

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Johanna Roivas

POTILASTURVALLISUUSILMOITUKSEN KÄSITTELY –
KEHITTÄMISEN TYÖKALU ESIMIEHILLE

Opinnäytetyö

Maalisuu 2018



OPINNÄYTETYÖ

Maaliskuu 2018
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p.050 405 4816

Tekijä

Johanna Roivas

Nimeke

Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely – kehittämisen työkalu esimiehille

Toimeksiantaja

Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, Kehittämisyksikkö

Tiivistelmä

Potilasturvallisuus on osa hoidon vaikuttavuutta ja laatua terveydenhuollossa. Vaikka suomalaisen terveydenhuollon ammattilaiset ovat taitavia ja huolellisia, vaaratapahtumilta ei aina voida välttyä. Vaaratapahtumista voidaan kuitenkin oppia, kun vaaratapahtumat kirjataan organisaation käytössä olevaan vaaratapahtumien raportointijärjestelmään. Järjestelmä itsessään ei kuitenkaan ratkaise ongelmia ja anna kehittämissuhteita, vaan järjestelmään kirjatut ilmoitukset on käsiteltävä ja luokiteltava huolellisesti. Näin järjestelmästä saadaan luotettavaa tietoa organisaation potilasturvallisuuden tilasta ja kehittämistä vaativista asioista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja kehittää potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä HaiPro-järjestelmässä kohdeorganisaatiossa. Opinnäytetyön tavoitteena on laatia ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn kohdeorganisaation hoitotyön esimiehille ja jalkauttaa ohje esimiesten käyttöön.

Opinnäytetyössä käytettiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan menetelmää, jonka avulla kerättiin tietoa haaste- ja ongelmakohtaisista kohdeorganisaation potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä. Opinnäytetyön tuloksena syntyi potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyohje, joka ohjaa oikeanlaiseen ilmoitusten käsittelyyn ja toimii käsittelyprosessissa käsittelijän tukena.

Kieli

suomi

Sivuja 73

Liitteet 6

Liitesivumäärä 11

Asiasanat

potilasturvallisuus, potilasturvallisuuden edistäminen, vaaratapahtumien raportointi



THESIS
March 2018
**Degree Programme in Development
And Management of Social services
and Health Care (Master's Degree)**
Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 50 405 4816

Author

Johanna Roivas

Title

Adverse Event Reporting System – Development Tool for Nursing Supervisors

Commissioned by

Siun sote – Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services,
Development Department

Abstract

Patient safety is part of the quality and effectiveness of care. Even though Finnish healthcare professionals are competent and careful, it is not always possible to avoid adverse events. However, it is possible to learn from the errors when these adverse events are documented in the organization's adverse event reporting system. The system itself does not solve any problems or offer development suggestions. Therefore the documented adverse events must be processed and classified with care. By doing so, the system provides reliable information on the organization's patient safety level and issues that need to be developed.

The purpose of this thesis was to promote patient safety and develop the analysing process of reported adverse events in the target organization. The aim was to prepare instructions for processing and analysing the reported adverse events. The finalised instructions will be given to the nursing supervisors in the target organization.

The use of the development research approach in this thesis made it possible to collect information on challenging and problematic issues in the analysing process of the reported adverse events in the target organization. As the result of this thesis, processing instructions were created to analyse the reported adverse events. By using these instructions the nursing supervisors can analyse and process the reported adverse events appropriately.

Language

Finnish

Pages 73

Appendices 6

Pages of Appendices 11

Keywords

Patient safety, promoting patient safety, adverse event reporting

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Potilasturvallisuus	7
2.1	Potilasturvallisuuden määritelmä	7
2.2	Vaaratapahtuma	9
2.2.1	Läheltä piti -tilanne.....	9
2.2.2	Haittatapahtuma	10
2.3	Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät	10
2.4	Potilasturvallisuuskulttuuri	12
2.5	Potilasturvallisuuden edistäminen.....	14
3	Johtaminen ja turvallisuusnäkökulma	16
3.1	Turvallisuusjohtaminen	16
3.2	Potilasturvallisuutta edistävä johtaminen	17
4	Vaaratapahtumien raportointi.....	19
4.1	Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro	19
4.2	Potilasturvallisuusilmoituksen tekeminen.....	21
4.3	Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely	22
4.3.1	Tietojen tarkastelu ja luokittelu.....	24
4.3.2	Moniammatillinen keskustelu	26
4.3.3	Kehittämistoimenpiteiden suunnittelu ja toteuttaminen	28
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	30
6	Opinnäytetyön esittely.....	31
6.1	Opinnäytetyön aiheen perustelu	31
6.2	Kohdeorganisaation kuvaus.....	32
7	Kehittämistyön vaiheet.....	33
7.1	Suunnitteluvaihe	33
7.2	Toteutusvaihe	36
7.2.1	Tutkimuksellinen kehittämistyö	37
7.2.2	Alkutilanteen kartoitus.....	38
7.2.3	Dokumenttianalyysi.....	38
7.2.4	Osallistava kehittämistoiminta.....	40
7.2.5	Työkalun laadinta.....	41
7.2.6	Työkalun jalkauttaminen esimiesten käyttöön.....	42
7.3	Arviointivaihe	44
8	Opinnäytetyön tulokset	48
8.1	Taustakyselyn tulokset	48
8.2	Dokumenttianalyysin tulokset	50
8.3	Kalanruotokaavion tulokset.....	58
8.4	Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje	61
9	Pohdinta.....	62
9.1	Opinnäytetyön keskeisimpien tulosten tarkastelu	62
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	65
9.3	Jatkotutkimusehdotukset	67
	Lähteet.....	71

Liitteet

Liite 1	Saatekirje ylihoitajille
Liite 2	Saatekirje osastonhoitajille/apulaisosastonhoitajille 1

Liite 3	Kyselylomake
Liite 4	Saatekirje osastonhoitajille/apulaisosastonhoitajille 2
Liite 5	Kalanruotokaavion analyysi
Liite 6	Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje

1 Johdanto

Potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden kaikki periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13). Turvallinen hoito on oikein ja oikeaan aikaan toteutettua terveydenhuollon henkilökunnan ja potilaan välistä yhteistyötä (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21).

Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä kuitenkin tapahtuu vaaratapahtumia. Vaaratapahtumien analysointi on tärkeää, jotta saadaan selville niiden syntyyn myötävaikuttaneet tekijät. Järjestelmällisesti kerätty tieto tapahtuneista vaaratapahtumista auttaa organisaatiota tunnistamaan ja havaitsemaan niin sanotut vaaran paikat ja riskit omassa toiminnassaan. Tässä hyvänä apuvälineenä organisaatioille toimii vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.)

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän, Siun soten, organisaation strategiassa on kirjattu yhdeksi kriittisemmäksi menestystekijäksi vaikuttava, laadukas ja turvallinen hoito sekä palvelu (Siun sote 2016, 7). Tätä kriittistä menestystekijää tukee vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro, joka antaa arvokasta tietoa organisaation potilasturvallisuudesta. Kun HaiPro-järjestelmään kirjattu potilasturvallisuusilmoitus on käsitelty oikein, järjestelmästä saadaan totuudenmukaista tietoa, jonka avulla voidaan parantaa organisaation potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Siun soten organisaation Kehittämisyksikkö. Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja kehittää potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä HaiPro-järjestelmässä kohdeorganisaatiossa. Opinnäytetyön tavoitteena on laatia ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsitteilyyn kohdeorganisaation hoitotyön esimiehille ja jalkauttaa ohje esimiesten käyttöön.

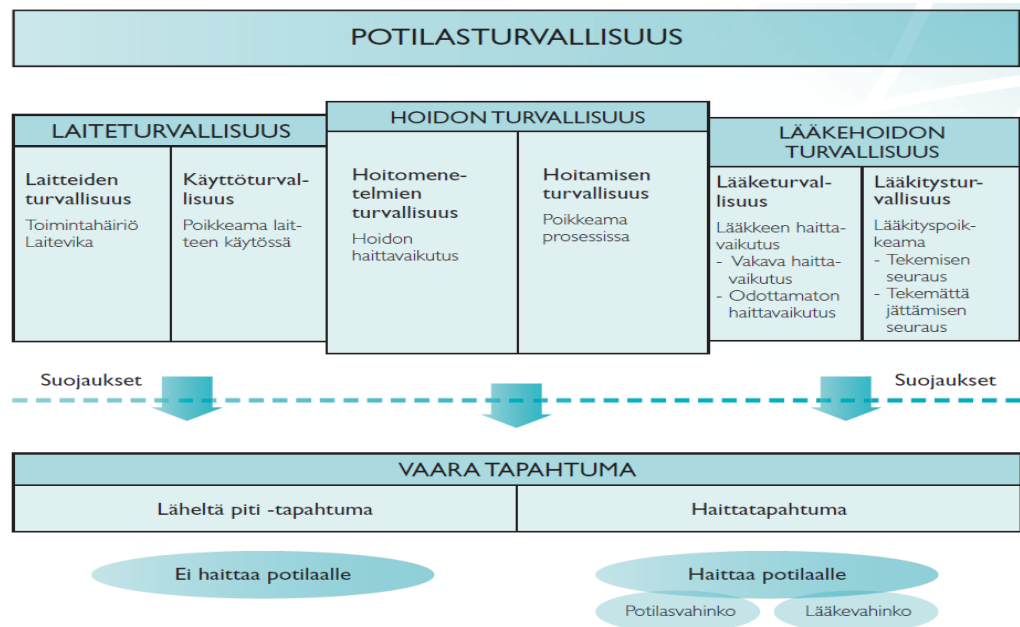
2 Potilasturvallisuus

2.1 Potilasturvallisuuden määritelmä

Helovuon ym. (2011, 13) mukaan potilasturvallisuuden määritelmä vaihtelee riippuen siitä, mistä näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, ettei hoidosta aiheudu potilaalle mitään vaaraa tai haittaa. Terveystieteiden tutkimuskeskusten ja niissä toimivien ammattilaisten näkökulmasta potilasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta hoidon aikana.

Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) määrittelee potilasturvallisuus oppaassaan potilasturvallisuuden siten, että potilas saa oikean ja tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Laajemmin avattuna potilasturvallisuus kattaa kaikkien terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden sekä organisaatioiden periaatteet ja käytännöt, joilla varmistetaan potilaan terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Näin ollen potilaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan myös sairauksien ennaltaehkäisyä, diagnostiikkaa sekä hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta. Potilasturvallisuuteen liittyy olennaisesti myös potilaan hoidossa tarvittavan lääkehoidon turvallisuus. (THL 2011, 7)

Potilasturvallisuus sisältää kolme pääkohtaa, jotka yhdessä luovat potilasturvallisuuden kokonaisuuden. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden sekä laiteturvallisuuden osa-alueet. Hoidon turvallisuuteen sisältyy hoitomenetelmien turvallisuus sekä niiden toteuttamiseen liittyvän prosessin turvallisuus. Lääkehoidonturvallisuus käsittää sekä itse lääkkeen turvallisuuden että lääkehoidon turvallisuuden, samoin kuin laiteturvallisuus käsittää itse laitteen turvallisuuden sekä myös sen käytön turvallisuuden. (Helovuon ym. 2011, 13.) Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet ovat havainnollistettu kuvassa 1.



Kuva 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 21).

Kaila, Niemi-Murola & Kauppi (2014, 1739) ovat sitä mieltä, että potilasturvallisuus mielletään usein negaation kautta ja se usein otetaan käsittelyyn vasta, kun jonkinlainen vaaratapahtuma potilaan hoidossa havaitaan. Snellman (2009, 29) on arvioinut, että potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon sekä hyvän laadun keskeinen tekijä. Eri puolilta maailmaa kerätyt tiedot kuitenkin hänen mukaansa osoittavat, että sairaalahoidossa olevista potilaista 5-10 % kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman ja noin 1 % potilaista haitta on vakava eli pysyvä vammautuminen tai kuolema. Aaltonen, Mattila, Mäkijärvi & Saario (2008, 3792) muistuttavat, että Suomessa ei ole tehty vastaavia tutkimuksia, jolla voitaisiin osoittaa todeksi tämä arvio tapahtuvista haittatapahtumista. Todennäköistä on, että tilanne olisi Suomessakin samanlainen. Suomessa kuitenkin kuolee tutkimusten mukaan 700–1700 potilasta vuodessa hoidon haittojen vuoksi. Tällöin hoidon haitat ovat merkittävämpi kuolinsyy kuin liikennekuolemat.

Terveydenhuollossa toimii osaavia, taitavia ja huolellisia terveydenhuollon ammattilaisia. Terveydenhuollon ammattilaiset voivat kuitenkin erehtyä toiminnassaan, sillä erehtyminen on inhimillistä. Hyvällä toiminnan suunnittelulla, toimivil-

la käytännöillä ja turvallisuutta edistävillä toimintaympäristöillä osa vaaratapahtumista voitaisiin kuitenkin estää. (Snellman 2009, 29–30.)

2.2 Vaaratapahtuma

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän HaiPron (2009, 1) ohjeessa vaaratapahtuma määritellään siten, että se on potilaan turvallisuutta vaarantava tapahtuma ja se joko aiheuttaa potilaalle haittaa tai voi tapahtuessaan aiheuttaa potilaalle haittaa. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmään HaiProon ilmoitettavien vaaratapahtumien luonne määritellään sen mukaisesti, onko vaaratapahtuma tapahtunut potilaalle saakka vai onko vaaratapahtumassa kyse niin kutsutusta läheltä piti-tilanteesta.

Vaaratapahtumiksi luetaan myös tapahtumat, joissa poikkeamaa ei ole tapahtunut vaan kyseessä on ollut niin sanottu väistämätön tapahtuma. Tällöin potilaalle aiheutuu tapahtuneesta haittaa, mutta tapahtumaa ei olisi voitu ennalta estää. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi lääkkeen haittavaikutus tai laitteen toimintahäiriö. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 11–12.)

2.2.1 Läheltä piti -tilanne

Vaaratapahtuma voi olla tilanne, jossa potilasturvallisuus on ollut vaarantuneena ja toteutuessaan tilanteesta olisi saattanut seurata haittaa potilaalle. Tällöin puhutaan niin kutsutusta läheltä piti-tilanteesta. Vaaratapahtuman vaikutukset eivät näissä tilanteissa ulotu potilaaseen saakka, mutta tilanteessa on ollut lähellä hoidosta aiheutuvan haitan mahdollisuus. Potilaalle aiheutuvasta haitasta on näissä tilanteissa vältytty joko sattumalta tai siksi, että vaaratilanne havaittiin ajoissa ja täten myös potilaalle haitalliset seuraukset on pystytty estämään ajoissa. (Helovuori ym. 2011, 16.)

Helovuo ym. (2011, 17) toteavat myös, että läheltä piti – tilanne ei aiheuta potilaalle haittaa, mutta se saattaa sisältää riskin hyvin vakavalle haitalle, jolta on vältytty tilanteessa vain sattumalta. Tämän vuoksi läheltä piti – tilanteita on syytä tarkastella niiden sisältämän riskin näkökulmasta. Riskillä tarkoitetaan haitan todennäköisyyttä eli sitä, miten lähellä vahingon syntyminen oli ja mitkä sen seuraukset olisivat voineet olla.

2.2.2 Haittatapahtuma

Haittatapahtumaksi kutsutaan tilannetta, jossa jokin vaaratapahtuma potilaan hoidossa aiheutti potilaalle haittaa. Haitan seuraus voi olla potilaalle lievää, kohtalaista tai jopa vakavaa. Seurauksena haittatapahtumasta voi olla ohi menevää haittaa tai jopa pysyvää haittaa. Haittatapahtuma saattaa johtaa jopa hoidon pitkittymiseen tai vakavimmissa tapauksissa potilaan kuolemaan. (Helovuo ym. 2011, 16-17.)

Haittatapahtuman vaikuttavuutta arvioidaan usein niistä aiheutuneiden seurausten perusteella. Mahdollisesti aiheutunut haitta on saattanut olla potilaalle lievä, kohtalainen tai vakava. Haittatapahtumien riskien arviointi onkin yhtä tärkeää, kuin läheltä piti -tilanteiden arviointi. Haittatapahtuman syntyyn vaikuttaneiden tekijöiden tunnistus auttaa myös siinä, ettei vastaava tapahtuma pääse enää jatkossa toistumaan. (Helovuo ym. 2011, 17.)

2.3 Potilasturvallisuuden vaikuttavat tekijät

Potilasturvallisuus ei perustu ainoastaan yksittäisten henkilöiden ammattitaitoon, vaan vaaratapahtumat syntyvät usein monimutkaisen järjestelmän eri osien ja niiden toiminnan yhteisvaikutuksesta. Tämä on niin sanottu ”systeemi” ja osana tätä ovat organisaation johtotason päätökset, lähiesimiestyö sekä fyy-

siset ja psyykkiset olosuhteet, joissa henkilöstö työskentelee. Vaaratilanteet liittyvät tavallisesti ihmisten toimintaan, jolloin ne ovat inhimillisiä erehdyksiä. Mutta vaaratilanteet eivät synny ilman syytä, vaan ennemminkin luonnollisena seurauksena toimintaan vaikuttavista olosuhteista. Olosuhteet ovat puolestaan johdannaisia organisaation toiminnassa olevista rakenteista, prosesseista ja johtamisesta. Huonot edellytykset turvalliselle toiminnalle lisäävät inhimillisten virheiden riskiä. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää vaikuttaa toimintaolosuhteisiin siten, että inhimillisten virheiden riski on mahdollisimman pieni. Niin kutsuttu systeeminäkökulma tuo edellytykset kehittää toimintaa organisaation jokaisella tasolla ja niin pystytään hallitsemaan riskejä ja turvallisuuteen vaikuttavia olosuhteita. (Helovuo ym. 2011, 53–55.)

Helovuo ym. (2011, 63–64) toteavat myös, että potilasturvallisuuteen vaikuttavat monet asiat, jotka voivat olla vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä tai tapahtumaolosuhteita. Esimerkiksi puutteelliset ohjeistukset, toimintatapojen epäyhtenäisyys ja liian monimutkaiset prosessit voivat vaikuttaa potilasturvallisuuden heikentävästi. Tätä tukee esimerkiksi Kuisman (2010, 25) tekemä tutkimus, jossa todettiin yleisimmäksi vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavaksi tekijäksi työmenetelmät ja toimintatavat.

Wagner (2014, 355) on tuonut esiin, että huono tiedonkulku on yksi suurimmista uhkista potilasturvallisuudelle terveydenhuollossa. Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden olisi yhtenäistettävä kommunikointitapoja ja -käytäntöjä turvallisuuden parantamiseksi. Kinnunen & Peltomaa (2009, 87–88) puolestaan korostavat, että kirjallisen tiedonkulun lisäksi on myös tärkeää osata viestiä suullisesti, sillä molemmat tiedonkulun ja viestinnän tavat ovat ehdottoman tärkeitä terveydenhuollossa niin potilaan kuin henkilökunnankin turvallisuuden takaamiseksi.

Inhimilliset virheet vaikuttavat merkittävästi potilasturvallisuuteen eikä niitä ole perinteisesti hyväksytty terveydenhuollossa. Toiminnassa on aina korostettu huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta, jotta vaaratapahtumia ei syntyisi. Ajattelutapa siitä, että vaaratapahtumat olisivat seurausta huolimattomuudesta, välinpitämättömyydestä tai asenneongelmasta kohdistaa katseet aina virheen tehneeseen

henkilöön. On syytä muistaa, että inhimillinen virhe tunnustetaan virheeksi vasta tapahtuman jälkeen. Asioiden tekeminen tai niiden tekemättä jättäminen on vain toimintaa siihen saakka, kunnes se tunnustetaan turvallisuutta vaarantavaksi poikkeamaksi. Jälkeenpäin on myös helppo havaita, että inhimillinen virhe olisi ollut vältettävissä toimimalla toisella tavalla. Siksi ajaudutaan herkästi kohdistamaan kehittämistoimet ihmisen toimintaan arvioimatta enempää, mikä sai ihmisen toimimaan kyseisellä tavalla. Inhimillisten virheiden hallinnan lähtökohdan tulisi olla pyrkimys ymmärtää eikä tuomita ihmisen toimintaa. Inhimillisen virheen taustalla voi olla tarkkaavaisuuden tai muistin heikentyminen, työkuorma ja stressi tai vireystila ja väsymys. (Helovuo ym. 2011, 75–81.)

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat myös työtaidot, jotka nousevat etenkin kehittämisessä tärkeiksi elementeiksi. Jokainen potilasturvallisuuden kehittäjä, esimies tai työntekijä, tarvitsee hyvät vuorovaikutustaidot, tiedon hallintataidot, ajattelunaidot, ongelmaratkaisunaidot, analysointitaidot sekä oppimistaidot. Kuitenkin kaikista tärkeimmäksi taidoksi nostetaan taito johtaa itseään. Muutoksien keskellä tarvitaan lisäksi sopeutumiskykyä ja kykyä sietää epävarmuutta. (Ojala 2014, 1743.)

2.4 Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu sekä yksittäisen työntekijän että koko organisaation arvoista, asenteista, toimintaperiaatteista ja – tavoista. Avoimen ja syyllistämättömän kulttuurin taustalla on systeemilähtöinen turvallisuusajattelu. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu vahvasti riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä jatkuva toiminnan kehittäminen. (Helovuo 2011, 92–93.)

Reimanin, Pietikäisen & Oedewaldin (2009, 65.66) mukaan potilasturvallisuuskulttuurissa on kyse siitä, että potilaiden turvallisuudesta välitetään organisaatiossa aidosti ja toimintaan liittyviä vaaroja pyritään ymmärtämään ja ennakoimaan organisaation jokaisella tasolla. Potilasturvallisuuskulttuuriin liittyy myös

se, että turvallisuuden kehittämisestä koetaan vastuuta ja turvallisuuteen koetaan voitavan vaikuttaa.

Potilasturvallisuuden tasoa ei voi organisaatiossa arvioida vain laskemalla tapahtuneita hoitovirheitä tai vaaratapahtumia, sillä ne eivät kerro lainkaan tulevaisuudesta. Potilasturvallisuuskulttuurissa on ennemminkin kyse kyvystä tai potentiaalista kuin jostakin jo aiemmin tapahtuneesta. Potilasturvallisuuskulttuurin alueelle kuuluvat esimerkiksi käsitykset turvallisuudesta ja vaaroista sekä osaamisen varmistaminen, resursointi ja tiedonkulku. (Reiman ym. 2009, 66–67.)

