakkaan kodissa. Helsinki: Työturvallisuuskeskus TTK, kuntayhtymä.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilpas P. 2015. Ohjeita kvantitatiiviseen tutkimukseen, osa 1. Metropolia ammattikorkeakoulu. Liiketalouden yksikkö.

Haipro-raporttien tulokset koosteena

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
1. POIKKEAMA tekeminen, tekemättä jättäminen, hoito	48	48,0%	52	52,0%	100	100,0%
2. KIRJAUSPOIKKEAMA kirjaukset, raportit, ohjelman käyttö	48	48,0%	52	52,0%	100	100,0%
3. VAARATAPAHTUMA pt turvallisuuden vaarantava	53	53,0%	47	47,0%	100	100,0%
4. HAITTATAPAHTUMA potilas tai lääke	20	20,0%	80	80,0%	100	100,0%
5. LÄHELTÄ PITI olisi voinut aiheuttaa haittaa pt	46	46,0%	54	54,0%	100	100,0%
6. mennyt potilaalle asti	63	63,0%	37	37,0%	100	100,0%
7. ei mennyt pt asti	32	32,0%	68	68,0%	100	100,0%
8. ei tietoa onko mennyt pt	4	4,0%	96	96,0%	100	100,0%
9. LÄÄKINTÄLAITTEIDEN TURVALLISUUS	21	21,0%	79	79,0%	100	100,0%
10. laitteiden turvallisuus	21	21,0%	79	79,0%	100	100,0%
11. toimintahäiriö laitteessa	4	4,0%	96	96,0%	100	100,0%
12. laitevika	14	14,0%	86	86,0%	100	100,0%
13. HOIDON TURVALLISUUS	39	39,0%	61	61,0%	100	100,0%
14. hoitomenetelmien turvallisuus	29	29,0%	71	71,0%	100	100,0%
15. hoidon haittavaikutus	21	21,0%	79	79,0%	100	100,0%
16. hoitamisen turvallisuus	20	20,0%	80	80,0%	100	100,0%
17. poikkeama hoitamisen prosessissa	40	40,0%	60	60,0%	100	100,0%
18. LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS	62	62,0%	38	38,0%	100	100,0%
19. lääketurvallisuus	51	51,0%	49	49,0%	100	100,0%
20. lääkkeen haittavaikutus	13	13,0%	87	87,0%	100	100,0%
21. lääkitysturvallisuus	59	59,0%	41	41,0%	100	100,0%
22. lääkityspoikkeamat	62	62,0%	38	38,0%	100	100,0%
23. lääkityspoikkeama tekemisen seurauksena	39	39,0%	61	61,0%	100	100,0%
24. lääkityspoikkeama tekemättä jätetyn seurauksena	23	23,0%	77	77,0%	100	100,0%