Helovuon ym. (2011, 93–97) mukaan avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri auttaa havaittujen poikkeamien, haittatapahtumien sekä läheltä piti –tilanteiden käsittelyssä. Kun terveydenhuollon henkilöstö, potilaat ja omaiset uskaltavat ilmaista huolensa ja kysymyksensä sekä puuttua havaitsemiinsa turvallisuutta uhkaaviin tekijöihin, on toiminta silloin läpinäkyvää ja avointa. Se vahvistaa organisaation potilasturvallisuuskulttuuria ja edistää toiminnan kehittämistä. Potilasturvallisuuskulttuuri ja sen edistäminen vaativat pitkäjänteistä työtä ja muutos vie oman aikansa. Potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen ja sen edistämiseen auttavat kuitenkin vain konkreettiset toimet.

Vincent & Coulter (2002, 76–77) painottavat potilaan roolia ja näkökulmaa potilasturvallisuudessa sekä turvallisemman kulttuurin luomisessa. Potilaita tulisi kuunnella ja rohkaista kertomaan enemmän itsestään, vaivoistaan ja toivomuksistaan hoidon suhteen. Suomessa Terveystieteiden tutkimuskeskus on julkaissut Potilaan oppaan (2014, 1), jossa kerrotaan, miten potilas voi itse vaikuttaa hoidon turvallisuuteen. Oppaassa on lisäksi tietoa potilaan oikeuksista ja potilasturvallisuudesta.

Turunen (2012, 53) on tutkimuksessaan tuonut esille potilasturvallisuuskulttuuriin vaikuttavia asioita sairaanhoitajien näkökulmasta. Sairaanhoitajien mielestä lähiesimiehet toimivat potilasturvallisuutta edistäen enemmän kuin organisaation johto. Tämän koetaan johtuvan siitä, että lähiesimies on lähempänä käytännön työtä ja työskentely potilasturvallisuuden edistämiseksi on näin näkyväm-

pää. Ojala (2014, 1743) kuitenkin muistuttaa, että johdon tulee jatkuvasti arvioida potilasturvallisuuden edistämiseksi tehtyjä kehittämishankkeita ja niiden tuloksia. Näistä täytyy myös johdon ottaa oppia ja osata tätä kautta korjata ja muuttaa organisaation suuntaa tarvittaessa niin, että laadittu strategia ja toiminnan tavoitteet täyttyvät.

2.5 Potilasturvallisuuden edistäminen

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8:n § mukaan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava kaikilla osa-alueilla laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 § edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksiköiden on laadittava suunnitelmat laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Terveydenhuoltolakia täydentää Sosiaali- ja terveysministeriön laatima asetus (341/2011), joka osaltaan säätelee terveydenhuoltolain edellyttämiä terveydenhuollon toimintayksiköiden laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmia ja niiden sisältöjä.

Suunnitelmallisesti potilasturvallisuutta on Suomessa edistetty vuodesta 2005 lähtien, jolloin Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama työryhmä laati valtakunnallisen oppaan lääkehoidosta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lääkehoidon periaatteiden yhtenäistäminen, vastuunjaon selkeyttäminen ja vähimmäisvaatimusten määrittely olivat oppaan tavoitteena. Lääkehoito-oppaan avulla myös lupakäytäntöjen yhtenäistäminen, henkilöstön perehdyttäminen ja lääkehoidon osaamisen varmistaminen sekä ylläpitäminen otettiin esille. Kyseisessä oppaassa korostetaan myös asenteiden merkitystä ja toimintakulttuurin kehitystä siten, että tapahtuneista poikkeamista opitaan ja toimintatapoja arvioidaan kriittisesti. (Helovuori ym. 2011, 31–32.)

Sosiaali- ja terveysministeriö laati ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009–2013. Tuolloin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos nimettiin potilasturvallisuustyön kansallisen tason toimijaksi ja koordinoijaksi Suomessa. Potilasturvallisuuden edistämisen kannalta merkittäviä tapahtumia olivat vuonna 2011 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki ja lain nojalla annetut asetukset. Tämän jälkeen asiakasturvallisuutta ovat vahvistaneet Sosiaalihuoltolaki sekä Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. (STM 2017, 13.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on päivittänyt potilasturvallisuusstrategian potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaksi vuonna 2017. Strategian tarkoituksena on auttaa kehittämään suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäistä turvallisuuskulttuuria ja edistää sen toteutumista. Strategiassa käsitellään laatua ja potilas- ja asiakasturvallisuutta neljästä näkökulmasta: turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuut ja säädökset. (STM 2017, 11–12). Kuvassa 2 on esitetty potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017–2021 keskeinen sisältö.



Kuva 2. Suomen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (STM 2017, 11).

Kerfoot (2016, 44) on arvioinut, että esimiehillä on erinomainen mahdollisuus osallistua ja vauhdittaa potilasturvallisuuden kehitystä terveydenhuollon yksiköissä. Haluttua muutosta potilasturvallisuuteen voi tapahtua vain, jos esimiehet

aikovat saada siihen muutosta. Esimiehen asenteella ja päämäärillä on siis vaikutusta siihen, miten potilasturvallisuus koetaan ja miten sen eteen tehdään töitä.

Systemaattiset laadunhallintamallit ovat tulleet tärkeäksi osaksi suomalaista terveydenhuoltoa muun muassa siksi, että hoitovirheet ja niin kutsutut läheltä piti – tilanteet ovat lisääntyneet. Vastuu potilaiden hoidosta on hajaantunut ja hoitoprosessit sekä palvelujärjestelmät ovat muuttuneet, mikä vaikuttaa turvallisen hoidon toteutumiseen. Myös henkilöstövoimavarojen niukkuus, työntekijöiden vaihtuvuus ja sähköiset potilastietojärjestelmät vaikuttavat osaltaan potilasturvallisuuteen. Hoidon aikana tapahtuneita vahinkoja ei voida peruuttaa, mutta niistä voidaan aina ottaa opiksi ja kehittää toimintaa turvallisemmaksi. (Laaksonen & Ollila 2017, 72–73.)

3 Johtaminen ja turvallisuusnäkökulma

3.1 Turvallisuusjohtaminen

Turvallisuusasioiden hoitaminen on organisaation johdon vastuulla samoin kuin muukin liiketoiminta. Turvallisuusasioista huolehtii organisaation jokaisessa yksikössä esimiehet, joiden tehtävänä on turvallisuuskulttuurin luominen omaan yksikköön. Turvallisuuskulttuurin ylläpito ja kehittäminen on kuitenkin myös henkilöstön tehtävä. Hyvälle ja toimivalle turvallisuuskulttuurille on ominaista, että työntekijöiden vastuu ja ennaltaehkäisevä toiminta ovat keskeisesti esillä työyksiköissä. (Kerkko 2001, 22–24.)

Turvallisuusjohtamiseen kuuluu riskienarviointi, jonka tarkoituksena on saada selville riskityypit, riskien suuruus sekä riskeihin liittyvien vaarojen lähteet ja laukaisevat tekijät. Jotta todelliset riskit saataisiin selville, on käytävä läpi kaikki

vaarat ja uhat jotka voivat vaikuttaa organisaation toimintaan negatiivisesti. Riskien arviointi on työpaikan normaalia toimintaa ja henkilöstö osallistetaan siihen mukaan yhteistyön ja turvallisuuskulttuurin nimissä. Riskien arviointi paljastaa sekä suuria riskejä että myös sellaisia vaaratekijöitä, jotka voidaan eliminoida jatkuvan kehittämisen ja parantamisen keinoin. (Kerkko 2001, 57–106.)

Turvallisuusjohtamiseen liittyy myös vahvasti tiedotus. Päävastuut tiedottamisesta on organisaation johdolla ja keski johdolla. Kun tiedotetaan säännöllisesti turvallisuuden perusasioista kuten riskienarvioinnin tuloksista tai sattuneista tapaturmista tai läheltä piti -tilanteista, on henkilöstö ajan tasalla siitä mitä organisaatiossa tapahtuu. Tiedottamisen reittejä on monia ja jokainen työyhteisö päättää itse heille sopivimman keinon, jotta tiedottaminen on ajan tasaista ja se saavuttaa kaikki työyhteisön työntekijät. (Kerkko 2001, 109–110.)

Hiltunen (2017) tutkimuksen mukaan sairaalassa työskentelevät osastonhoitajat kokevat työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden yhtä tärkeiksi asioiksi ja että ne tukevat toinen toisiaan erilaisissa päätöksenteon tilanteissa. Osastonhoitajien mukaan hyvä ja ammattitaitoinen henkilöstö on yksi keskeisimmistä perusedellytyksistä potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Osastonhoitajien mielestä yhteisistä asioista keskusteleminen ja eteenpäin vieminen ovat voimavaroja, mitkä parantavat henkilöstön yhteistyötä sekä yleistä turvallisuutta. Osastonhoitajat kokivat, että heidät nähdään niin sanotusti esikuvina, jotka omalla toiminnallaan ja aktiivisella turvallisuusasioiden huomioimisella ja esiin nostamisella pitävät työyksiköissä turvallisuuskulttuuria yllä. (Hiltunen 2017, 26–27.)

3.2 Potilasturvallisuutta edistävä johtaminen

Surakka (2008) on tuonut esiin, että tulosjohtamisen rinnalle on myös terveydenhuollossa nostettu laatujohtaminen, jossa huomio tuloksissa kiinnitetään prosesseihin. Laatujohtamisessa korostuu esimiehen osallistava johtaminen. Erilaiset laatu järjestelmät osoittavat laatua, mutta terveydenhuollossa laatua on vaikea mitata ja arvioida. Terveydenhuollossa laadun arvioinnissa ja mittaamisessa arvioidaan kokonaistoimintaa, hoitojärjestelmiä, palvelujen saatavuutta,

hoitoprosesseja ja työsuorituksia sekä hoidon tuloksia. Hoidon tuloksien arvioinnissa ja mittaamisessa otetaan huomioon kuolleisuus ja hoidon haittavaikutukset. Potilashoidon laadusta vastaaminen kuuluu yksiköiden esimiesten työhön. Myös hoitotyön laadunvarmistus, laatustandardien ylläpitäminen sekä jatkuva laadun parantaminen ovat keskeisessä osassa hoitotyön esimiesten työtä. Esimiehet kuitenkin tarvitsevat tukea laatutyölleen sitoutuneelta ja osaavalta henkilökunnalta, mutta myös omalta esimieheltään. (Surakka 2008, 35–38.)

Lahti (2008) toteaa, että organisaatioiden strategioissa johdetaan toiminnan kriittiset menestystekijät, määritellään arviointikriteerit ja päätetään tavoitteet toiminnalle. Strategiaan sisältyvät sekä henkilöstöjohtaminen että henkilöstöstrategia. Niiden merkitys korostuu, kun toiminnallisten tavoitteiden saavuttaminen perustuu henkilöstövoimavarojen sekä niiden muodostumiseen ja ohjaamiseen. Henkilöstöjohtamisella voidaan vaikuttaa organisaation menestykseen ja sen mahdollisuuteen onnistua perustehtävässään. (Lahti 2008, 68–69.)

Räsänen & Meretoja (2013) ovat todenneet, että Suomessa ei ole juurikaan tutkittu työhyvinvoinnin, työpaikan ilmapiirin ja henkilöstön jaksamisen yhteyksiä potilasturvallisuuteen. Yleisesti ottaen voidaan kuitenkin olettaa, että henkilöstön hyvinvointi heijastuu suoraan hoidon tuloksiin ja niin myös hoitovirheisiin ja läheltä piti -tilanteisiin. Henkilöstön työhyvinvointi puolestaan syntyy toimivan hoitoprosessin seurauksena. Prosessi luodaan koko organisaation johtamisen ja organisaation rakenteiden avulla. Johtamisella on tässä suuri merkitys. (Räsänen & Meretoja 2013, 106–107.)

Kerfootin (2014, 44) mukaan esimiehet vaikuttavat siihen, millaisia tuloksia yksiköissä, osastoilla ja koko organisaatiossa saadaan aikaan. Arvot ja se, mikä on tai ei ole sallittua määrittävät organisaation kulttuurin. Potilasturvallisuus on kaiken toiminnan ydin terveydenhuollossa ja sen toteutuminen vaatii myös esimiehiltä ponnisteluja.

Potilasturvallisuutta edistävään johtamiseen sisältyy systemaattinen seuranta, arviointi ja kehittäminen. Turvallisuutta tuodaan esiin toiminnan tavoitteissa ja

suunnittelussa sekä turvallisuus otetaan huomioon resurssisuunnittelussa ja niiden kohdentamisessa. Potilasturvallisuutta edistävään johtamiseen kuuluu myös selkeiden vastuualueiden jakaminen, jotta yksiköissä välttyttäisiin niin sanotuilta harmailta alueilta. Henkilöstön osaamisen arviointi ja varmistaminen sekä henkilöstön osaamisen kehittäminen potilasturvallisuuden näkökulmasta on myös tärkeää. (Helovuo ym. 2011, 57.)

Johtamisen heikkoudet saattavat näkyä puutteina toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja valvonnassa, työohjauksessa sekä tuesta jota esimiehet antavat henkilöstölle. Jos potilasturvallisuutta ei huomioida riittävästi toiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa, saattaa organisaatio ajautua kohti kohonnutta riskitasoa. Jos potilasturvallisuudesta piittaamaton toiminta jatkuu riittävän pitkään, riskit aletaan vähitellen hyväksyä osaksi normaalia toimintaa. Potilasturvallisuuden johtaminen ei tule olla irrallaan muusta johtamisesta, vaan sen pitää näkyä osana sitä. Potilasturvallisuuden tavoitteet ja toimenpiteet tulisi kuvata yhtä selkeästi kuin esimerkiksi liiketaloudelliset toimenpideohjelmat. (Helovuo ym. 2011, 57–58.)

Laaksonen & Ollila (2017, 73) ovat todenneet, että terveydenhuollon organisaatiot oppivat hoitovirheistä ja niin kutsutuista läheltä piti – tilanteista vain, jos tapahtuneet virheet tuodaan reilusti esille työyhteisöissä. Tapahtuneet virheet tulee käsitellä syyllistämättä sekä toimintaa tulee kehittää niiden pohjalta.

4 Vaaratapahtumien raportointi

4.1 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro

Viime vuosina suomalaisessa terveydenhuollossa on alettu raportoida erilaisista vaaratapahtumista. Raportoinnin tueksi on kehitetty järjestelmiä, joiden käyttö on levinnyt nopeasti suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa. Vaarata-

pahtumien puheeksi ottaminen ja niiden raportoinnin yleistyminen tuottavat valtavasti paljon tietoa organisaatioille. Ajankohtainen haaste onkin, miten järjestelmiin kirjatuista vaaratapahtumista kertyvä tieto voidaan hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti organisaatioiden turvallisuuden hallinnassa ja edistämises-
sä. (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 8.)

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointijärjestelmä ja tietotekninen työkalu. Se on kehitetty Teknologian tutkimuskeskuksella (VTT) yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden, Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Lääkelaitoksen kanssa. HaiPron ylläpidosta ja jatkokehityksestä vastaa Awanic Oy. (HaiPro 2016.)

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä Suomessa. Potilasturvallisuusilmoitusten tekeminen HaiPro-järjestelmään ja niiden käsittely järjestelmässä perustuvat vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja syyttelemättömyyteen. HaiPro-järjestelmään on yhdistettävissä myös henkilöstöön kohdistuvien vaaratapahtumien raportointi (työturvallisuus) sekä muita turvallisuuteen, kehittämiseen ja riskienhallintaan liittyviä lisäosia. (HaiPro 2016.)

Kun terveydenhuollon organisaatioilla on käytössään vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, virheistä voidaan oppia ja vaaratapahtumista kertyvä tieto voidaan hyödyntää toiminnan kehittämiseen. Organisaatioon kertyy tällaista tietoa potilaiden ja heidän läheistensä palautteena, muistutuksina ja kanteluina, potilasvahinkoilmoituksina ja potilasasiamiehen kautta. Lisäksi organisaatiossa työskentelevän henkilöstön tulee ilmoittaa vaaratapahtumista sovitun raportointimenettelyn kautta. Kaiken kertyneen tiedon säännöllinen analysointi ja käsittely ovat organisaation toiminnan jatkuvan kehittämisen perusta. (THL 2011, 28–29.)

4.2 Potilasturvallisuusilmoituksen tekeminen

Potilaan hoidossa havaittujen vaaratapahtumien raportointi auttaa parantamaan potilasturvallisuutta. Terveystieteiden tutkimuskeskusten johtajien ja työyksiköiden esimiesten tulee luoda avoin ja oikeudenmukainen toimintaympäristö, joka kannustaa työntekijöitä ilmoittamaan tapahtuneista vaaratapahtumista tai niin kutsutuista läheltä piti – tilanteista aktiivisesti. (THL 2011, 28.)

HaiPro-järjestelmään ilmoitetaan potilaan turvallisuutta vaarantavia tapahtumia, jotka aiheuttavat tai voivat aiheuttaa haittaa potilaalle. Potilasturvallisuusilmoitus suositellaan tehtäväksi aina kun ilmoittaja kokee, että johonkin asiaan puuttamalla toiminnasta voitaisiin kehittää turvallisempaa. Potilasturvallisuusilmoitus tehdään sähköiselle lomakkeelle, eikä ilmoituksen tekemiseen tarvita käyttäjätunnuksia. (HaiPro 2015a, 2.) Kuvassa 3 on esimerkki potilasturvallisuusilmoituslomakkeesta Siun soten organisaatiossa.

HaiPro - Potilas-/asiakasturvallisuusilmoitus Sisäiset sivut

Pakolliset kentät on merkitty tähdellä (*) Ilmoituksen pvm: 31.7.2017

Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*) Valitse Yksikkö, jossa tapahtui (*) 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="checkbox"/> Ei tiedossa Tapahtumapaikka Valitse	Tapahtuman luonne (*) <input type="radio"/> Läheltä piti <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Tapahtui potilaalle/asiakkaalle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus
Tapahtuman tyyppi	Valitse	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle/asiakkaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin: - Mitä oltiin tekemässä - Mitä ja miten tapahtui - Miten tilanne hoidettiin - Mitä seurasi potilaalle/asiakkaalle - Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle	
Sähköpostiosoite(*)	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.	

Tulosta ilmoitus

Kuva 3. Potilasturvallisuusilmoituslomake HaiPro-järjestelmässä.

Potilasturvallisuusilmoitus voidaan kirjata esimerkiksi lääkehoitoa koskevasta tapahtumasta. Vaara- ja haittatapahtumien ilmoittaminen on tärkeää, jotta tapahtumista voidaan oppia ja niiden pohjalta voidaan kehittää suojaimekanismit vastaavien tilanteiden ehkäisemiseksi. Sekä niin kutsutut läheltä piti – tilanteet että potilaalle tapahtuneet vaaratapahtumat voivat paljastaa haitan syntymekanismien. Läheltä piti –tilanteita tarkastelemalla voidaan esimerkiksi löytää asiat, jotka estivät vaaratapahtumaa tapahtumasta potilaalle saakka. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2016, 81.)

Pelkkä potilasturvallisuusilmoitusten tekeminen vaaratapahtumien raportointijärjestelmään ei kuitenkaan riitä, vaan tehdyt ilmoitukset täytyy käsitellä ja analysoida. Potilasturvallisuusilmoituksen tekijälle on myös annettava palautetta ja hänelle on pystyttävä osoittamaan, että ongelmiin ja epäkohtiin puututaan. Näin myös ilmoitusaktiivisuus lisääntyy. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008, 3789.)

4.3 Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely

Käsitykset vaaratapahtumien synnystä ohjaavat sitä, millaisiin asioihin vaaratapahtumien käsittelyssä kiinnitetään huomiota ja millaisia kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtumien käsittelyn pohjalta tehdään. Vaaratapahtumien raportointi ja käsittely ovat välineitä ja keinoja, joilla pyritään parantamaan turvallisuutta organisaatioissa. Vaaratapahtumien raportoinnin ja käsittelyn tavoitteena on saada tietoa organisaation toiminnasta, sen haavoittuvuudesta oppiminen ja organisaation toiminnan kehittäminen turvallisemmaksi. (Pietikäinen ym. 2010, 11–14.)

Vaaratapahtumien käsittelyllä tarkoitetaan kaikkia niitä toimintoja, joiden avulla järjestelmään tulleesta potilasturvallisuusilmoituksen tiedoista organisaatiossa pyritään oppimaan. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely on haastava tehtävä ja sen toteutus tulee suunnitella, resursoida ja ohjata hyvin. Potilasturvallisuus-

ilmoituksen käsittelyä tukee organisaation sisällä selkeät, yhteisesti sovitut ja kaikkien tiedossa olevat menettelytavat. (Pietikäinen ym. 2010, 21–24.)

Kun HaiPro-järjestelmään kirjataan uusi potilasturvallisuusilmoitus, tapahtumayksikön ilmoituksen käsittelijä saa tiedon ilmoituksesta sähköpostitse. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyyn pääsee joko sähköpostin linkistä tai HaiPro-järjestelmään kirjautumalla. Sähköpostiviestissä on kuvaus tapahtumasta, jonka avulla käsittelijä voi arvioida käsittelytarpeen kiireellisyyden. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelijänä toimii yleensä yksikön esimies. (HaiPro 2015b, 2.)

Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelijän tehtävänä on jäsentää tiedot tapahtumasta ilmoittajan kirjaaman ilmoituksen perusteella. Kertyvän tiedon perusteella voidaan suunnitella kehittämistoimia, joilla voidaan estää samankaltaisten tapahtumien syntyminen ja parantaa yleisesti toiminnan turvallisuutta. Vaaratapahtumien raportoinnin lähtökohtana on se, että vältetään yksittäisten ihmisten tekemisten tai tekemättä jättämisten julkista ruotimista. Käsittelijän ei siis tule esimerkiksi pyrkiä tunnistamaan tapahtumaan osallisena olleita henkilöitä tai etsimään syyllisiä tapahtuneelle (HaiPro 2015b, 14.)

Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyprosessissa ja tietojen luokittelussa saattaa olla eroavaisuuksia eri organisaatioiden välillä. Siun soten organisaatiossa on yhteisesti linjattu, että HaiPro-järjestelmään kirjattu potilasturvallisuusilmoitus tulee ottaa käsittelyyn 14 vuorokauden kuluessa ilmoituksen saapumisesta ja ilmoitus on käsiteltävä loppuun 30 vuorokauden kuluessa. Siun soten johto seuraa potilasturvallisuusilmoitusten reagointi- ja käsittelyaikoja strategisissa tavoitteissaan. (Siun sote 2017a.)

Potilasturvallisuusilmoituksista kertyvää tietoa tulee hyödyntää sekä yksikkö- että organisaatiotasolla. Työyhteisöjen tulee saada säännöllisesti tietoa ilmoitetuista vaaratapahtumista ja niitä tulee tarkastella yhdessä. Yksikön esimiehen

vastuulla on organisoida säännölliset yksikön sisäiset keskustelut, moniammatilliset keskustelut sekä tarvittavat muut toimenpiteet vaaratapahtumien käsittelyssä. Tehokas viestintä työyksikössä on yksi tärkein asia potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä. Viestinnässä tulee muistaa, että mahdollisimman nopeasti tiedotetut turvallisuusriskit saattavat ennaltaehkäistä vastaavia tilanteita tulevaisuudessa. (THL 2011, 29.)

4.3.1 Tietojen tarkastelu ja luokittelu

Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely etenee vaiheittain. Ensin ilmoitus on syytä lukea läpi ja tarkastaa ilmoittajan tekemät valinnat. Käsittelijällä on oikeus muuttaa ilmoittajan tekemiä valintoja tarvittaessa. Seuraava vaihe potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyssä on tapahtuman tyyppin valinta. Ilmoittajan valitsema tapahtuman tyyppi näkyy merkittynä lomakkeella ja käsittelijä voi muuttaa sitä tarvittaessa. Tapahtuman tyyppin päävalinnan jälkeen, käsittelijä valitsee vielä tarkenteen alla olevasta valikosta (HaiPro 2015b, 5.) Siun soten organisaatiossa on linjattu, että potilasturvallisuusilmoitukseen valitaan vain yksi tapahtumatyyppi, jotta ilmoituksista kertyvän tiedon pohjalta raportointi olisi mahdollisimman luotettavaa (Siun sote 2017a).

Käsittelijällä on mahdollisuus pyytää ilmoituksen tekijältä lisätietoja tapahtumasta tarvittaessa. Kun ilmoittaja on jättänyt sähköpostiosoitteensa ilmoitukseen, voi käsittelijä pyytää häneltä lisätietoja. Käsittelijä ei näe sähköpostiosoitetta, vaan lisätietopyyntö menee järjestelmässä sisäisesti. Käsittelijä saa ilmoituksen sähköpostiinsa, kun lisätietopyyntöön on vastattu. Jos ilmoittaja ei ole jättänyt sähköpostiosoitettaan ilmoitukseen, voi lisätietopyynnön tehdä silti. Ilmoituksen tekijä voi käydä jättämänsä ilmoituksen tunnistenumeraalla seuraamassa ilmoituksensa käsittelyn etenemistä ja vastata lisätietopyyntöön. Jos ilmoittaja ei kohtuullisessa ajassa vastaa lisätietopyyntöön, ilmoitus käsitellään olemassa olevilla tiedoilla loppuun. (HaiPro 2015b, 10.)

Tapahtuman luonne valitaan sen mukaan, tapahtuiko vaaratapahtuma potilaalle vai oliko se niin kutsuttu läheltä piti –tilanne. Jos kyseessä on tapahtui potilaalle -tilanne, avautuu lomakkeelle kohta, jossa arvioidaan seurauksia potilaalle. Seuraus potilaalle -kohtaan arvioidaan potilaalle todellisuudessa aiheutuneiden seurausten vakavuus (HaiPro 2015b, 6). Lomakkeella arvioidaan myös tapahtuman seurauksia potilasta hoitavalle yksikölle. Käsittelijä voi valita useamman vaihtoehdon, jotka kuvaavat niitä seurauksia, jotka ovat aiheutuneet yksikölle tapahtumasta. (HaiPro 2015b, 7).

Riskiluokan määrittämisessä käytetään niin kutsuttua riskimatriisia, jonka avulla määritetään tapahtumaan liittyvän riskin suuruus. Riskin suuruus esitetään riskimatriisissa riskiluokkina, jotka saadaan tapahtuman seurausten ja arvioidun todennäköisyyden yhdistelmänä. Riskin suuruuden määrittämisessä on huomattava, että kyse on vain potilaaseen kohdistuvasta riskistä, ei henkilökuntaan tai yksikköön kohdistuvasta riskistä. Tarkoituksena ei ole kirjata ylös sitä, miten vakavat seuraukset juuri kyseisessä tapahtumassa olivat tai sitä, mitä samankaltaisesta tapahtumasta voisi pahimmillaan seurata. Riskiluokan määrittämisessä on tehtävä yleistyksiä, sillä joudutaan ajattelemaan ”keskimääräisiä” potilaita ja ”keskimääräisiä” tilanteita. Tämän vuoksi riskiluokan määrittäminen saattaa tuntua hankalalta. (HaiPro 2015b, 8.)

Tilanteen hallinta ja välittömät toimenpiteet kohdassa valitaan tapahtumaan sopivat vaihtoehdot, jossa käy ilmi ketkä tapahtuman tilanteen ovat hoitaneet ja mitä on tehty välittömästi turvallisuuden palauttamiseksi tai vahingon minimoimiseksi (HaiPro 2015b, 9.)

Tapahtumaolosuhteiden ja muiden tapahtumaan myötävaikuttavien tekijöiden tunnistaminen on erittäin tärkeää potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyssä. Nämä tekijät ovat vaikuttaneet siihen, miten tapahtuma on päässyt syntymään. Puutteet ja heikkoudet näissä tekijöissä tai olosuhteissa lisäävät epäonnistumisen, poikkeamisen esiintymisen ja haitallisten seurausten mahdollisuutta. Näi-

den tekijöiden ja olosuhteiden tunnistamisella ja niihin puuttamalla voidaan kehittää toimintaa turvallisemmaksi. Tähän kohtaan käsittelijä voi valita useampia vaihtoehtoja, yhdeksästä eri ryhmästä. Kaikki tapahtumaan vaikuttaneet tekijät tai olosuhteet valitaan valikosta. (HaiPro 2015b, 9.)

4.3.2 Moniammatillinen keskustelu

Terveydenhuollon organisaatiot ovat työyhteisöjä, jotka muodostuvat eri asiantuntijoista ja ammattiryhmistä. Moniammatillinen työskentely perustuu siihen, että jokainen työntekijä tuo yhteiseen käyttöön omaa asiantuntijuuttaan ja tarkastelee esimerkiksi potilaan hoitoon liittyviä asioita oman asiantuntijuusalueensa näkökulmasta yhdessä muiden asiantuntijoiden kanssa. Onnistuneelle moniammatilliselle yhteistyölle on ominaista keskinäinen arvostus ja yhteistoiminnallisuus kaikkien asiantuntijoiden kesken. Työyhteisön organisaatorakenteen tulisi olla sellainen, joka mahdollistaa moniammatillisen yhteistyön toteutumisen. Tässä korostuu johtajuus, joka tukee asiantuntijuuden jakamista ja yhteisiin tavoitteisiin sitoutumista sekä kehittämistä. Johtamiseen kuuluu olennaisesti myös ajallisista ja taloudellisista resursseista huolehtiminen, jotta moniammatillinen yhteistyö mahdollistuu työyhteisöissä. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 13–17.)

Moniammatillisen työskentelytiimin tavoitteeksi voidaan asettaa esimerkiksi toimintojen yhdenmukaistamisen, ongelmanratkaisujen helpottumisen tai strategioiden edistämisen. Vuorovaikutteisuuden näkökulmasta moniammatilliselle toiminnalle on keskeistä eri toimijoiden monialaisen osaamisen hyödyntäminen. Moniammatillisessa työskentelyssä uuden tiedon tuottaminen ja sen yhdistäminen aiempaan tietoon ovat työskentelyn erityispiirteitä. Kommunikatiivinen, yhteisesti sovittuun päämäärään suuntautuva työ ja yhteisen vuoropuhelun pohjalta syntyvä oppiminen ja asiantuntijuus edellyttävät eri ammattirajojen ylittämistä ja keskinäisen asiantuntemuksen kunnioittamista. (Niiranen 2015, 133–139.)

On erittäin suotavaa, että myös terveydenhuollossa potilasturvallisuuteen liittyviä asioita käsiteltäisiin moniammatillisesti. Kun ennen hoitajien huomio meni täysin potilaiden hoitamiseen ja työtehtävien suorittamiseen, nykyisin he haluavat osallistua myös oman työnsä kehittämiseen. Terveydenhuollon keskeisiin kehittämiskohteisiin kuuluu myös potilasturvallisuus. Nykyään ei keskitytä vain siihen, miten voitaisiin ehkäistä vaaroja tai haittoja potilaiden hoidossa vaan hoitajat myös haluavat kantaa vastuunsa systeemien ja prosessien kehittämisessä. Esimiehen täytyy osata osallistaa ja kannustaa henkilökuntaa kehittämistyöhön. Keskustelun työyhteisössä on oltava avointa, jotta jokainen voi jakaa omia ajatuksiaan ja näkökulmiaan. Tiedon jakaminen, rohkaiseminen keskusteluun ja tiimin johtaminen ovat esimiehen merkityksellisimpiä tehtäviä moniammatillisen keskustelun lisäämiseksi. (Pinnock 2012, 1144–1148.) Moniammatillisuus ja johtaminen ovat keskeinen osatekijä hoidon laadun toteuttamisessa ja sen vaikutuksessa käytännön hoitotyön kehityksessä. Hoitajat ovat kaikkein sopivin ammattiryhmä turvallisuuden ja laadun edistämiseen potilaiden hoidossa, yhdessä esimiesten ja lääkäreiden kanssa. (Severinsson 2013, 203–204.)

Potilasturvallisuusilmoitusten läpikäyminen yksikössä on tärkeä osa virheistä oppimista. Ilmoitusten läpikäyminen vaikuttaa myös ilmoitusaktiivisuuteen sekä henkilöstön asenteisiin. Knuutilan ja Ruuhilehdon (2008, 11) mukaan esimiesten tulisi käyttää ilmoitusten käsittelyssä toimintatapaa, jolla etäännytetään käsittely yksittäisen ilmoituksen ruotimisesta. Esimerkiksi voidaan antaa ajan kulu ilmoituksen saapumisesta ennen kuin se otetaan yhteiseen käsittelyyn. Toinen vaihtoehto on, että kerätään samankaltaisia ilmoituksia yhteen ja käsitellään ne kokonaisuutena, jolloin mielenkiinto tapahtumien yksityiskohtiin on vähäisempi.

Kuisman (2010) tutkimuksen mukaan potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta on tärkeää, että hoitoprosessit, toimintatavat ja käytännöt avataan yksikössä. Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelijältä vaaditaan kykyä nähdä potilasturvallisuusilmoituksen sisältö ja vaikutus ilman, että tapahtumaan osalliset henkilöt

ovat mukana. Kokonaiskuvan näkeminen ja riskienhallinta tulee olla osa päivittäistä työtä. Tämä vaatii sekä esimiehen että yksikön työntekijöiden sitoutumista aktiiviseen riskien havaitsemiseen. (Kuisma 2010, 57.) Knuutila ja Ruuhilehto (2008) painottavat tutkimuksessaan, että kiireetön potilasturvallisuusilmoitusten käsittely on tärkeää positiivisen ja aktiivisen asennoitumisen aikaansaamiseksi. He myös korostavat tutkimuksessaan, että parhaat kehittämissuositukset saadaan yhteisesti ja kiireettömästi keskustellen. (Knuutila & Ruuhilehto 2008, 11.)

Pietikäisen ym. (2010) tutkimusraportissa suositellaan, että moniammatilliseen keskusteluun työyhteisöissä otetaan vähintään ne potilasturvallisuusilmoitukset joiden tapahtumat toistuvat usein, joiden tapahtumat ovat olleet poikkeuksellisia tai joiden tapahtumaan liittyy useita eri toimijoita. Näiden potilasturvallisuusilmoitusten moniammatillinen käsittely on katsottu hyväksi toimintatavaksi, sillä erilaisten näkökulmien ja keskustelujen aikaansaaminen tapahtuneiden vaaratapahtumien pohjalta antaa työyhteisölle paljon. (Pietikäinen ym. 2010, 39.)

4.3.3 Kehittämistoimenpiteiden suunnittelu ja toteuttaminen

Esimiehen täytyy huolehtia omassa yksikössään siitä, että sen toiminta kehittyy ja toiminnan laatu säilyy. Kun kehitetään yksikön toimintaa, täytyy huomioida kaikkien työntekijöiden osaamisen kehittäminen. Esimies tarvitsee tuolloin ryhmänohjaustaitoja, jotta ryhmä voi oppia ja kehittyä yhdessä. Useimmat työyksiköt toimivat ympäristössä, joka muuttuu jatkuvasti ja toimintaa täytyy koko ajan kehittää. Ympäristön tulee olla muutoksille avoin ja esimiehen täytyy luoda edellytykset kehittämistyön mahdollistamiseksi. (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 78–160.)

Työelämän kehittämistoimenpiteillä ratkaistaan ennen kaikkea tämän päivän työelämän haasteita ja hiotaan perustoimintaan liittyvää osaamista. Tärkeää kehittämisessä on suunnitelmallisuus ja pitkäjänteinen työ. Jokaisesta kehittä-

mistä eteenpäin suuntaavasta askeleesta on syytä olla tyytyväinen. Esimiehen on luotava hetkiä, jolloin työntekijät voivat pysähtyä tarkastelemaan toimintaansa. Arjen kiire johtaa suorittamiseen, jolloin näkökenttä ja kehittämistyö kaventuvat. Oppiminen ja kehittäminen tulisi kuitenkin kuulua jokaiseen työpäivään ja siksi niistä tulee keskustella usein työyhteisöissä. (Kupias ym. 2014, 214–230.)

Potilasturvallisuusilmoituksen tekijä on voinut esittää ja kirjata oman näkemyksensä ilmoituslomakkeelle siitä, miten tapahtumien toistuminen voitaisiin estää. Jos potilasturvallisuusilmoituksen käsittelijä arvioi ehdotuksen hyväksi lähtökohdaksi toiminnan kehittämiseksi, hän suunnittelee tarvittavat toimenpiteet, jotta asia etenisi. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelussa on tärkeää muistaa tarkastella tapahtuman syntyyn vaikuttaneita olosuhteita tai tekijöitä, jotta kehittämistoimet osattaisiin suunnata oikeaan kohtaan prosessissa. Käsittelijä valitsee HaiPro -järjestelmästä ehdotuksen toimenpiteiksi, joiden avulla kehittämistoimet saadaan alulle. Käsittelijä kirjaa suunnitelman kehittämistoimenpiteiden toteutuksesta järjestelmään, sille varattuun kenttään. Jos käsittelijä arvioi, ettei kyseessä oleva tapahtuma tarvitse toimenpiteitä, on hänen perusteltava valintansa. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelijällä on myös mahdollisuus siirtää ilmoituksen käsittely ylemmälle tasolle, jolloin siihen nimetty henkilö jatkaa potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyä. (HaiPro 2015b, 11–12.)

Kun suunnitellut toimenpiteet on toteutettu yksikössä tai yhteistyössä muiden yksiköiden kanssa, ilmoituksen käsittelijä kirjaa lopuksi ilmoitukseen kuvauksen toimenpiteiden toteuttamisesta. Kun kehitettävät toimenpiteet on myöhemmin toteutettu ja kirjattu, käsittelijä kuittaa ilmoituksen loppuun käsitellyksi. Loppuun käsitellystä ilmoituksesta lähtee ilmoitus myös ilmoituksen tekijälle tiedoksi, jos hän on ilmoitusta tehdessään jättänyt lomakkeelle sähköpostiosoitteensa. (HaiPro 2015b, 12–13).

Oman näköinen ja sopivan suuruinen yhteisöllinen kehittäminen kuluvat hyvinvoivaan työyhteisöön. Työyhteisöt, joiden kehittämistoiminta on arkipäiväistä toimintaa, jaksavat ja voivat paremmin. Kehittämistyössä on hyvä muistaa, että

pienikin kehitys voi olla myönteistä ja eteenpäin vievää. Valmiudet yhdessä kehittämiseen eivät synny työyhteisössä itsestään, vaan esimiestä tarvitaan kannustamaan ja ohjaamaan uusien työtapojen löytämiseen. (Mäkisalo-Ropponen 2016, 83–85.)

Vaaratapahtumien pohjalta tehtyjen toimenpide-ehdotusten ja suositusten tulee johtaa esimerkiksi työympäristön tai laitteistojen parannuksiin, henkilöstön lisäkoulutukseen tai perehdytykseen, työkäytäntöjen muutoksiin tai erilaisten varmistusmenettelyjen lisäämisiin. Myös toimintayksikön sisäisen toiminnan lisäksi on syytä muistaa, että eri toimintayksiköiden välinen yhteistyö on suotavaa. Näin vastaavia vaaratapahtumia voidaan tulevaisuudessa välttää ja hallita paremmin ja kertyneestä tiedosta voi hyötyä organisaation muutkin toimijat. (THL 2011, 29.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja kehittää potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä HaiPro-järjestelmässä kohdeorganisaatiossa. Opinnäytetyön tavoitteena on

1. Laatia ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn kohdeorganisaation hoitotyön esimiehille
2. Jalkauttaa ohje esimiesten käyttöön

6 Opinnäytetyön esittely

6.1 Opinnäytetyön aiheen perustelu

Sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen että päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistuksen yhtenä tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta Suomessa. Uudistuksien myötä erityistä osaamista vaativia erikoissairaanhoidon tehtäviä kootaan isompiin yksiköihin tinkimättä laadukkaista lähipalveluista. Erikoissairaanhoidon työnjako Suomen viiden yliopistollisen keskussairaalan välillä uudistuu siten, että tiettyjä toimintoja keskitetään tiettyihin yksiköihin. Kattava ympärivuorokautinen erikoisalapäivystys keskitetään 12 sairaalaan, joista viisi on yliopistollisia sairaaloita. Kuhunkin sairaalaan tulee vähintään kymmenen eri erikoisalalan lääkäreitä ja sosiaalipäivystyksen ammattilaiset. Näin turvataan valmius vaativien tilanteiden laadukkaaseen ja turvalliseen hoitoon. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä Siun sote, on yksi Suomen 12 laajan päivystyksen sairaaloista. (Valtioneuvosto 2017.) Organisaatiot ovat toimintatapoineen ja rutiineineen jatkuvan muutoksen alla. Tämä luo haasteen turvallisuuden hallinnalle. Turvallisuuden eteen täytyy tehdä jatkuvaa työtä ja erilaisiin muutosprojekteihin olisi kytkettävä myös potilasturvallisuuden näkökulma ja riskien arviointi. (Reiman & Oedewald 2009, 58–59.)

Aejmelaesus & Kaila (2016) muistuttavat, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa suurissa muutoksissa ja taloudellisesti tiukassa tilanteessa ei potilasturvallisuus saa unohtua. Muutoksen tuulissa henkilöstö on usein stressaantunut, jolloin he eivät tuota hyvää hoitoa sen paremmin kuin hyvää hoivaakaan. Laadukkaalla muutosjohtamisella ja henkilöstöjohtamisella saadaan aikaan hallittua mutta tarpeellista muutosta. Perustehtävän hoitamisessa johtajan paras työkalu on osaava, hyvinvoiva ja motivoitunut henkilöstö. (Aejmelaesus & Kaila 2016, 203.)

Siun soten organisaatiomuutoksen myötä potilasturvallisuus on tärkeä tekijä, jotta organisaation strategiassa asetettu tavoite vaikuttavasta, laadukkaasta ja turvallisesta hoidosta sekä palvelusta toteutuu (Siun sote 2016, 7). Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro on organisaatiomuutoksen myötä otettu entistä laajemmin käyttöön kuntayhtymän alueella. Siun soten kaikilla toimialueilla on siis käytössä yhteinen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, josta saadaan tietoa koko organisaation potilasturvallisuuden tilasta.

Opinnäytetyön aihe on siis ajankohtainen niin alueellisesti kuin valtakunnallisesti. Opinnäytetyöstä saatavan tiedon perusteella voidaan esimerkiksi painottaa potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn koulutuksessa niitä asioita ja ongelmakohtia, joita tässä opinnäytetyössä on tullut esille. Opinnäytetyössä laadittavaa potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyohjetta voidaan hyödyntää kaikilla Siun soten toimialueilla.

6.2 Kohdeorganisaation kuvaus

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän, Siun soten, perustehtävänä on järjestää yhdenvertaisilla periaatteilla alueen väestölle ne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka lainsäädäntö määrittää. Siun sote järjestää myös pelastustoimen palvelut, ympäristöterveydenhuollon palvelut, leirintäalueviranomaistehtävät jäsenkuntien puolesta, niiltä osin kuin kunnat ovat antaneet edellä mainitut tehtävät Siun soten hoidettavaksi. (Siun sote 2017b.)

Siun sote on jaettu kolmeen toimialueeseen: terveys- ja sairaanhoitopalvelut, ikäihmisten palvelut ja perhe- ja sosiaalipalvelut. Terveys- ja sairaanhoitopalvelut sisältävät neljä palvelualueetta, jotka ovat keskussairaalapalvelut, vastaanotopalvelut, kuntoutuspalvelut ja työterveyshuolto. Keskussairaalapalvelut jaetaan neljään klinikkaryhmään: kliiniset palvelut, konservatiivinen klinikkaryhmä, operatiivinen klinikkaryhmä ja psykiatrian klinikkaryhmä. (Siun sote 2017c.)

Tässä opinnäytetyössä kohderyhmänä ovat Siun soten keskussairaalapalvelujen hoitotyön esimiehet, jotka työssään käsittelevät potilasturvallisuusilmoituksia.

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro on otettu käyttöön Pohjois-Karjalan keskussairaalassa vuonna 2007. Järjestelmän käytön laajentuessa sairaanhoitopiirin alueelle, jokainen Pohjois-Karjalan kunta otti sen käyttöön asteittain. Järjestelmä on aiemmin ollut käytössä sairaanhoitopiirissä terveydenhuollon palveluissa sekä joissain sosiaalihuollon palveluissa. Siun soten vuoden 2017 alussa voimaan tulleen organisaatiomuutoksen myötä tavoitteena on laajentaa ja ulottaa HaiPro-järjestelmän käyttö myös sosiaalipalvelujen yksiköihin, jossa järjestelmä ei vielä aiemmin ole ollut käytössä. (Siun sote 2017a.)

7 Kehittämistyön vaiheet

7.1 Suunnitteluvaihe

Opiskelija otti yhteyttä Siun soten Kehittämisyksiköön, jossa opinnäytetyötä ideoitii yhdessä Kehittämisyksikön edustajan kanssa ja opinnäytetyölle tuli toimeksianto maaliskuussa 2017. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupahakemus lähetettiin Siun sotelle ja tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin toukokuun 2017 lopussa.

Tutkimusluvan jälkeen alkoi osallistavan toiminnan suunnittelu kehittämistyöhön sekä saatekirjeen laadinta, jolla opinnäytetyöstä tiedotettaisiin kohdeorganisaation esimiehiä. Vilkan (2015) mukaan saatekirje on osa tutkimusta, ja se saattaa vaikuttaa koko tutkimuksen onnistumiseen. Saatekirjeen perusteella myös tutkitavat joko osallistuvat tutkimukseen tai sitten eivät. Saatekirjeen avulla tutkija

voi perustella tutkimuksensa tärkeyttä ja motivoida tutkittavia mukaan tutkimukseen. Saatekirjeessä tulee myös käydä ilmi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät menetelmät. Yleinen periaate on, että saatekirjeessä tutkimuksesta tulee antaa niin paljon asianmukaista tietoa, että kohderyhmään kuuluvat voivat saatuun tietoon perustuen päättää osallistuvatko he tutkimukseen. (Vilkkä 2015, 189-192.)

Lupa osallistavaan toimintaan kysyttiin Siun soten keskussairaalapalveluiden jokaisen neljän klinikkaryhmän ylihoitajalta. Ylihoitajille lähetettiin sähköpostitse tiedote 6.6.2017 opinnäytetyöstä ja sähköpostin liitteenä oli saatekirje (liite 1). Saatekirjeessä ylihoitajilta kysyttiin, saavatko esimiehet käyttää työaikaansa osallistavaan kehittämistoimintaan kesäkuussa 2017 ja syyskuussa 2017. Osallistavaan kehittämistoimintaan suunniteltiin käytettävän työaika yhteensä neljä tuntia, eli kaksi tuntia kummallakin kerralla. Kolme ylihoitajaa antoi luvan esimiesten osallistumiseen opinnäytetyön kehittämistoimintaan työajalla ja yhdeltä klinikkaryhmältä ei tullut vastausta määräaikaan mennessä. Tämän kyseisen klinikkaryhmän hoitotyön esimiehiä ei kutsuttu osallistavaan kehittämistoimintaan kummallakaan kerralla.

Seuraavaksi opinnäytetyöntekijä lähetti luvan saaneille klinikkaryhmien osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille sähköpostin 7.6.2017, jossa oli tiedote opinnäytetyöstä ja osallistavasta kehittämistoiminnasta sekä liitetiedostona saatekirje (liite 2) ja kyselylomake (liite 3). Kutsut osallistavaan kehittämistoimintaan lähetettiin niille esimiehille, jotka toimivat osallistumisluvan saaneiden klinikaryhmien yksiköissä. Ilmoitusten käsittelijät selvitettiin HaiPro-järjestelmän roolistasta, Siun soten Kehittämisyksikön toimesta. Kutsuja osallistavaan toimintaan lähetettiin yhteensä 29 kappaletta ja saatekirjeessä esimiehiä pyydettiin vastaamaan sähköpostin mukana olleeseen taustakyselyyn. Kyselylomake pyydettiin lähettämään täytettynä opinnäytetyön tekijälle 20.6.2017 mennessä. Kyselyvastauksia toivottiin vain niiltä esimiehiltä, jotka aikoivat osallistua myös osallistavaan toimintaan ensimmäisellä tapaamiskerralla. Kyselylomakkeessa oli viisi avointa kysymystä, joihin vastaajia pyydettiin vastaamaan. Kyselylomaketta ei testattu ennakoon. Esimiehiä pyydettiin ilmoittautumaan ensimmäiseen

27.6.2017 järjestettävään osallistavaan kehittämistoimintaan 20.6.2017 mennessä opinnäytetyön tekijälle. Ilmoittautumisen yhteydessä esimiehille ilmoitettiin tapaamispaikka.

Ensimmäisen osallistavan kehittämistoiminnan tavoitteena oli kerätä tietoa esimiehiltä haasteellisista tai ongelmallisista kohdista potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä. Tavoitteena oli jäsentää haaste- tai ongelmakohtia ja perehtyä niiden syihin. Osallistavana menetelmänä käytettiin kalanruotokaaviota, josta kerätyn tiedon pohjalta oli tavoite laatia potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyohje.

Toinen osallistava kehittämistoiminta järjestettiin suunnitelman mukaan syksyllä 2017. Kutsut toiseen osallistavaan kehittämistoimintaan lähetettiin samoille esimiehille kuin ensimmäisellä kerralla. Kutsuja lähetettiin yhteensä 29 kappaletta. Kutsut lähetettiin sähköpostitse saatekirjeineen (liite 4), jossa oli tiedote opinnäytetyöstä ja osallistavasta kehittämistoiminnasta. Sähköpostiviestissä pyydettiin esimiehiä ilmoittautumaan osallistavaan kehittämistoimintaan 31.8.2017 mennessä. Toisen tapaamisen tavoitteena oli käydä potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä konkreettisesti läpi kuuden potilasturvallisuusilmoitusesimerkin pohjalta yhteisöllisesti. Opinnäytetyöntekijä laati esimerkki-ilmoitukset ennakkoon organisaation HaiPro-järjestelmän Testi-yksikköön ennen tapaamista ja niissä painotettiin niitä haaste- tai ongelmakohtia, joita oli tullut esille ensimmäisessä tapaamisessa. Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä hyödynnettiin laadittua potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohjetta. Yhteisöllisyyden avulla tavoiteltiin myös ajatusten, näkemysten ja ennen kaikkea kokemusten jakamista osallistujien kesken.

Kehittämistyön onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että uusien menettelytapojen suunnitteluun ja toteutukseen saavat osallistua kaikki ne, joiden työtä muutokset koskettavat. Suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen on paras tapa saada henkilöt sitoutumaan muutokseen. Ongelmaksi voi joskus muodostua se, miten heidät saadaan irrotettua päivittäisistä työtehtävistä uuden suunnit-

teluun. (Lecklin & Laine 2009, 185.) Siun soten hoitotyön esimiesten osallistuminen osallistavaan kehittämistoimintaan ja taustakyselyyn vastaaminen olivat vapaaehtoisuuteen perustuvia. Heille luvattiin, että heidän nimiään, työyksikön tai klinikkaryhmän tietoja ei opinnäytetyön raportoinnissa tuoda esille. Esimiehet saivat käyttää osallistavaan kehittämistoimintaan työaikaa, joka osaltaan vaikutti osallistujamäärään.

7.2 Toteutusvaihe

Opinnäytetyössä käytetään tutkimuksellista kehittämistyön menetelmää. Opinnäytetyön prosessi ja aikataulu ovat esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessi ja aikataulu tässä opinnäytetyössä (mukaillen Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 24).

7.2.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Tutkimuksellinen kehittämistyön menetelmä tukee käytännön työelämästä nousseiden ongelmien ratkaisua, uudistaa käytäntöjä ja luo uutta tietoa työelämän tarpeisiin. Kehittämisen tueksi kerätään tietoa sekä käytännöstä että teoriasta sekä käytetään monipuolisesti erilaisia menetelmiä. Aktiivinen vuorovaikutus on tutkimuksellisessa kehittämistyössä tärkeää. (Ojasalo ym. 2014, 17–19.)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä korostuu suunnittelu ja suunnitelman mukaisen etenemisen hallinta. Kehittämistyössä raportoidaan kuvauksien avulla lähtökohdat ja tavoitteet, työmuodot ja työn eteneminen sekä lopputulokset. (Ojasalo ym. 2014, 20.) Pääpaino raportoimisessa on kehittämistehtävän, tietoperustan ja kehittämisprosessin tarkassa kuvaamisessa, tulosten selittämisessä ja arvioinnissa (Ojasalo ym. 2014, 46–47). Tässä opinnäytetyössä edetään tehdyn tutkimussuunnitelman mukaisesti ja raportoinnissa pyritään selkeään mutta informatiiviseen lopputulokseen. Raportoinnissa pyritään mahdollisimman tarkasti kuvaamaan kehittämistyön vaiheet, jotta kehittämistyö ja sen eteneminen tulisivat kirjoitettua auki läpinäkyvästi ja näin tuloksetkin olisivat myös luotettavia.

Keskeistä kehittämistyössä on menetelmien monipuolinen käyttö, sillä eri menetelmillä saadaan kehittämistyön tueksi tietoa ja näkökulmia ja ideoita. Tyypillistä kehittämistyössä on käyttää yhteisöllisiä menetelmiä, silloin kun kehitetään asiantuntijatyötä. (Ojasalo ym. 2014, 40.) Tämän opinnäytetyön osallistavan kehittämistoiminnan toteuttamisessa käytettiin kyselylomaketta, kalanruotokaaviota sekä yhteisöllistä ideointimenetelmää. Lisäksi opinnäytetyössä yhtenä menetelmänä käytettiin dokumenttianalyysiä. Käytettyjen menetelmien vuoksi opinnäytetyössä on sekä määrällisen (kvantitatiivinen) että laadullisen (kvalitatiivinen) tutkimuksen piirteitä.

7.2.2 Alkutilanteen kartoitus

Yksi tiedonkeruumenetelmistä on kysely, jossa vastaajat muodostavat otoksen tai näytteen tietyistä perusjoukosta. Kun kysely on laadittu suunnitellusti ja huolella, se tehostaa tutkimuksen onnistumista. Kyselyn kysymyksiä voidaan laatia monella tavalla, mutta yhtenä vaihtoehtona ovat avoimet kysymykset. Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja jätetään tilaa vastaajalle vastausta varten. Avoimilla kysymyksillä voidaan saada esiin näkökulmia, joita tutkija ei etukäteen osannut ajatella. Näin avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään kysytystä aiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193–201.)

Tässä opinnäytetyössä kerättiin kehittämistoimintaan osallistuvilta esimiehiltä kyselylomakkeen avulla taustatietoja. Kyselylomakkeessa oli viisi avointa kysymystä, jotka olivat suunniteltu auttamaan ensimmäiseen kehittämistoimintaan suunnitellun kalanruotokaavion valmistelussa. Kyselyvastaukset kerättiin nimettöminä ja ilman työyksikön tai klinikkaryhmän tietoja. Kyselylomake lähetettiin 29 esimiehelle ja vastauksia saatiin yhteensä kuusi kappaletta. Kyselyn vastaukset on avattu tämän opinnäytetyön tuloksissa.

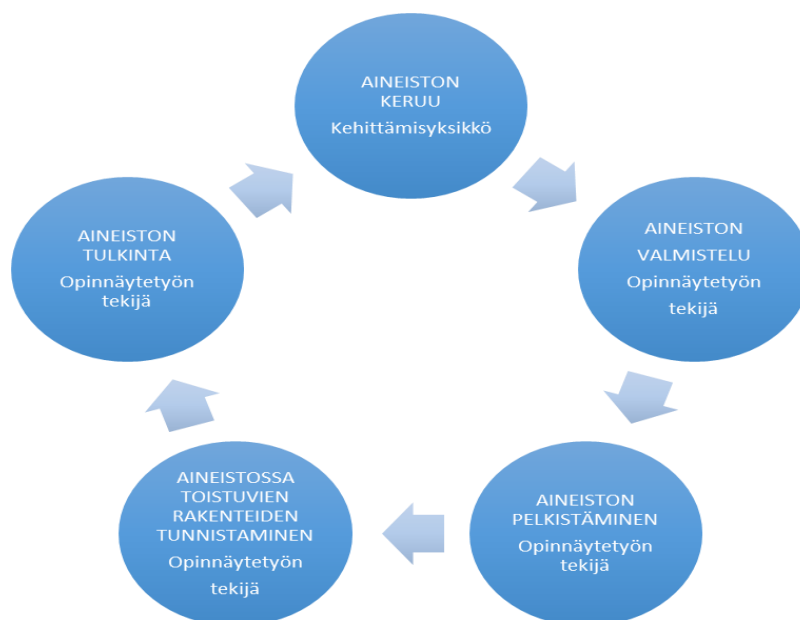
7.2.3 Dokumenttianalyysi

Dokumenttianalyysissä erilaisiin tarkoituksiin työelämässä tuotetut dokumentit tuovat käyttökelpoista tietoa kehittämistyöhön ja sen kohteeseen. Dokumentteja voivat olla esimerkiksi muistiot, pöytäkirjat, tilastot ja rekisterit. Dokumenttianalyysiä käytetään yhdistettynä muihin tiedonkeruu menetelmiin, jolloin sen avulla saadaan lisänäkökulmaa kehitettävään kohteeseen. (Ojasalo ym. 2014, 43.)

Tässä opinnäytetyössä kerättiin vaaratapahtumien raportointijärjestelmän HaiPron tilastoja vuosilta 2015 ja 2016 koskien Siun soten keskussairaalapalveluiden potilasturvallisuusilmoituksia. Tilastot keräsi Siun soten Kehittämisyksikkö, joka luovutti tiedot 13.6.2017. Tilastoissa painotettiin potilasturvallisuusilmoi-

tusten määrää, tapahtumaluonnetta, tapahtumatyyppiä, seurauksia tapahtumasta niin potilaalle kuin henkilöstöllekin, riskiluokkaa, tapahtumaolosuhteita ja niiden myötävaikuttavia tekijöitä sekä toimenpide-ehdotuksia ja suunniteltuja kehittämistoimia. Tilastoista poimittiin myös potilasturvallisuusilmoitusten keskimääräiset reagointi- ja käsittelyajat. Tilastot koottiin Siun soten keskussairaalapalveluiden alueelta yksilöimättä yksiköitä tai edes klinikkaryhmiä.

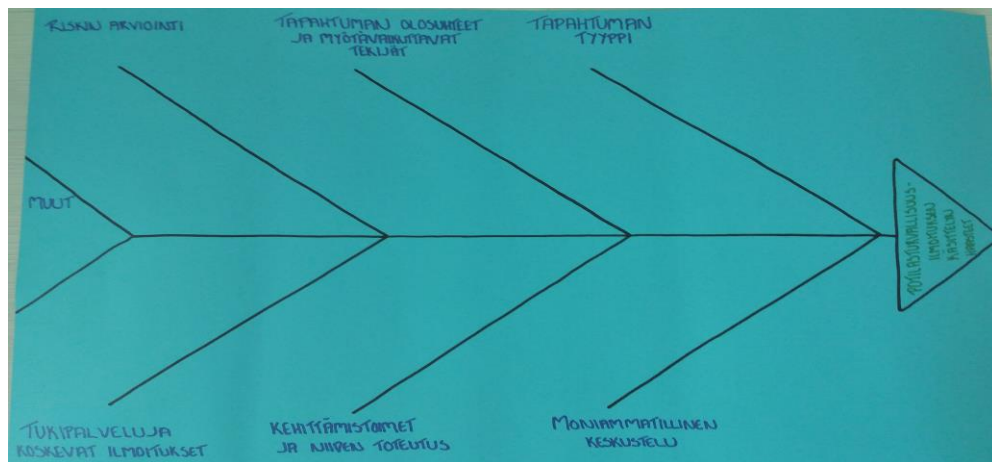
Tilastojen analysoinnissa käytetään sisällönanalyysiä, jolla kuvataan tilastojen sisältöä sanallisesti ja tunnistetaan niiden merkityksiä (Ojasalo ym. 2014, 137). Opinnäytetyön dokumenttianalyysin vaiheet on kuvattu kuviossa 2. Kaikkiin kuviossa 2 oleviin vaiheisiin kuuluu myös keskeisesti kriittinen tarkastelu, jolloin tavoitteena on tunnistaa ja korjata vaiheiden toteuttamisessa ja niiden tuloksissa mahdollisesti esiintyviä virheitä tai vääristymiä. Näin toimimalla myös pyritään parantamaan tämän opinnäytetyön tulosten laatua ja luotettavuutta.



Kuvio 2. Dokumenttianalyysin vaiheet tässä opinnäytetyössä (mukaillen Ojasalo ym. 2014, 138).

7.2.4 Osallistava kehittämistoiminta

Ensimmäiseen osallistavaan kehittämistoimintaan kutsuttiin 29 esimiestä ja kehittämistoimintaan ilmoittautui viisi esimiestä eli 17,2 % kutsutuista esimiehistä. Osallistavaan kehittämistoimintaan lopulta osallistui kuusi esimiestä, joista yksi ei ollut vastannut taustakyselyyn ennakoon. Kehittämistoiminnan menetelmänä ensimmäisessä tapaamisessa käytettiin kalanruotokaaviota (kuva 4).



Kuva 4. Kalanruotokaavio (Kuva: Johanna Roivas).

Kalanruotokaavio eli niin sanottu syy- ja seurausanalyysi on menetelmänä aivo-riihityyppinen. Se soveltuu hyvin ryhmässä tehtävään ongelmanratkaisuun tai muuhun ryhmässä ideointiin. Kalanruotokaavion piirtäminen aloitetaan määrittämällä ongelma tai tehtävä, joka kirjoitetaan kaavion oikeaan reunaan. Tämän jälkeen kaavioon piirretään niin sanottu selkäruoto ja siihen poikkiruodot, joihin ryhmitellään ongelman perussyt. Perussyitä voivat olla esimerkiksi ihmiset, ympäristö, materiaalit, menetelmät, koneet tai tiedot. Kun perussyt on määritetty, kirjataan kaavioon ongelmia, jotka ryhmitellään perussyiden mukaan. (Lecklin & Laine 2009, 201–202.) Opinnäytetyössä käytettävässä kalanruotokaaviossa tehtävänä oli määrittää potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn haasteita. Perussyitä kalanruotokaavioon oli piirretty seitsemän kappaletta. Perussyt olivat tapahtuman tyyppi, tapahtuman olosuhteet ja myötävaikuttavat tekijät, riskin arviointi, tukipalveluja koskevat ilmoitukset, kehittämistoimet ja niiden toteutus, moniammatillinen keskustelu sekä muut. Perussyt kalanruotokaavioon opinnäytetyön tekijä valitsi taustakyselystä esiin nousseista haaste- ja ongelmakoh-

dista potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyssä. Osallistujat kirjoittivat näkemyksiään jokaisen perussyyn kohdalle post it – lapuilla, jotka kiinnitettiin kaavioon sarakkeisiin.

Kerätty tutkimusaineisto on tarkoituksenmukaista myös kirjoittaa puhtaaksi sanallisesti eli litteroida. Litterointi voidaan tehdä koko aineistosta tai valikoiden esimerkiksi teemojen mukaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Litteroinnin idea on muuntaa kerätty aineisto muotoon, jolloin sitä voi tutkia ja analysoida. Litterointi on työläs vaihe, mutta samalla se lisää tutkijan vuoropuhelua tutkimusaineiston kanssa. Litterointi auttaa myös aineiston ryhmittelyssä ja luokittelussa. Aineiston suoraan muuntaminen tekstiksi ei kuitenkaan riitä, vaan litterointi edellyttää myös litterointisymbolien käyttämistä. (Vilkka 2015, 137–138.) Kalanruotokaavioon saadut tiedot litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi taulukkoon. Aineisto ryhmiteltiin kalanruotokaavioiden sarakkeiden mukaan. Opinnäytetyön tekijä litteroi koko kalanruotokaavioon saadun aineiston, eli kaikki osallistujien kirjoittamat post it-laput. Kun aineisto oli litteroitu taulukkoon, alkuperäisilmaukset pelkistettiin alaluokiksi. Aineistossa toistuvia sisältöjä symboloitiin eri värejä käyttämällä. Tämän jälkeen alaluokat pelkistettiin yläluokiksi. Kalanruotokaavion litterointi ja sisällön analysointi on kokonaisuudessaan tämän opinnäytetyön liitteenä (liite 5). Kalanruotokaavion avulla saadut tiedot ovat tämän opinnäytetyön tuloksissa.

7.2.5 Työkalun laadinta

Konstruktiiivinen tutkimus (constructive research) on lähestymistapa, jonka tavoitteena on käytännön ongelman ratkaisu luomalla uusi konstruktio eli konkreettinen tuotos, esimerkiksi ohje, käsikirja, malli tai suunnitelma. (Ojasalo ym. 2014, 37–38.) Tätä lähestymistapaa käytettiin opinnäytetyössä, koska yhtenä tavoitteena oli laatia ohje esimiehille potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn.

Ensimmäisen osallistavan kehittämistoiminnan jälkeen opinnäytetyön tekijä laati potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohjeen. Ohjeessa painotettiin erityisesti niitä asioita, jotka tulivat esille kalanruotomenetelmää käyttäen. Ohje tehtiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla ja ohjeen pohjana oli Siun soten työohjeen mal-

lipohja. Ohjeen alkuun kirjattiin yleistä tietoa potilasturvallisuusilmoituksen käsittelystä ja siitä, miten HaiPro-järjestelmään päästään kirjautumaan sisään. Ohjeeseen otettiin HaiPro-järjestelmästä leikkaustyökalun avulla kuvakaappauksia, jotka ohjaavat ohjeen lukijaa vaihe vaiheelta potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyssä. Kuvakaappaukset otettiin potilasturvallisuusilmoituksesta, joka oli tätä kyseistä ohjetta varten tehty kohdeorganisaation HaiPro järjestelmään, niin kutsuttuun Testi-yksikköön. Kuvakaappauksissa käytetyn potilasturvallisuusilmoituksen tapahtuman kuvaus oli keksitty, eikä sillä ollut totuus pohjaa kohdeorganisaation muihin potilasturvallisuusilmoituksiin. Otettuihin kuvakaappauksiin lisättiin tekstiä, joilla tarkennettiin jokaista käsittelyn vaihetta.

Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohjeen tarkasti Siun soten Kehittämisyksikön edustaja. Käsittelyohje julkaistiin Siun soten intra-netissä, josta se on kaikkien Siun soten työntekijöiden saatavilla. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje on tämän opinnäytetyön liitteenä (liite 6).

7.2.6 Työkalun jalkauttaminen esimiesten käyttöön

Toiseen osallistavaan kehittämistoimintaan kutsuttiin 29 esimiestä ja kehittämistoimintaan ilmoittautui 12 esimiestä eli 41,3 % kutsutuista esimiehistä. Osallistavaan kehittämistoimintaan osallistui lopulta kymmenen esimiestä eli 34,5 % kutsutuista esimiehistä. Kehittämistoiminnan menetelmänä käytettiin yhteisöllistä ideointimenetelmää. Yhteisöllisiä ideointimenetelmiä on lukuisia ja niiden käyttö on levinnyt erilaisten yritysten ja organisaatioiden kehittämistyöhön laajasti. Tyypillistä yhteisöllisille ideointimenetelmille on, että joukko ihmisiä luo yhdessä uusia näkökulmia jollakin luovuutta tukevalla menetelmällä. Tällaisessa menetelmässä rohkaistaan kaikkia ilmaisemaan ajatuksiaan, ilman kritiikkiä. Tavoitteena on saada mahdollisimman laajasti ideoita. (Ojasalo ym. 2014, 44–45.)

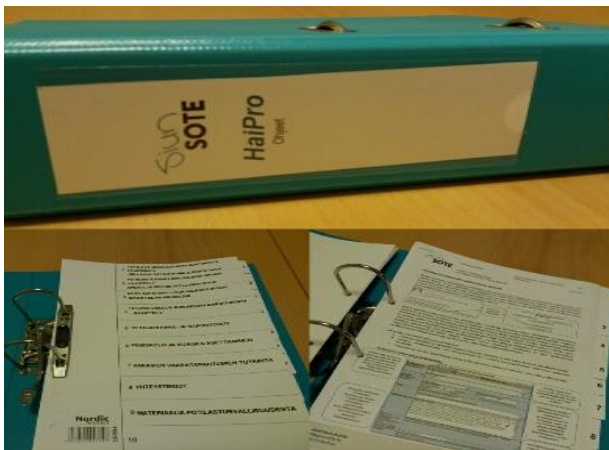
Toisen osallistavan kehittämistoiminnan osallistajat jaettiin kahteen ryhmään, jolloin ryhmiin osallistujia oli viisi. Molemmissa ryhmissä käsiteltiin kolme potilasturvallisuusilmoitusta, jotka opinnäytetyön tekijä oli laatinut organisaation käytössä olevaan HaiPro-järjestelmän Testi-yksikköön ennakkoon. Yhteiseen käsittelyyn ryhmälle oli varattu aikaa noin 30 minuuttia. Kun ryhmät olivat saaneet potilasturvallisuusilmoitukset käsiteltä, ne käsiteltiin vielä yhdessä opinnäytetyön tekijän ollessa kirjaajana. Potilasturvallisuusilmoitukset käsiteltiin niin sanotussa Testi-yksikössä HaiPro-järjestelmässä, jolloin käsittelystä muodostui todellinen kuva. Ryhmillä oli mahdollisuus kommentoida käsittelyä, jakaa kokemuksia ja näkemyksiä sekä antaa vinkkejä toisille hyväksi kokemistaan käsittelymenetelmistä.

Kehittämistoiminnassa syntyneiden tulosten tai tuotosten levittäminen voidaan nähdä omana prosessinaan tai kytkeä osaksi olemassa olevaa kehittämisprosessia. Levittämällä pyritään saattamaan kehittämistoiminnassa syntynyt tulos tai tuotos mahdollisimman monen toimijan käyttöön. Kehittämistoiminnassa mukana olleet toimijat saavat usein jo kehittämisprosessin aikana syntyneen tuloksen tai tuotoksen käyttöönsä, jolloin erillistä levittämistä ei juuri tarvita. (Toikko & Rantanen 2009, 86–87.) Tämän opinnäytetyön tuotos on potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyohje. Opinnäytetyön toisena tavoitteena oli jalkauttaa ohje osallistavaan kehittämistoimintaan osallistuneiden esimiesten käyttöön. Laadittu ohje oli julkaistu jo ennen toista osallistavaa kehittämistoimintaa Siun soten Kehittämisyksikön toimesta. Laadittu ohje oli käytössä toisessa osallistavassa kehittämistoiminnassa ja se omalta osaltaan tuki esimiesten toimintaa potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä. Ohje toimi ikään kuin osallistavan kehittämistoiminnan perustana.

Toisen osallistavan kehittämistoiminnan oli tarkoitus tukea esimiesten ensimmäisessä osallistavassa kehittämistoiminnassa toivomaa potilasturvallisuusilmoitusten yhteistä käsittelyä. Toisesta osallistavasta kehittämistoiminnasta ei kerätty tähän opinnäytetyöhön mitään aineistoja vaan kehittämistoiminnan tarkoitus oli antaa esimiehille mahdollisuus ja kokemus potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä yhdessä sekä jakaa ajatuksia ja näkemyksiä siihen liittyen. Ylei-

sesti ottaen potilasturvallisuusilmoitusten yhteinen käsittely koettiin hyväksi ja avartavaksi tapahtumaksi, jossa esimiehet saivat yhdessä pohtia esimerkki-ilmoitusten avulla potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyä. Osallistavassa kehittämistoiminnassa syntyi keskustelua potilasturvallisuusilmoitusten kirjavista käsittelytavoista organisaation sisällä.

Toisen osallistavan kehittämistoiminnan lopuksi osallistuneiden kesken arvottiin HaiPro-kansio (kuva 5), johon opinnäytetyön tekijä oli koonnut potilasturvallisuuden liittyvää materiaalia sekä HaiPro-järjestelmän ohjeita. Kansioon kootut ohjeet ja muut materiaalit olivat sekä Siun soten Kehittämisyksikön laatimia että Awanic Oy:n laatimia. HaiPro-kansio tehtiin ylimääräisenä tuotoksena, eikä tätä kansion tekemistä ollut suunniteltu etukäteen.



Kuva 5. Opinnäytetyön tekijän kokoama HaiPro-kansio (Kuva: Johanna Roivas).

7.3 Arviointivaihe

Kehittämistyön arviointia tehdään koko prosessin ajan. Prosessin alusta saakka arviointi suuntaa kehittämistyötä. Loppuarviointi puolestaan osoittaa, miten työssä onnistuttiin. Arvioinnin kuuluu olla suunnitelmallista tiedonkeruuta ja kerätyn tiedon analysointia. Arvioinnin pätevyys edellyttää tavoitteiden ja panosten

sekä prosessin ja aikaansaannosten tunnistamista ja tarkkaa kuvaamista. (Ojasalo ym. 2014, 47–48.)

Opinnäytetyön aihe nousi osin omasta kiinnostuksestani potilasturvallisuutta kohtaan, mutta opinnäytetyön tekemisen mahdollisti Siun soten Kehittämisyksikkö. Minulla on omaa kokemusta sekä potilasturvallisuusilmoituksen tekemisestä sekä niiden käsittelemisestä HaiPro-järjestelmässä. Olen toiminut kohdeorganisaatiossa myös HaiPro-järjestelmän toisena ylläpitäjänä, joten järjestelmän rakenne ja sen mahdollisuudet ja hyödynnettävyys ovat konkretisoituneet työelämän myötä. Aiheen ajankohtaisuus on vahvistunut opinnäytetyöprosessin aikana, sillä Sote-uudistus ja sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvat säästöt puhuttavat. Myös niiden vaikutus potilasturvallisuuteen on ollut esillä monessa yhteydessä. Mielipiteeni on, että tehokkaasti hyödynnetyllä vaaratapahtumien raportointijärjestelmällä ja oikealla potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyllä saadaan aikaan organisaatiossa potilasturvallisuuskulttuurin kohenemistä sekä tietoisuuden lisäämistä. Potilasturvallisuusilmoitusten käsittely on osa yksiköiden esimiesten työtä, mutta raportoiduista vaaratapahtumista kertyvän tiedon perusteella voitaisiin vielä enemmän kehittää toimintaa turvallisemmaksi.

Opinnäytetyön prosessi on ollut mielenkiintoinen ja vahvistanut sekä kehittänyt omia tiedonhankinta- ja organisointitaitojani sekä vastuunottoa yhteisön tavoitteellisesta toiminnan suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Opinnäytetyössä haastavaa oli lähteä kehittämään esimiesten työtä, vaikka itse en ole työskennellyt esimiesasemassa. Kuitenkin kiinnostus ja innostus kehittämisen kohteesta ja vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöosaaminen on vienyt opinnäytetyön prosessia eteenpäin. Menetelmänä tutkimusavusteinen kehittämistyö oli minulle uusi. Opinnäytetyön runko toteutui hyvin tutkimusavusteisen kehittämistyön luonteen mukaisesti. Opinnäytetyön prosessi toteutui suunnitellusti ja aikataulussa pysyttiin suunnitelman mukaisesti.

Kehittämistoimintaan osallistuneita esimiehiä tavoiteltiin ensimmäiseen tapamiseen 5-10 henkilöä. Kehittämistoimintaan osallistui lopulta kuusi esimiestä, jolloin tavoite osallistujamäärästä täyttyi. Kutsuin molempiin osallistaviin toimintoihin 29 esimiestä. Oletettavaa oli, etteivät kaikki kutsutut esimiehet halua tai

pysty osallistumaan kehittämistoimintaan. Osittain osallistujamäärää vähensi myös ensimmäisen tapaamisen ajankohta, jolloin osa esimiehistä oli jo kesälo-malla. Toiseen osallistavaan toimintaan toivottiin osallistuvan 10–20 esimiestä. Kehittämistoimintaan osallistui lopulta 10 esimiestä, joten tavoite osallistujamää-rästä täyttyi myös toisen osallistavan kehittämistoiminnan osalta.

Kehittämistoiminnassa osallisena olleet esimiehet toivat omilla kokemuksillaan ja näkemyksillään paljon arvokasta tietoa tähän opinnäytetyöhön. Kehittämis-toimintaan osallistuneet esimiehet olivat aiheesta kiinnostuneita ja heidän kan-saan oli luontevaa ja helppoa työskennellä. Kehittämistoiminnassa käytetyt me-netelmät valittiin niin, että ne tukevat tutkimusavusteista kehittämistyön mene-telmää. Menetelmävalinnoissa painopiste oli vuorovaikutteisissa ja yhteisöllisis-sä menetelmissä, jotta asiantutijatyötä saadaan kehitettyä mahdollisimman pal-jon. Menetelmiä tässä opinnäytetyössä käytettiin melko monipuolisesti ja se tuotti kehittämistyön tueksi tietoa, näkökulmia ja ideoita. Menetelmävalinnat osoittautuivat sopiviksi ja niitä saatiin hyödynnettyä hyvin. Menetelmävalintojen myötä opinnäytetyölle asetetut tarkoitus ja tavoitteet myös täyttyivät.

Kehittämistoimintaan osallistuneiden esimiesten, heidän työyksiköiden ja klinik-karyhmien tiedot pysyivät salassa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olen käsi-tellyt taustakyselyn vastauksia luottamuksellisesti ja tuonut taustakyselyn vas-taukset esille niin, että niistä ei tunnista osallistuneita esimiehiä. Myös osallista-vissa kehittämistoimissa olleiden esimiesten henkilöllisyyttä tai muita tietoa ei tule opinnäytetyön raportoinnissa esille.

Kyseisestä aihealueesta on paljon tutkimustietoa, joten tässä opinnäytetyössä ei juurikaan tuotettu uutta tietoa vaan saadut tutkimustulokset mukailevat hyvin paljon jo aiemmin julkaistujen tutkimuksien tuloksia. Esimiehille suunnatun taus-takyselyn vastaukset potilasturvallisuusilmoitusten haasteellisista kohdista vas-tasivat hyvin kalanruotokaavion avulla saatuja vastauksia. Kalanruotokaavion avulla pystyttiin kuitenkin perehtymään tarkemmin potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyn haasteellisiin kohtiin. Kalanruotokaavion käyttö osoittautui hyväksi menetelmäksi, kun halutaan perehtyä haasteellisiin prosessin kohtiin tarkem-

min. Laatimani ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn pohjautui osittain kalanruotokaavion tuottamaan tietoon.

Opinnäytetyön tuotos oli potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn ohje. Ohjeessa pyrin painottamaan ja avaamaan haasteellisiksi osoittautuneita käsittelyn osialueita. Laaditun ohjeen tarkasti Siun soten kehittämissyksikön edustaja, joka toimi opinnäytetyön työelämän edustajana. Ohjetta muokattiin tarvittavilta osin ja julkaistiin jo ennen tämän opinnäytetyön valmistumista. Ohje on kaikkien Siun soten organisaatiossa työskentelevien potilasturvallisuusilmoitusten käsittelijöiden sekä muiden työntekijöiden saatavissa Siun soten intrassa.

Dokumenttianalyysi antoi paljon tietoa kohdeorganisaation potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä ja siitä, millaisista tapahtumista ilmoituksia ylipäänsä tehdään. Dokumenttianalyysi toi faktatietoa kohdeorganisaation HaiPro-järjestelmään ilmoitetuista vaaratapahtumista ja loi hyvän pohjan opinnäytetyölle. Dokumenttianalyysistä nousi potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyn prosessista esiin kohtia, joissa kohdeorganisaation potilasturvallisuusilmoituksia käsittelevillä esimiehillä on vielä kehittämistä.

Koko opinnäytetyön prosessi opetti hyödyllisiä organisointi ja projektityönsaamisen taitoja. Olisin voinut saada enemmän osallistujia kehittämistoimintaan, jos olisin tiedottanut siitä paremmin. Pelkän sähköpostin käyttäminen kehittämistoiminnasta tiedottamisessa mahdollisesti vähensi osallistujien määrää. Toisaalta sähköpostin käyttäminen mahdollisti sekä tilavarauksien tekemisen että sujuvan ilmoittautumisen tapaamisiin.

8 Opinnäytetyön tulokset

8.1 Taustakyselyn tulokset

Opinnäytetyössä kerättiin kehittämistoimintaan osallistuvilta esimiehiltä kyselylomakkeen avulla taustatietoja. Kyselyvastaukset kerättiin nimettöminä ja ilman työyksiköiden tai klinikkaryhmien tietoja. Kyselylomake lähetettiin 29 esimiehelle ja vastauksia saatiin yhteensä kuusi kappaletta. Kyselylomakkeessa oli viisi kysymystä:

1. *"Kuinka kauan olet työskennellyt esimiehenä nykyisessä työyksyksäsi?"*
2. *"Kuinka kauan työhösi esimiehenä on kuulunut potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä HaiPro-ohjelmassa?"*
3. *"Oletko saanut perehdytystä potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn?"*
4. *"Minkä asian/mitkä asiat koet haasteellisena tai hankalana potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä?"*
5. *"Minkä asian/mitkä asiat koet hyvänä ja toimivina potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä?"*

Taustakyselyyn saaduista vastauksista kerätyn tiedon mukaan, lyhin työskentelyaika esimiehenä oli vastaajilla viisi kuukautta ja pisin oli yhdeksän vuotta. Vastajat olivat saatujen vastausten perusteella käsitelleet potilasturvallisuusilmoituksia yhdestä vuodesta jopa 15 vuoteen. Tässä huomattavaa on, että HaiPro-järjestelmä on ollut käytössä Siun sotessa vuodesta 2007 lähtien. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat saaneet perehdytystä potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn.

Neljannen kysymyksen alkuperäiset vastaukset olivat:

”Käsittelyyni tulevat haiprot koskevat joskus VAIN muita ammattiryhmiä (esim. sihteerit, lääkärit), eikä hoitohenkilökuntaa, jonka esimiehenä toimin”

”Tukipalvelualueiden haiprojen käsittelyn. Moniammatillisen palaverin järjestäminen siten että siihen osallistuisi kaikista ammattiryhmistä.”

”Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät; olisi ehkä helpompi vastata avoimesti kuin tiettyjen osa-alueiden kautta. Koska joskus haittatapahtuma tuntuu, että se ei kuulu mihinkään ryhmään.”

”Koko talossa erilainen tapa käsitellä HAIPROT. Pitääkö lääkärin olla mukana vai EI? Käsittelyprosessi muutoin looginen.”

”Joskus tapahtumatyyppin löytäminen on haastavaa ja myös tapahtumaolosuhteet eivät aina ole yksiselitteiset.”

”Useinkaan ei ole mahdollista esittää lisäkysymyksiä ilmoituksen tekijälle, ja niinkin on käynyt, ettei lisäkysymyksiin tule vastausta. Ilmoitukset, joissa potilasturvallisuus ei ole vaarantunut, vaan kyse on lähinnä ilmoituksen tekijän ärsyyntymisestä syystä tai toisesta.”

Neljänteen kysymykseen saaduista vastauksista voidaan päätellä, että hankalia tai haasteellisia asioita potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyssä on useita. Yhtäläisyyttä vastauksissa löytyy tapahtuma olosuhteiden ja myötävaikuttavien tekijöiden löytämisessä. Neljänteen kysymykseen saatujen vastausten perusteella opinnäytetyön tekijä muotoili ensimmäisessä yhteisessä tapaamisessa käytettävän kalanruotokaavion.

Viidennen kysymyksen alkuperäiset vastaukset olivat:

”Sen että epäkohtiin voi esimiehenä puuttua juuri niihin mitä HAIPROJEN kautta saa tietää.”

”Kun ilmoituksen tekijä on esittänyt oman näkemyksensä miten tapahtuman olisi voinut estää, eli on pohtinut asiaa laajemmin. Tämä kohta voisi olla jopa pakollinen täyttää? Myötävaikuttavien tekijöiden laaja valikoima. Kätevä matriisi riskinarviointiin.”

”Asioihin voidaan puuttua asioina, ei henkilöinä. Ilmoituksen voi tehdä ilman henkilöitymistä. Moniammatillinen keskustelu on hyvää ja antaa mahdollisuuden toiseen näkökulmaan.”

”Yhdessä pohtiminen ja ratkaisun löytäminen.”

”Mielestäni on erittäin hyvä, että niitä tehdään ja ilmoitusten tekemisessä ollaan harjaannuttu. Myös itse käsittelijänä on oppinut näiden vuosien aikana paljon.”

”Ilmoitusten määrä on joillakin alueilla lisääntynyt. Haiprojen kautta saatu konkreettisia toimintamalleja ja muutoksia yksiköihin.”

Viidenteen kysymykseen saatuja vastausten perusteella voidaan todeta, että esimiehet kokevat potilasturvallisuusilmoitusten tekemisen ja niiden käsittelyn potilasturvallisuutta edistäväksi asiaksi. Esimiehet nostavat esille moniammatillisen keskustelun tarpeellisuuden ja sen, että yhdessä keskustelun avulla voidaan yhdessä oppia tapahtuneista ja suunnitella kehittämistoimenpiteitä.

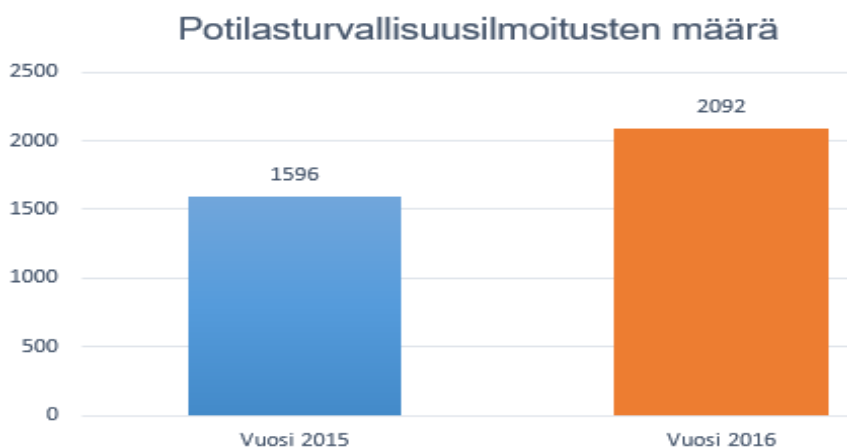
8.2 Dokumenttianalyysin tulokset

Opinnäytetyössä analysoitiin HaiPro -järjestelmän tilastoja vuosilta 2015 ja 2016, koskien Siun soten keskussairaalan palveluiden potilasturvallisuusilmoituksia. Tilastot keräsi Siun soten Kehittämisyksikkö. Tilastoissa painotettiin potilasturvallisuusilmoitusten määrää, tapahtumaluonnetta, tapahtumatyyppiä, seurauksia tapahtumasta niin potilaalle kuin henkilöstöllekin, riskiluokkaa, tapahtumaolosuhteita ja niiden myötävaikuttavia tekijöitä sekä toimenpide-ehdotuksia ja suunniteltuja kehittämistoimia. Tilastoista poimittiin myös potilasturvallisuusilmoitusten keskimääräiset reagointi- ja käsittelyajat. Tilastot koottiin Siun soten

keskussairaalapalveluiden alueelta, yksilöimättä yksiköitä tai edes klinikkaryhmiä.

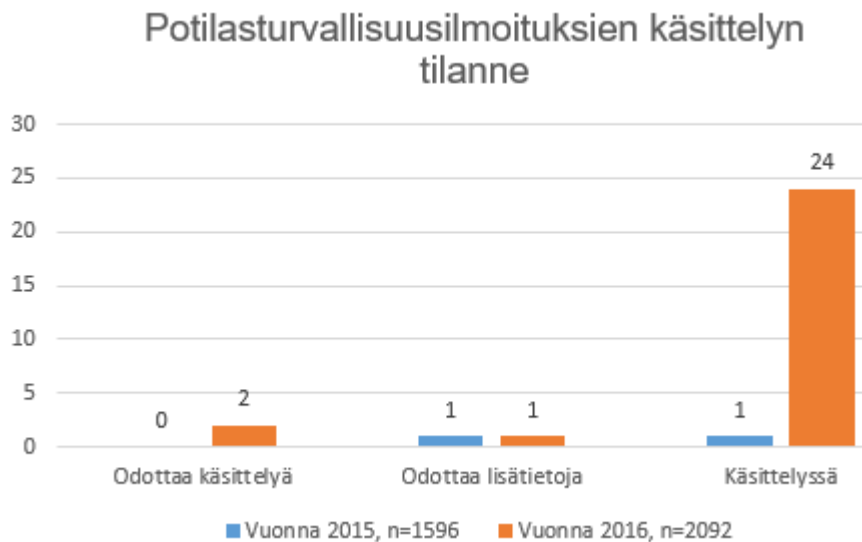
Dokumenttianalyysillä haluttiin tuoda esille sitä, kuinka tärkeää on luokitella potilasturvallisuusilmoitukset oikein ja noudattaa organisaation sisällä sovittuja linjauksia. Vain oikealla luokittelulla on mahdollista saada esiin kehittämistä vaativat potilasturvallisuuden osa-alueet ja saada selkeä kuva potilasturvallisuuden tilasta ja toteutetuista kehittämistoimista. Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyltä vaaditaan onnistuneen tietojen luokittelun lisäksi myös kykyä nähdä ilmoitettujen vaaratapahtumien sisältö ja siihen vaikuttaneet tekijät. Oikealla tavalla käsiteltyjen potilasturvallisuusilmoitusten myötä, HaiPro-järjestelmää pystytään hyödyntämään myös seurantatyökaluna. Tällöin voidaan järjestelmästä kertyvän tiedon pohjalta selvittää, onko suunnitellut kehittämistoimenpiteet toteutuneet ja onko tällä ollut vaikutusta potilasturvallisuuden kehittymiselle.

Kuviossa 3 on esitetty potilasturvallisuusilmoitusten määrä vuosina 2015 ja 2016 kohdeorganisaatiossa. Kuviossa olevat luvut kertovat niiden potilasturvallisuusilmoitusten määrän, jossa jokin Siun sotien keskussairaalapalvelujen yksikkö on ollut tapahtumayksikkönä. Luvut eivät kerro kyseisen palvelualueen kirjattujen potilasturvallisuusilmoitusten määrää. Lukujen perusteella voidaan todeta, että potilasturvallisuusilmoitusten määrä on noussut kyseisellä ajalla 31,3 %. Voidaan siis olettaa, että myös ilmoitusaktiivisuudessa on tapahtunut parannusta tänä kyseisenä aikana.



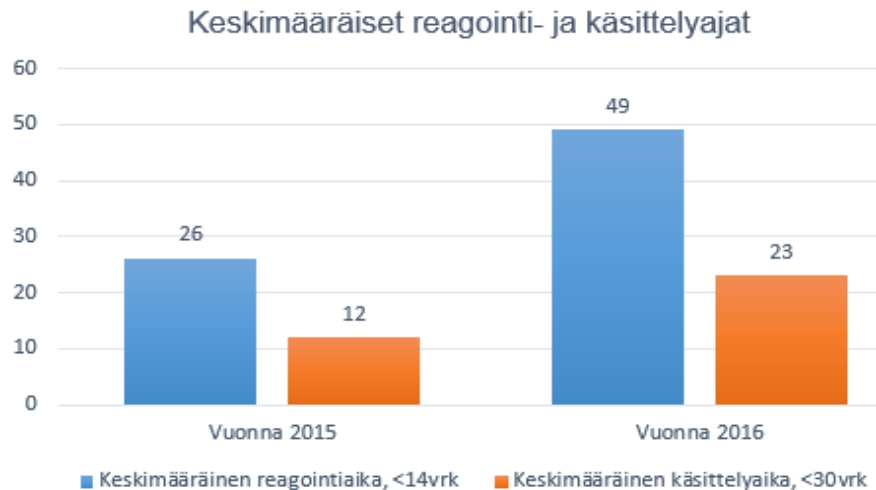
Kuvio 3. Potilasturvallisuusilmoitusten määrä.

Kuviossa 4 on esitetty potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn tilanne kohdeorganisaatiossa. Vuodelta 2015 on yksi ilmoitus ”odottaa lisätietoja” – tilassa ja yksi ilmoitus on ”käsittelyssä” – tilassa. Näitä kahta ilmoitusta ei siis ole käsitelty HaiPro-järjestelmässä loppuun asti. Vuodelta 2016 tilanne on hieman huonompi, sillä ”odottaa käsittelyä” -ilmoituksia on kaksi, ”odottaa lisätietoja” -ilmoituksia on yksi ja ”käsittelyssä” – tilassa olevia ilmoituksia on 24 kappaletta.



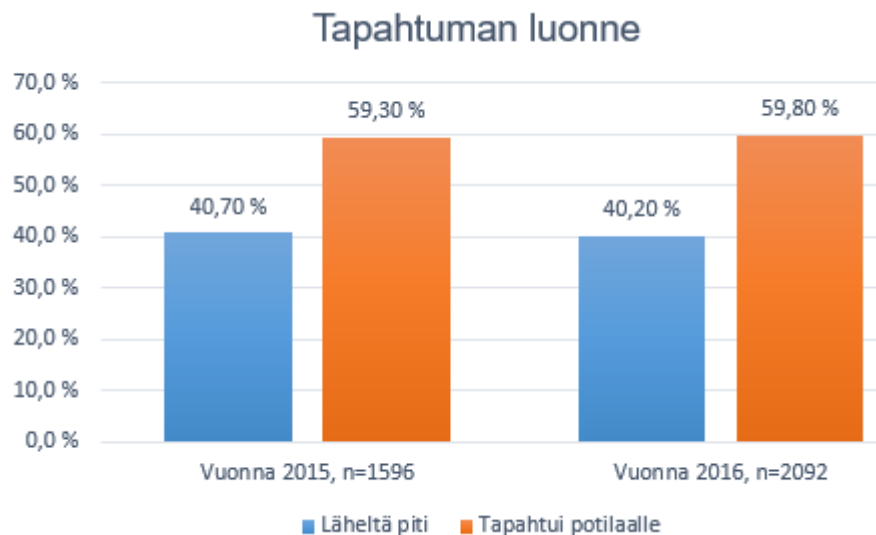
Kuvio 4. Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn tilanne.

Siun soten organisaatiossa on yhteisesti linjattu, että HaiPro-järjestelmään kirjattu potilasturvallisuusilmoitus tulee ottaa käsittelyyn 14 vuorokauden kuluessa ilmoituksen saapumisesta ja ilmoitus on käsiteltävä loppuun 30 vuorokauden kuluessa. Siun soten johto seuraa potilasturvallisuusilmoitusten reagointi- ja käsittelyaikoja strategisissa tavoitteissaan. (Siun sote 2017a.) Kuviosta 5 selviää, että vuosien 2015 ja 2016 keskimääräiset reagointiajat ylittävät sovitun määräajan, mutta käsittelyajat ovat olleet kunnossa molempina vuosina.



Kuvio 5. Potilasturvallisuusilmoitusten keskimääräiset reagointi- ja käsittelyajat.

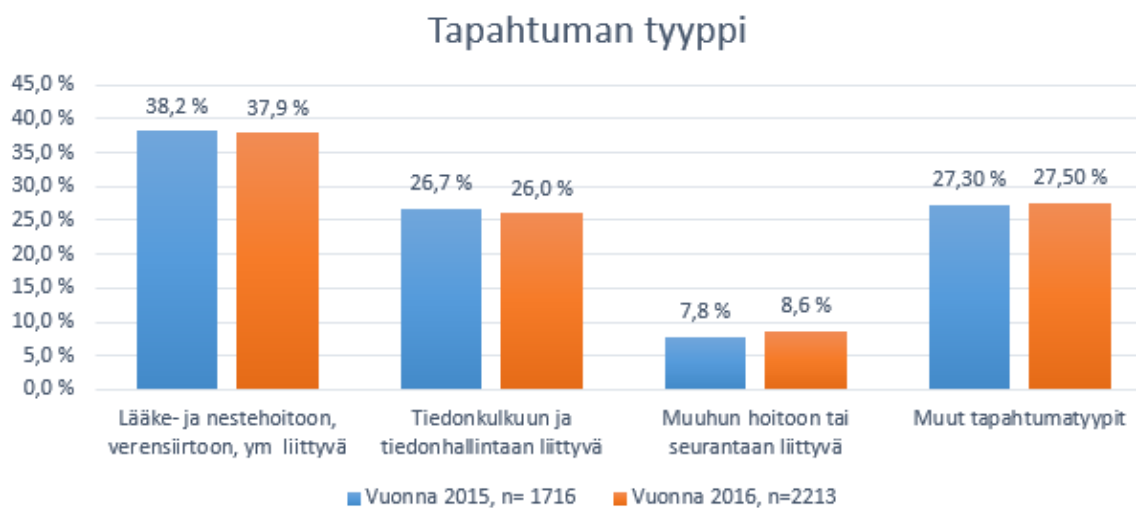
Kuviosta 6 käy ilmi, että suurin osa kohdeorganisaation potilasturvallisuusilmoituksista on tapahtuman luonteeltaan tapahtui potilaalle -ilmoituksia. Läheltä piti – ilmoitusten määrät ovat tarkasteluajalla melko yhtenäiset, samoin kuin tapahtui potilaalle – ilmoitusten määrä.



Kuvio 6. Potilasturvallisuusilmoitusten tapahtumien luonne.

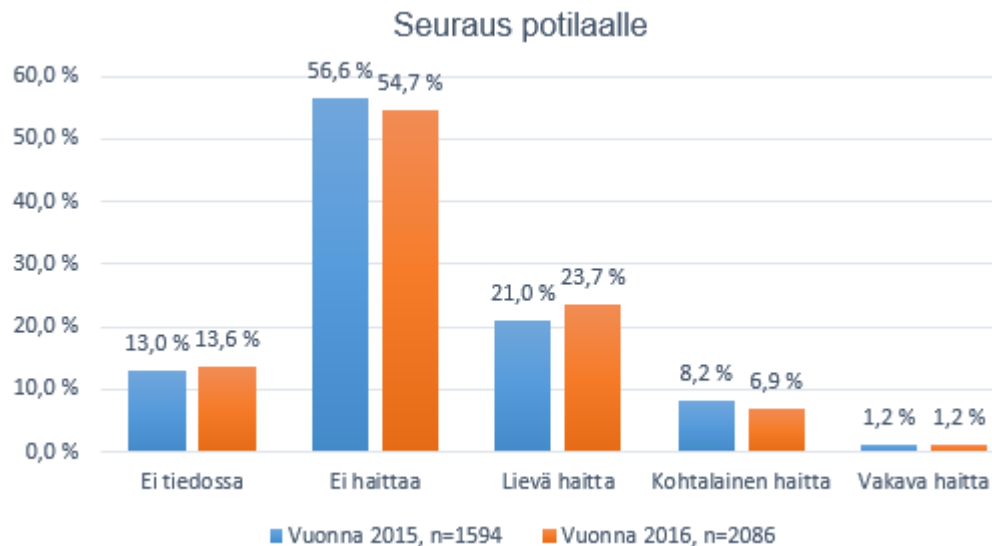
Kuviossa 7 tarkastellaan kohdeorganisaation potilasturvallisuusilmoitusten tapahtumatyyppiä. Eniten on ilmoitettu lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon ym. liittyviä potilasturvallisuusilmoituksia. Huomattavaa on, että potilasturvallisuusilmoituksiin on valittu useampi tapahtumatyyppi per ilmoitus, sillä ilmoitusten ko-

konais määrä on isompi kuin otannassa olevien ilmoitusten määrä. Siun soten organisaatiossa on linjattu, että potilasturvallisuusilmoitukseen valitaan vain yksi tapahtumatyyppi, jotta ilmoituksista kertyvän tiedon pohjalta raportointi olisi mahdollisimman luotettavaa (Siun sote 2017a). Tätä linjausta esimiehet kritisoi- vat ensimmäisessä kehittämistoiminnassa, sillä heidän mielestään vain yhden tapahtumatyyppin valinta on joskus vaikeaa. Useamman tapahtumatyyppin valinta kuitenkin vääristää HaiPro-järjestelmästä kerättyjä tietoja melko paljon jo pel- kästään tällä kyseisellä tarkasteluajalla, jolloin molempien vuosien kohdalle tu- leva ero on noin 120 ilmoitusta.



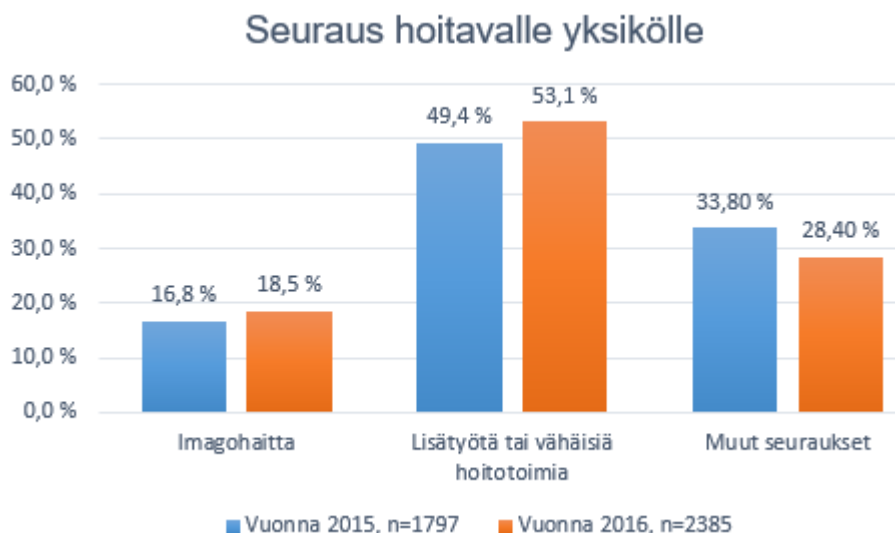
Kuvio 7. Potilasturvallisuusilmoitusten tapahtumatyyppit

Kuviosta 8 käy ilmi vaaratapahtumien seuraus potilaalle. Suurimmassa osassa tapahtumista potilaalle ei ole aiheutunut haittaa. Huomattavaa on, että seuraus potilaalle ei ole ollut tiedossa noin 13 % ilmoituksista tarkasteluajalla. Oletetta- vaa on, että potilasturvallisuusilmoituksen kuvauksessa ei ole tullut ilmi sitä, mi- tä tapahtumasta on seurannut potilaalle. Vakavaa haittaa aiheuttaneita tapah- tumia on ollut tarkasteluajalla alle 2 %.



Kuvio 8. Tapahtumien seuraus potilaalle.

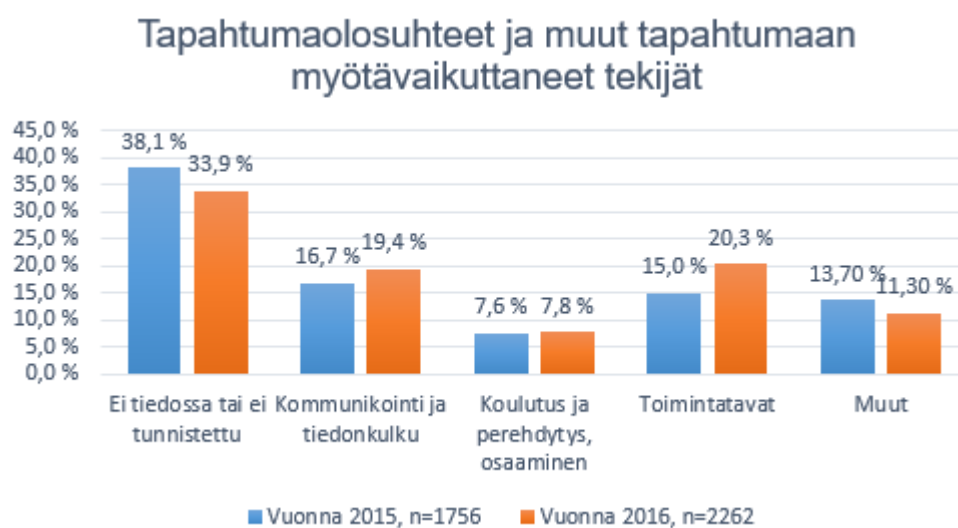
Kuviosta 9 käy ilmi tapahtumien seuraus potilasta hoitavalle yksikölle. Suurimassa osassa tapahtumista yksiköille on seurannut lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia. Kohtaan muut seuraukset luetaan lisäkustannukset, materiaalivahingot, pidentynyt hoito, pitkäaikaishoito, henkilöstölle aiheutunut vahinko ja muille henkilöille aiheutunut vahinko sekä ei haittaa tai ei tiedossa ilmoitukset.



Kuvio 9. Tapahtumien seuraus hoitavalle yksikölle.

Kuviossa 10 tarkastellaan potilasturvallisuusilmoitusten tapahtumaolosuhteita tai muita tapahtumaan myötävaikuttaneita tekijöitä. Eniten tapahtumaolosuhteita

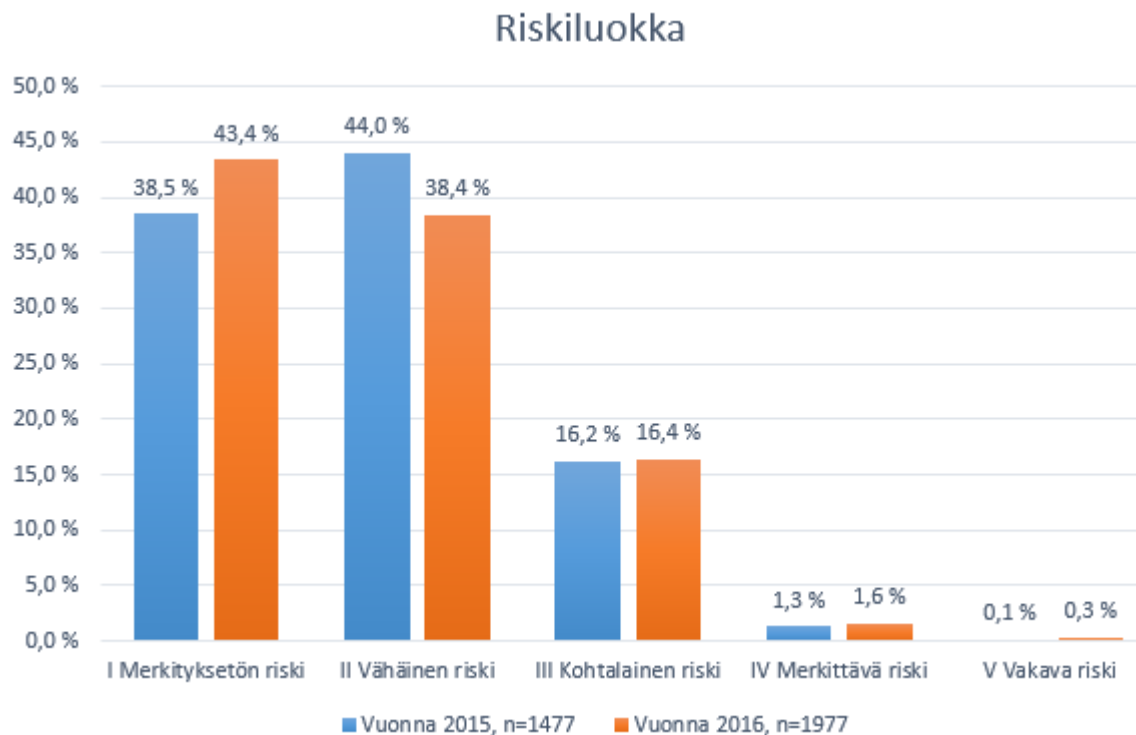
ja myötävaikuttavia tekijöitä on luokiteltu kohtiin toimintatavat ja kommunikointi ja tiedonkulku. Huomattavaa on, että kyseisiä olosuhteita tai tekijöitä ei tunnista riittävän hyvin. Yli 30 % tapahtumista nämä tekijät ovat tunnistamatta tarkasteluajalla. Tämän esimiehet toivat ensimmäisessä kehittämistoiminnassa esille yhtenä haasteellisimmista kohdista potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyssä. Näiden tekijöiden tunnistamiseen tai tunnistamatta jättämiseen vaikuttavat heidän mielestään esimerkiksi se, että potilasturvallisuusilmoituksen kuvaus on ollut suppea ja riittämätön. Ilmoittajan antaman kuvauksen perusteella myötävaikuttavia tekijöitä ei ole ollut mahdollista tunnistaa. Esimiehet toivat tässä esiin myös toisiin ammattiryhmiin kuuluvien ilmoitusten käsittelyn (ns. tukipalvelut), jossa esimieheltä puuttuu tieto ja näkemys siitä, millä tekijällä on ollut vaikutusta tapahtumien syntyyn.



Kuvio 10. Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtumaan myötävaikuttaneet tekijät.

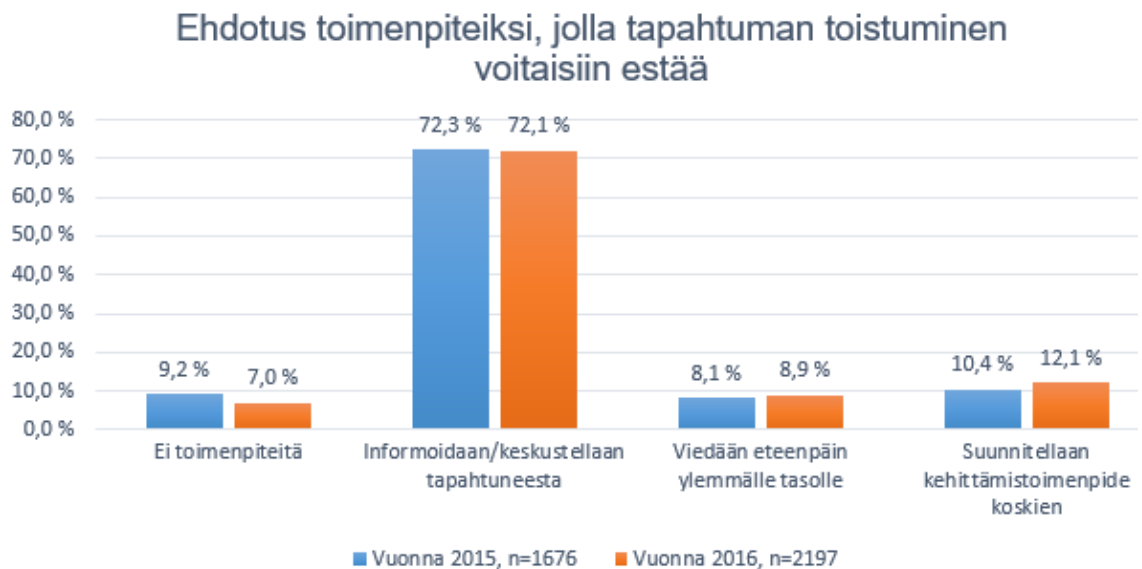
Kuviosta 11 käy ilmi, että suurin osa potilasturvallisuusilmoitusten riskiluokista kuuluvat ryhmään I-II, jolloin riski jää merkityksettömäksi tai vähäiseksi. Tapahtumien määrästä voidaan päätellä, että riskiluokka on jäänyt määrittämättä 13 % ilmoituksista. Esimiehet toivat esille ensimmäisessä kehittämistoiminnassa, että riskiluokan valinta niin kutsutun riskimatriisin avulla HaiPro-järjestelmässä on melko vaikeaa. Heidän mielestään riskimatriisin kuvaus ei ole linjassa merkittyjen riskiluokkien kanssa, jolloin riskiluokan määrittäminen jää liian matalaksi tai nousee liian korkeaksi. Riskiluokan määrittämisessä tarvitaan esimiesten mielestä myös paljon taustatietoa yksiköstä ja sen jo kertyneistä potilasturvallisuusilmoituksis-

ta. Riskiluokan määrittämisessä tarvitaan esimerkiksi tietoa siitä, minkä verran samankaltaisia tapahtumia on lähiaikoina tapahtunut, jotta voidaan arvioida riskin todennäköisyyttä.



Kuvio 11. Riskiluokka.

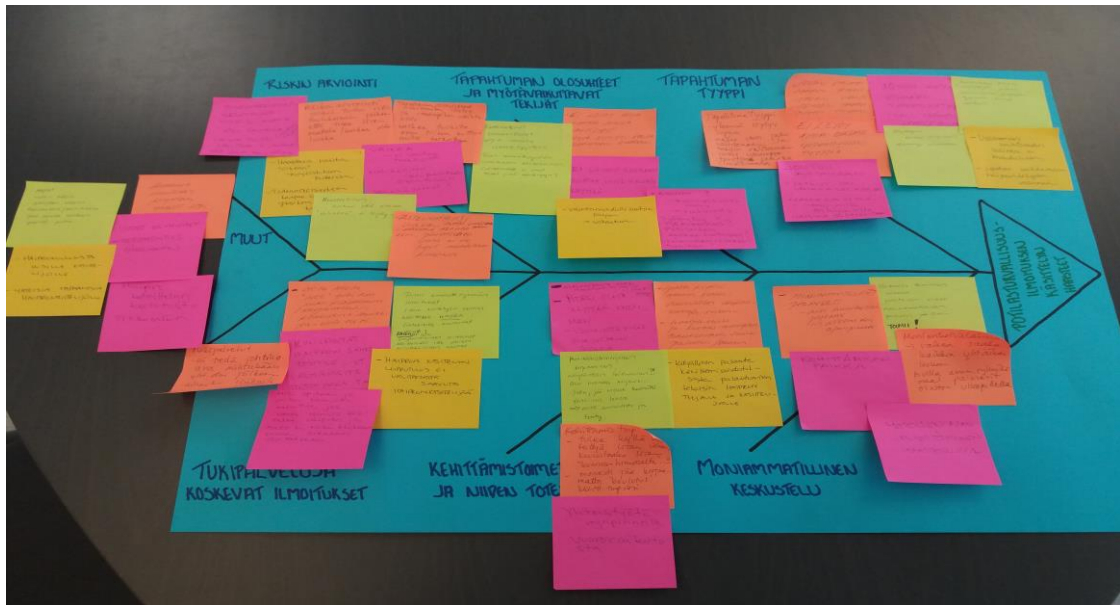
Kuviossa 12 tarkastellaan ehdotuksia toimenpiteiksi, jolla tapahtuman toistuminen voitaisiin estää. Kuviossa käy ilmi, että yli 70 %:ssa potilasturvallisuusilmoituksista toimenpiteeksi on valittu informointi/keskustelu tapahtuneesta. Yhteensä 16,2 % ilmoituksissa on valittu, että ilmoitus ei aiheuta toimenpiteitä. Kehittämistoimenpide on suunniteltu yli 22 % ilmoituksista. Ensimmäisessä kehittämistoiminnassa esimiehet toivat ilmi, että he kokevat kehittämistoimet liian suurena käsitteenä. Heidän mielestään esimerkiksi ohjeen tekeminen ei ole kehittämistoimi, ja siksi se jää luokittelematta HaiPro-järjestelmään. Täten informoidaan/keskustellaan tapahtuneesta –luokitus pitää sisällään monia pieniä kehittämistoimia, jotka eivät ole tulleet luokitelluksi ohjelmaan oikein ja niiden näkyvyyttä ei esimerkiksi tässä otannassa saada näkyville.



Kuvio 12. Ehdotus toimenpiteiksi, jolla tapahtuman toistuminen voitaisiin estää.

8.3 Kalanruotokaavion tulokset

Opinnäytetyön kalanruotokaaviossa tehtävänä oli määrittää potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn haasteita. Perussyitä kalanruotokaavioon oli piirretty seitsemän kappaletta. Perussyyt olivat tapahtuman tyyppi, tapahtuman olosuhteet ja myötävaikuttavat tekijät, riskin arviointi, tukipalveluja koskevat ilmoitukset, kehittämistoimet ja niiden toteutus, moniammatillinen keskustelu sekä muut. Osallistujat kirjoittivat näkemyksiään post it – lapuille, jotka kiinnitettiin kaavioon sarakkeisiin. Kuvassa 6 on esimiesten täydentämä kalanruotokaavio. Kalanruotokaavioon saadut tiedot analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen, jossa pelkistämällä alkuperäisilmaukset saatiin alaluokat sisällölle. Tämän jälkeen alaluokat pelkistettiin yläluokiksi.



Kuva 6. Valmis kalanruotokaavio (Kuva: Johanna Roivas).

Kalanruotokaavion ensimmäinen perussyö oli tapahtuman tyyppi. Tässä esimiehet kokivat haasteelliseksi oikean tapahtumatyyppin valinnan. Esimiehet toivat esille, että he joutuvat vaihtamaan ilmoittajan valitsemaa tapahtumatyyppiä usein. Tapahtuman tyyppin valinta koettiin joskus vaikeaksi, sillä valikot HaiPro-järjestelmässä on koettu vaikeaselkoisiksi. Esimiehet myös kritisoivat hieman Siun soten organisaation linjausta siitä, että potilasturvallisuusilmoitukseen saa valita vain yhden tapahtumatyyppin.

Toinen perussyö kalanruotokaaviossa oli tapahtuman olosuhteet ja myötävaikuttavat tekijät. Tämän esimiehet kokivat ongelmallisena siitä syystä, että valikosta ei tunnu löytyvän oikeaa kohtaa. Osasyynä tähän on se, että esimiehet kokivat kyseisen valikon vaikeaselkoiseksi. Tapahtuman olosuhteiden ja myötävaikuttavien tekijöiden valintaan vaikuttaa esimiesten mielestä myös merkittävästi se, millaisen kuvauksen ilmoittaja on potilasturvallisuusilmoitukseen kirjannut. Riittämättömät tiedot tai toiseen ammattiryhmään kohdistuvien potilasturvallisuusilmoitusten käsittely vaikuttavat tapahtuman olosuhteiden ja myötävaikuttavien tekijöiden määrittelyyn.

Seuraava perussyö oli riskin arviointi. Esimiehet kokivat tämän osion käsittelyssä erittäin haasteelliseksi, sillä valinnassa käytettävä riskimatriisi on vaikeasel-

koinen ja riskimatriisin luokitus ei vastaa sanallista kuvausta lainkaan. Esimiehet kokivat, että riskin arviointi ei tuota todellista näyttöä potilasturvallisuudesta heidän yksiköissään. Riskiluokan koettiin olevan joko liian matala tai liian korkea. Yksi esimies toi vastauksessaan esille, että riskiluokan arviointi kaipaa oman yksikön taustatietoa arvioinnin tueksi.

Tukipalveluja koskevien ilmoitusten osalta esimiehet olivat yhtä mieltä siitä, että se aiheuttaa heille lisätyötä. Useampi esimies oli sitä mieltä, että näiden potilasturvallisuusilmoitusten käsittely ei kuuluisi heille, vaan tukipalvelujen omille esimiehille. Tukipalveluilla Siun sotien organisaatiossa tarkoitetaan hallinto-, henkilö- ja turvallisuuspalveluja, talous-, tietohallinto- ja tilapalveluja, kiinteistöpalveluja, välinehuoltopalveluja, logistisia palveluja (kuljetus ja varasto), ravintopalveluja, toimistopalveluja (sihteerityö) sekä vaatehuoltopalveluja. Tukipalvelut käsittävät hyvin monimuotoisen kokonaisuuden, jonka esimiehet kokivat heille tuntemattomaksi alueeksi. Esimiehet kokivat, ettei heidän ammattitaitonsa ja tietämyksensä riitä kyseisten potilasturvallisuusilmoitusten oikeanlaiseen käsitteelyyn. Esimiehet toivat esille myös, että kehittämistoimien suunnittelu ja toteutus ovat haaste näiden ilmoitusten kohdalla.

Seuraava perussy syy kalanruotokaaviossa oli kehittämistoimet ja niiden toteutus. Esimiehillä oli melko yhdenmukainen käsitys siitä, että kehittämistoimilla tarkoitetaan jotain suurta ja kunnianhimoista muutosta toimintaan. Esimiehet eivät pitäneet esimerkiksi työhjeen laatimista tai koulutuksen järjestämistä kehittämistoimina, vaikka ne ovat juuri niitä toimenpiteitä jolla tapahtuman toistuminen voitaisiin ehkäistä. Esimiehet toivoivat yhtenäistä kohtaa lomakkeelle, johon voi kirjata sekä kehittämistoimien suunnitelman että toteutuksen. Esimiehet toivat myös esille, että heiltä jää usein kirjaamatta suunniteltujen kehittämistoimien toteutus ja arviointi.

Moniammatillinen keskustelu työyksiköissä koettiin myös haasteellisena. Esimiehet kokivat suurimmaksi ongelmaksi sen, että yhteistä aikaa moniammatilliselle keskustelulle ei ole ja eri ammattiryhmiä on vaikeaa saada yhtä aikaa kool-

le. Kaikki esimiehet olivat kuitenkin sitä mieltä, että tätä kohtaa potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyssä he haluavat jatkossa kehittää. He kokivat moniammatillisen keskustelun potilasturvallisuusilmoituksista tärkeänä. Yksi esimies toi esille omia hyviä kokemuksia moniammatillisen keskustelun järjestämisestä ja sen toiminnasta.

Kalanruotokaavion viimeisenä kohtana perussyy oli ”muut”. Tähän esimiehillä oli mahdollisuus kirjata omia toiveita ja kehittämisehdotuksia potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn. Usea esimies toi esille koulutuksen ja perehdytyksen tarpeellisuuden. He toivoivat koulutusta potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn ja perehdytystä uusille esimiehille/käsittelijöille. Esimiehet toivat sille myös halunsa käsitellä ilmoituksia yhdessä muiden esimiesten kanssa. Yhteisöllisen käsittelyn esimiehet kokivat tärkeänä siksi, että niissä voitaisiin vaihtaa ajatuksia käsittelijöiden kesken sekä käsitellä haasteelliseksi koettuja potilasturvallisuusilmoituksia. Näistä esimiesten esilletuomista tarpeista opinnäytetyön tekijä suunnitteli toisen osallistavan toiminnan sisällön.

8.4 Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje

Opinnäytetyön tuotos oli ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn. Ohje on kaksisivuinen ja kokonsa sekä luettavuutensa puolesta ohjetta ei laitettu opinnäytetyön tekstiosioon vaan kyseinen ohje on tämän opinnäytetyön liitetiedostona (liite 6).

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön keskeisimpien tulosten tarkastelu

Tarkastelu- eli pohdintaosuudessa saadut tutkimustulokset suhteutetaan tutkimuksen taustakirjallisuuteen ja arvioidaan tulosten merkitystä, luotettavuutta ja käytettävyyttä. Tarkastelussa tulee nousta esille, miten tutkimuksessa onnistuttiin, miten tutkimus lisäsi tietoa tutkittavalla alueella ja missä määrin tulokset ovat yleistettävissä ja hyödynnettävissä sekä millaisia jatkotutkimushaasteita tehty tutkimus on tuottanut. (Hirsjärvi ym. 2009, 263–265.)

Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyprosessi on laaja ja monivaiheinen. Esimiesten kokemukset potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä antavat arvokasta tietoa niin haaste- ja ongelmakohtista käsittelyssä kuin hyviksi havaituista toiminnoista, jotka tukevat käsittelyä ja edistävät potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön kehittämistoiminnassa esimiehet saivat tuoda esille haaste- ja ongelma-kohtia potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä. Esille nousseet asiat liittyivät sekä itse vaaratapahtumien raportointijärjestelmään HaiProon kuin koko käsittelyprosessiin.

HaiPro-järjestelmässä koettiin olevan joitakin vaikeaselkoisia valikoita ja riskin arviointiin liittyvän riskimatriisin koettiin olevan epälooginen. Järjestelmästä lähtöisin oleviin ongelmiin esimiehet toivoivat parannusta ja he halusivat omalta osaltaan tuoda esiin kehittämisideoita, joiden avulla ohjelmasta saadaan enemmän heitä palveleva työkalu. Samankaltaisia tuloksia on saanut tutkimuksessaan myös Sarste (2012, 37–38), joka tuo esiin myös muutamia HaiPro-järjestelmän lomakkeisiin liittyviä rakenteellisia puutteita esimiesten näkökulmasta.

Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä koettiin haasteellisena myös moniammatillinen keskustelu. Esimiehistä suurin osa koki, että yhteisen ajan löytäminen moniammatilliseen keskusteluun on vaikeaa. Esimiehet toivat kuitenkin ilmi, että he haluavat tätä osa-aluetta potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä jatkossa kehittää. Moniammatillisen keskustelun tarve potilasturvallisuusilmoitusten pohjalta on kuitenkin tuotu esiin esimerkiksi Kannonmäen (2016, 36–37) ja Sarsteen (2012, 34–35) tutkimuksissa, joissa painotetaan yhteistä keskustelua hyvänä mahdollisuutena ideoida ja suunnitella parannusehdotuksia potilasturvallisuusilmoituksista kertyvän tiedon perusteella. Niemi-Himanka (2014, 30–31) on tutkimuksessaan tuonut esiin myös yhteisen ajan puuttumisen, joka vaikeuttaa moniammatillisten keskustelujen järjestämistä yksiköissä. Hän tuo esiin myös lääkäreiden haluttomuuden osallistua potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn. Tällöin ilmoitusten käsittelystä jää pois tärkeä näkökulma, joka omalta osaltaan vaikuttaa negatiivisesti potilasturvallisuuskulttuuriin.

Esimehket toivat esille koulutuksen tarpeellisuuden, joka tukisi heidän potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä. Koulutuksella saataisiin käsittelyprosessia yhdenmukaisemmaksi eri yksiköissä ja samalla saataisiin vaihdettua esimiesten kokemuksia käsittelystä. Sarste (2012, 37) tutkimuksessaan on tullut siihen tulokseen, että riittämätön ohjeistus ja koulutus vaikuttavat potilasturvallisuusilmoitusten luokitteluun, mikä saattaa omalta osaltaan vaikuttaa taas HaiPro-järjestelmästä kerättyjen tietojen luotettavuuteen. Tämän opinnäytetyön dokumenttianalyyssissäkin nousi esille muutamia käsittelyssä tapahtuvia poikkeamia, jotka vaikuttavat siihen, että raportointiin kertyvä tieto ei välttämättä ole luotettavaa, jos tietojen luokittelussa poiketaan yhdessä sovituista linjauksista. Tällaisia poikkeamia oli esimerkiksi potilasturvallisuusilmoituksen tapahtumatyyppin valinnassa, jossa käsittelijät olivat valinneet useamman tapahtumatyyppin samaan ilmoitukseen. Dokumenttianalyyssissä kävi myös ilmi poikkeama, jossa riskiluokkaa ei ole kaikissa ilmoituksissa valittu. Toisin sanoen riskiluokan määrittäminen on jäänyt tekemättä, jolloin potilasturvallisuusilmoituksista kertyvä tieto on näiltä osin puutteellista. Myös tapahtumaolosuhteiden ja tapahtumaan myötävaikuttavien tekijöiden tunnistamisessa kävi ilmi puutteita, sillä yli 30 % ilmoituksista näitä tekijöitä ei ollut tunnistettu. Näiden tekijöiden tunnistamatta jättäminen vaikuttaa negatiivisesti kehittämistoimenpiteiden suunnitteluun, sillä kehittämistöi-

mia ei voida kohdentaa oikeaan prosessin kohtaan, ellei myötävaikuttavia tekijöitä tiedetä. Kehittämistoimet saattavat tällöin jäädä kokonaan myös tekemättä tai ne voivat suuntautua väärin, jolloin tapahtuman syntymistä ei päästä jatkossa ehkäisemään.

Yhtenä isoimpana haasteena esimiehet toivat esiin toisten ammattiryhmien potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyn. Siun sotessa HaiPro-järjestelmä on rakennettu niin, että yksiköiden esimiehet käsittelevät potilasturvallisuusilmoitukset, mutta potilasturvallisuusilmoituksia ei voida tehdä niihin yksiköihin, jotka eivät konkreettisesti hoida potilasta. Niin kutsutuilla tukipalveluilla on HaiPro-järjestelmässä käytössään vain työturvallisuusilmoitusten raportointi- ja niiden käsittelymahdollisuus. Potilasturvallisuusilmoituksia niihin ei siis voida kohdentaa. Näiden ilmoitusten käsittely jää esimerkiksi osastojen ja poliklinikoiden esimiesten tehtäväksi. Esimiehet voivat antaa potilasturvallisuusilmoituksen tiedoksi tukipalvelujen esimiehille esimerkiksi sähköpostilla tai keskustelemalla heidän kanssaan. Tässä opinnäytetyössä tuli kuitenkin ilmi, että toimintamalli näiden ilmoitusten kohdalla ei ole yhtenäinen ja yhteistyön toimivuudessakin on puutteita. Esimiehet kokevat, että tukipalveluita koskevien potilasturvallisuusilmoitusten käsitteleminen aiheuttaa heille paljon lisätyötä ja usein näiden ilmoitusten luokittelu HaiPro-järjestelmässä on haasteellista. Myös mahdollisten suunniteltujen kehittämistoimien kirjaaminen ja toteutus sekä arviointi jäävät usein tekemättä, koska on epätietoisuus siitä, miten asiaa on viety eteenpäin. Näiden ilmoitusten käsittelyn tueksi tarvittaisiin jatkossa yhtenäistä toimintatapaa, jotta näidenkin ilmoitusten pohjalta kertyvä tieto saataisiin hyödynnettyä ja näin parannettua potilasturvallisuutta myös yksiköiden välisillä rajapinnoilla.

Opinnäytetyöntekijä laati kehittämistyössä ohjeen potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn. Käsittelyohje on julkaistu Siun soten intrassa ja on sieltä kaikkien Siun soten työntekijöiden ja esimiesten saatavissa. Ohjetta voivat hyödyntää kaikki potilasturvallisuusilmoituksia käsittelevät esimiehet koko Siun soten alueella. Ohjetta voivat hyödyntää myös Siun soten organisaation potilasturvallisuusyhdyshenkilöt omassa työssään potilasturvallisuuden edistämisessä. Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn ohje toimii hyvin käsittelyn tukena niin uusil-

la käsittelijöillä kuin jo kokeneemmillakin käsittelijöillä. Ohjetta voidaan käyttää myös uusien käsittelijöiden perehdytyksessä tai potilasturvallisuuskoulutuksissa. Potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyohje on tämän opinnäytetyön liitteenä 6.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Lähdekritiikkiä tarvitaan tiedonhankinnassa, sillä täytyy osata tunnistaa tiedon tarve ja erilaisia tiedonlähteitä. Pohtiminen ja erilaisten tiedonhankintatapojen käyttäminen sekä tiedon kriittinen arviointi on lähdekritiikin ydin. Täytyy pystyä erottamaan tosiasiat, mielipiteet ja näkökulmat toisistaan ja valita ongelman ratkaisuun soveltuvin tieto, jota vielä sovelletaan käytännönkin tarpeisiin. (Ojasalo ym. 2014, 31.) Opinnäytetyön tietoperusta on koottu luotettavista ja mahdollisimman tuoreista lähteistä, lähdekriittisyyttä käyttäen. Opinnäytetyön tietoperustaa on referoitu mahdollisimman monipuolisesti eri lähteitä käyttäen, eikä suoria lainauksia ole käytetty. Tietoperustan referointi on suoritettu niin, että alkuperäinen viesti välittyy niistä oikein, eikä sisältöä vääristellä. Luotettavuuteen ja eettisyyteen vaikuttaa myös se, että lähteet ovat merkitty tekstiin sekä lähdeluetteloon oikein. Opinnäytetyön lähdemerkinnät ovat tehty Karelia ammattikorkeakoulun opinnäytetyönohjeen mukaisesti.

Työelämän kehittämistyössä tieteen tekeminen ja yritysmaailman eettiset säännöt korostuvat. Kehittämistyön tavoitteet tulee olla korkean moraalin mukaisia ja työ tulee tehdä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Kehittämistyön tulosten on oltava käytännön työtä hyödyttäviä. Kehittämistyön kohteena olevien ihmisten on tiedettävä, mitä kehittämistyön tekijä on tekemässä. Heidän kuuluu tietää, mitkä ovat toiminnan lähtökohdat ja tavoitteet sekä mitä kehittämistyön tekijä tutkii ja kehittää. Kehittämistyön kohteena oleville on myös kerrottava, mikä on heidän roolinsa organisaation toiminnan kehittämistä edistävässä työssä. Kehittämistyöhön osallistuvia ei yksilöidä ja heidän nimettömyytensä taataan, jotta saadaan todellisia ja rehellisiä vastauksia. Kehittämistyössä vältetään epärehel-

lisyyttä, plagiointia ja harhaanjohtavaa tai puutteellista raportointia. (Ojasalo ym. 2014, 48–49.) Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet asetettiin huolellisesti ja ne ovat ohjanneet opinnäytetyön prosessia koko ajan. Opinnäytetyön tekijä ja opinnäytetyön toimeksiantaja ovat laatineet toimeksiantosopimuksen opinnäytetyön tekemisestä. Toimeksiantosopimuksessa sovittuja ehtoja, sääntöjä ja sitoumuksia on noudatettu. Opinnäytetyön tekijä on hakenut tutkimusluvan kohdeorganisaatiolta ja on sitoutunut noudattamaan siinä Siun soten ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja tieteellistä käytäntöä. Kohdeorganisaatio sekä kehittämistyössä osallisena olleet hoitotyön esimiehet ovat saaneet tietoa kehittämistyön lähtökohdista sekä tavoitteista. Kehittämistoimintaan osallistuminen oli esimiehille vapaaehtoista ja heidän henkilöllisyytensä on säilynyt salassa koko opinnäytetyöprosessin ajan ja säilyy salassa tämän jälkeenkin. Kehittämistoimintaan osallistuneiden esimiesten työyksiköitä tai klinikkaryhmiä ei mainita tämän opinnäytetyön raportoinnissa ja ne säilyvät salassa opinnäytetyöprosessin jälkeenkin. Opinnäytetyön vaiheet ja tulokset on esitetty raportoinnissa rehellisesti ja seikkaperäisesti.

Opinnäytetyö on toteutettu alusta saakka johdonmukaisesti. Ensin opinnäytetyön tekijä perehtyi aiheen tietoperustaan kirjallisuuden ja tutkimusten avulla. Opinnäytetyön tekijä raportoi opinnäytetyön tietoperustaan tämän opinnäytetyön kannalta tärkeimmät asiat ja avasi keskeisimmät käsitteet. Tietoperustan raportoinnin jälkeen opinnäytetyön tekijä alkoi suunnitella ensimmäistä osallistavaa kehittämistoimintaa. Kehittämistoiminta toteutui suunnitellusti ja opinnäytetyön tekijä sai koottua kaikki esille tulleet asiat. Kyselylomakkeen käyttäminen yhtenä tiedonkeruumenetelmänä oli hyvä ja se auttoi jäsentämään ensimmäisessä osallistavassa kehittämistoiminnassa käytettyä kalanruotokaaviota. Ilman kyselylomakkeen vastauksia, kalanruotokaavion perussyiden nimeäminen olisi ollut lähes mahdotonta ennakkoon. Kyselylomakkeen vastaukset on avattu alkuperäisessä muodossa ja niiden sisältö on analysoitu sanallisesti. Kalanruotokaavioon saadut vastaukset ovat avattu kokonaisuudessaan tämän opinnäytetyön liitteessä 5. Kalanruotokaavion analyysissä on alkuperäisilmauksista saatu ensin alaluokkia, joiden jälkeen on muodostettu aiheittain pääluokat.

Opinnäytetyössä käytetty dokumenttianalyysi on havainnollistettu kuvioiden avulla, joiden sisältö on avattu ja sitä on analysoitu sanallisesti. Dokumenttianalyysi antoi faktatietoa kohdeorganisaation potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä HaiPro-järjestelmässä. Dokumenttianalyysiin aineiston on kerännyt Siun soten Kehittämisyksikön edustaja, joka on toiminut HaiPro-järjestelmän ylläpitäjänä ja tuntee järjestelmän käytön ja kykenee luotettavaan raportointiin järjestelmän tietoja hyödyntäen. Kaikki HaiPro-järjestelmästä kerätty tieto on koottu järjestelmän oman raportointityökalun avulla, eikä tietoja ole siirretty muuhun järjestelmään tai ohjelmaan. Tämä lisää tiedon luotettavuutta ja oikeellisuutta, kun tiedot ovat alkuperäismuodossa.

Opinnäytetyön ensimmäisenä tavoitteena oli laatia kohdeorganisaation hoitotyön esimiehille ohje potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyyn HaiPro-järjestelmässä. Ohje laadittiin Siun soten organisaation työohje-mallin mukaisesti ja se vastaa asettelultaan sen vaatimuksia. Laaditun ohjeen tarkasti Siun soten Kehittämisyksikön edustaja, joka myös julkaisi ohjeen Siun soten intrassa. Ohje on kaikkien Siun soten työntekijöiden ja esimiesten saatavissa ja sitä voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi perehdytyksessä ja koulutuksessa. Opinnäytetyön toisena tavoitteena oli jalkauttaa laadittu ohje kohdeorganisaation hoitotyön esimiesten käyttöön ja se toteutettiin toisessa osallistavassa kehittämistoiminnassa. Tälle opinnäytetyölle asetetut tavoitteet siis täyttyivät.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyöstä saadut tulokset kuvaavat Siun soten organisaation keskussairaalapalvelujen hoitotyön esimiesten näkemyksiä ja kokemuksia potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä. Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen liittyviä toimintoja ja lisäämällä tietoisuutta potilasturvallisuusilmoitusten käsittelijöiden työskentelystä. Potilasturvallisuuden edistämisen kannalta on tärkeää tukea potilasturvallisuusilmoitusten käsittelijöiden työtä koulutuksella ja yhteisillä tapaamisilla tule-

vaisuudessa. Jotta potilasturvallisuuskulttuuri ja osallistavaa kehittämistoimintaa saataisiin levitettyä läpi koko organisaation, niin kutsuttujen rajapintojen välillä yhteistyötä tulisi tehostaa.

Potilasturvallisuusilmoituksista kertyvää tietoa tulisi hyödyntää jatkossa tehokkaasti, sillä se antaa hyvän kuvan potilasturvallisuuden tilasta koko organisaatiossa. Esimiesten toivotat yhteiset tapaamiset ja potilasturvallisuusilmoitusten yhdessä läpikäyminen voisi lisätä potilasturvallisuusilmoituksista kertyvän tiedon hyödyntämistä. Tällöin voisi myös jalkauttaa jo hyväksi havaittuja käytäntöjä muihin yksiköihin ja kertoa suunnitelluista ja jo toteutetuista kehittämistoimista muille. Tästä näkökulmasta olisi mielenkiintoista alkaa suunnittelemaan potilasturvallisuusilmoitusten pohjalta jonkinlaista vuosikelloa, jolloin säännöllisesti käytäisiin yhdessä potilasturvallisuusasioita läpi. Tällaista toimintamallia on kehittänyt esimerkiksi Niemi-Himanka (2014, 33) tutkimuksessaan. Vuosikellon avulla jaksotetaan potilasturvallisuustyö vuoden mittaiseen sykliin, jossa tietoa kerätään ja käsitellään säännöllisesti ja sitä ennen kaikkea hyödynnetään ja jaetaan kaikille toimijoille organisaation sisällä. Tässä toimintamallissa korostuisi yhteistyön merkitys, yhdessä oppiminen ja tiedon levittäminen. Tällaisen toimintamallin suunnittelu, käyttöönotto ja arviointi olisivat varmasti Siun sotien organisaatiota palveleva kehittämistyö. Toimintamallia voisi suunnitella jatkossa esimerkiksi kuvion 13 pohjalta.



Kuvio 13. HaiPro-vuosikello ehdotus (mukailien Niemi-Himanka 2014, 35).

Kuviossa 13 esitetään ehdotus HaiPro-vuosikellosta Siun soten organisaatiossa. Vuosikellon aloituspiste on tammikuu, jolloin yksiköiden esimiehet keräisivät puolen vuoden koosteen HaiPro-järjestelmään kirjatuista potilasturvallisuusilmoituksista. Puolen vuoden kooste kerätään edelliseltä vuodelta, ajalta heinäkuu-joulukuu. Yksiköiden esimiehet kävisivät tehdyn koosteen henkilöstön kanssa läpi. Tässä koosteessa tulisi painottaa sitä, miten HaiPro-järjestelmään kirjattujen potilasturvallisuusilmoituksien ja niiden käsittelyn pohjalta suunnitellut kehittämistoimenpiteet ovat yksikössä toteutuneet ja mikä niiden vaikutus on ollut yksikön potilasturvallisuudelle.

Vuosikellon seuraava piste on maaliskuu, jolloin järjestettäisiin yhteinen potilasturvallisuuden kehittämistilaisuus esimiehille. Jos vuosikelloa ajatellaan tämän opinnäytetyön kohdeorganisaation käyttöön, voisivat kehittämistilaisuudet jakaantua esimerkiksi Siun soten keskussairaalapalveluiden osalta klinikkaryhmittäin. Potilasturvallisuusyhdyshenkilöt voisivat olla kehittämistilaisuuden järjestäjiä, yhdessä HaiPro-järjestelmän pääkäyttäjän kanssa. Tällöin esimiehet toimitaisivat tekemänsä lyhyet koosteet kahta viikkoa aiemmin alueensa potilasturvallisuusyhdyshenkilöille. Potilasturvallisuuden kehittämistilaisuuteen kootaan esille ajankohtaisia asioita, esimerkiksi erilaisten teemojen ympärille. Yhtenä teemana voisi olla esimerkiksi lääkehoidon turvallisuuden parantaminen. Kehittämistilaisuudessa käydään läpi yksiköissä toteutuneita kehittämistoimia ja niiden vaikutuksia yksikön toimintaan. Näistä kehittämistoimista ja niiden vaikutuksista kirjattaisiin kooste potilasturvallisuusyhdyshenkilöiden toimesta.

Vuosikellon seuraava piste on huhtikuu, jolloin toimialueiden johtoryhmässä tulisi käsitellä puolen vuoden potilasturvallisuusilmoituksista kertynyt kooste sekä kehittämistilaisuudesta kertyneet tulokset. Vuosikellon seuraava piste on syyskuussa, jolloin vuosikellossa toistuu edellä kuvattu toiminta. Syyskuussa kerätäisiin potilasturvallisuusilmoituksista kooste tammikuu-kesäkuu väliseltä ajalta. Vuosikello pitää siis sisällään kaksi potilasturvallisuuden kehittämistilaisuutta, joihin valmistaudutaan samalla tavalla ja jonka tulokset käsitellään toimialueiden

johtoryhmissä. Vuosikellon voisi muuntaa sopivaksi kaikille organisaation toimialueille, jolloin se olisi hyödynnettävissä laajemmin.

Tällaisen vuosikellomaisen potilasturvallisuustyön etuina olisi ennen kaikkea säännöllinen työ potilasturvallisuuden edistämiseksi. Vuosikellon mukaisesta kehittämistoiminnasta olisi hyötyä siinä, että potilasturvallisuusilmoitusten käsittely jäsentyisi ja saataisiin luotua organisaatioon yhdenmukaiset toimintatavat ilmoitusten käsittelyyn. Vuosikellon mukainen toiminta toisi myös kehittämistyötä lähemmäksi arkipäivää työyksiköissä ja tämä lisäisi myös henkilöstön osuutta potilasturvallisuuden edistämisessä.

Lähteet

- Aaltonen, L-M., Mattila, K., Mäkijärvi, M. & Saario, I. 2008. Aina roiskuu kun rapataan, mutta virheistä tulee oppia. Haittatapahtumien kirjaamisessa yhä parantamisen varaa. Suomen lääkäri-lehti 44 (63), 3791–3796.
- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 8-20.
- Aejmelaeus, R. & Kaila, M. 2016. Europaineessa laatu ja potilasturvallisuus eivät saa unohtua. Suomen lääkäri-lehti 4 (71), 203.
- HaiPro. 2009. Millaisia tapahtumia ilmoitetaan. http://www.haiopro.fi/ohjeet/Millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan_30122009.pdf. 12.12.2017.
- HaiPro. 2015a. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje. http://www.haiopro.fi/ohjeet/pt-ilmoittajan_ohje_07032015.pdf. 31.7.2017.
- HaiPro. 2015b. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely. http://www.haiopro.fi/ohjeet/pt-kasittelijan_ohje_30092015.pdf. 31.7.2017.
- HaiPro. 2016. <http://awanic.com/haiopro/>. 31.7.2017.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Hiltunen, T. 2017. Turvallisuusjohtaminen osastonhoitajien työssä sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Lääketieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (toim.) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kaila, M., Niemi-Murola, L. & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Duodecim 17 (130), 1739.
- Kannonmäki, A. 2016. Toimintamallin kehittäminen HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn. YAMK opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen lääkäri-lehti 44 (63), 3785–3789.
- Kerfoot, K. 2016. Patient safety and leadership intentions: is there a match? Nursing Economics 1 (34), 44–45.
- Kerkko, P. 2001. Turvallisuusjohtaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Liiketaloustiede. Vaasan yliopisto.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, L. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 77–97.
- Knuutila, J. & Ruuhilehto, K. 2008. HaiPro vaaratapahtumien raportointi: tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. HaiPro-projekti.

- Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu –tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lahti, T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 68-102.
- Lecklin, O. & Laine, R. 2009. Laadunkehittäjän työkalupakki. Innovatiivisen johtamisjärjestelmän rakentaminen. Helsinki: Talentum.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2016. Kohti yhdessä tekemisen kulttuuria. Helsinki: Tmi Raija Airaksinen/Draamatyö.
- Niemi-Himanka, A. 2014. HaiPro-vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä. YAMK opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Centria ammattikorkeakoulu.
- Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. *Finnanest* 44 (1), 21–23.
- Niiranen, V. 2015. Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 129-144.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Otala, L. 2014. Potilasturvallisuutta oppivassa sotessa. *Duodecim* 17 (130), 1742–1743.
- Otollinen, P. 2016. Osallistamisen oivalluskirja kaikille. Arkisia esimerkkejä työelämästä. Tampere: Mediapinta.
- Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti. Helsinki: Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy. http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf. 10.12.2017.
- Pinnock, D. 2012. The role of the ward manger in promoting patient safety. *British Journal of Nursing* 19 (21), 1144–1149.
- Reiman, T. & Oedewald, P. 2009. Terveydenhuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa Kinnunen, L. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 43–62.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen, L. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 63–76.
- Räsänen, K. & Meretoja, O. 2013. Työhyvinvointi ja henkilökunnan jaksaminen. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 102–114.
- Sarste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Pro gradu – tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Severinsson, E. 2013. Patient safety management in the health services- what do patients want? *Journal of Nursing Management* 2 (21), 203–205.

- Siun sote. 2016. Strategia 2017–2018.
http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_strategia.pdf/abc08a5b-7c02-495c-ba6f-c830fe22d521. 15.10.2017.
- Siun sote. 2017a. Sähköpostiviesti 24.11.2017. HaiPro pääkäyttäjä ja kehittäjä-sairaanhoitaja Maarit Nyström, Kehittämisyksikkö.
- Siun sote. 2017b. Strategia. <http://www.siunsote.fi/fi/strategia>. 15.10.2017.
- Siun sote. 2017c. Toimialueet. <http://www.siunsote.fi/fi/toimialueet>. 15.10.2017.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, L. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 29–41.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta
www.finlex.fi/fi/laki/smur/2011/20110341. 13.12.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 30.11.2017.
- Surakka, T. 2008. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtaminen. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 28–52.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 1326/2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. 13.12.2017.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). 2011. Potilasturvallisuusopas.
<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>. 13.12.2017.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). 2014. Potilaan opas.
http://www.potilaanopas.fi/fi/potilaan_opas.pdf. 13.12.2017.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Turunen, E. 2012. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Valtioneuvosto. 2017. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus.
<http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys>. 15.10.2017.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Vincent, C.A. & Coulter, A. 2002. Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care* 1 (11), 76-80.
- Wagner, V. 2014. Patient safety: a cultural affair. *AORN Journal* 4 (100), 355-357.

Saatekirje ylihoitajille



Saatekirje ylihoitajille
6.6.2017

1 (1)

Siun sote

Keskussairaalapalvelujen ylihoitajat

Saatekirje ylihoitajille

Arvoisa ylihoitaja

Olen sairaanhoitaja Johanna Roivas ja työskentelen tällä hetkellä kehittämissyksikössä kehittäjäsairanhoidajana. Vakituinen sairaanhoitajan toimeni on gastrokirurgisella vuodeosastolla. Opiskelen Karelia ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa (YAMK). Opintoihini kuuluu opinnäytetyö.

Opinnäytetyöni tavoite on edistää potilasturvallisuutta Siun sotessa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on laatia ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn HaiPro -ohjelmassa ja jalkauttaa ohje hoitotyön esimiesten käyttöön.

Ohjeen laatiminen ei kuitenkaan onnistu minulta yksin. Tarvitsen avukseni hoitotyön esimiehiä (osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia), joiden työnkuvaan kuuluu potilasturvallisuusilmoitusten käsittely. Tarvitsen heidän ajatuksiaan ja näkemyksiään siitä, miten saisimme kehitettyä potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä entistä tehokkaammaksi ja kuinka saisimme hyödynnettyä ilmoituksista kertyvän tiedon käytännön hoitotyön kehittämiseen.

Tarkoitukseni on ensin lyhyellä kyselyllä kerätä taustatietoa esimiehiltä, jonka jälkeen kutsuisin heidät noin kahden tunnin ajaksi osallistumaan potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn kehittämiseen. Toiveeni olisi, että osallistujia tulisi vähintään viisi, mutta enintään kymmenen koko keskussairaalapalvelujen alueelta. Osallistaminen tapahtuisi jo mahdollisuuksien mukaan kesäkuun lopussa 2017. Syksyllä 2017 on tarkoitus järjestää kaikille keskussairaalapalvelujen hoitotyön esimiehille, noin kahden tunnin mittainen koulutus, jolloin tarkoituksena on julkaista laadittu potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyohje sekä kouluttaa esimiehiä potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä HaiPro -ohjelmassa.

Pyydän teidän ylihoitajien suostumusta siihen, että esimiehet saisivat käyttää työaikaansa noin kahden tunnin ajan potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyn kehittämiseen ja ohjeen ideoimiseen 27.6.2017 sekä osallistumaan työajalla noin kahden tunnin mittaiseen koulutukseen syyskuussa 2017. Osallistuminen on esimiehille vapaaehtoista. Osallistujien vastaukset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, eikä opinnäytetyön raportoinnissa viitata osallistujien henkilöllisyyteen eivätkä työyksiköt tule esille. Vastaan mielelläni opinnäytetyöhöni liittyviin kysymyksiin.

Pyydän vastaustanne 13.6.2017 mennessä, sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin,

Johanna Roivas
sairanhoitaja

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveystieteiden kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihe)
www.siunsote.fi

Saatekirje osastonhoitajille/apulaisosastonhoitajille 1



Saatekirje osastonhoitajille ja
apulaisosastonhoitajille
6.6.2017

1 (1)

Siun sote
Keskussairaalapalvelujen osastonhoitajat ja
apulaisosastonhoitajat

Saatekirje

Arvoisa osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja

Olen sairaanhoitaja Johanna Roivas ja työskentelen tällä hetkellä kehittämissyksikössä kehittäjäsaaraanhoitajana. Vakituinen sairaanhoitajan toimeni on gastrokirurgisella vuodeosastolla. Opiskelen Karelia ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa (YAMK). Opintoihini kuuluu opinnäytetyö.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta Siun sotessa. Opinnäytetyöni tavoitteena on laatia ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn HaiPro -ohjelmassa ja jalkauttaa ohje hoitotyön esimiesten käyttöön.

Olen kiinnostunut juuri sinun ajatuksistasi, näkemyksistäsi ja kokemuksestasi. **Tarvitsen avukseni hoitotyön esimiehiä (osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia), joiden työnkuvaan kuuluu potilasturvallisuusilmoitusten käsittely HaiPro -ohjelmassa.** Toivon, että osallistuisit potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohjeen ideoimiseen, yhdessä kollegoidesi ja allekirjoittaneen kanssa. Tavoitteena on ensin kartoittaa lyhyellä kyselyllä osallistujien taustatietoja, jonka jälkeen yhdessä kehittää potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä entistä tehokkaammaksi ja sujuvammaksi yhteisessä tapaamisessa.

Lyhyeen kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. **Kysely on sähköpostisi toisena liitteenä. Toivon, että vastaat kyselyyn 20.6.2017 mennessä.** Ohjeet kyselyn täyttämisestä ja vastausten lähettämisestä ovat kyselylomakkeessa.

Yhteinen tapaaminen on 27.6.2017 klo 9-11. Tapaamispaikka ilmoitetaan erikseen ilmoittautumisen yhteydessä. **Ilmoittaudu ystävällisesti tapaamiseen 20.6.2017 mennessä sähköpostitse allekirjoittaneelle.**

Osallistumiseesi on lupa alueesi ylihoitajalta ja osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistujien vastaukset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, eikä opinnäytetyön raportoinnissa viitata osallistujien henkilöllisyyteen eivätkä työyksiköt tule esille. Vastaa mielelläni opinnäytetyöhöni liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Johanna Roivas
sairanhoitaja

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Kyselylomake



Kysely lomake
7.6.2017

1 (1)

Taustakysely osallistujille

Vastaa alla oleviin kysymyksiin ja lähetä vastauksesi suljetussa kirjekuoressa allekirjoittaneelle, alla olevaan osoitteeseen, **20.6.2017 mennessä**. Voit täyttää kyselylomakkeen sähköisesti ja tulostaa lomakkeen sen jälkeen tai voit vastata myös kirjoittamalla vastaukset käsin, tulostetulle kyselylomakkeelle. Älä kirjaa lomakkeelle nimeäsi, työyksikköäsi tai muita tunnistetietoja. Vastaa kyselyyn vain, jos aiot osallistua 27.6.2017 yhteiseen tapaamiseen. **Muista ilmoittautua kyselyn lähettämisen jälkeen yhteiseen tapaamiseen allekirjoittaneelle sähköpostitse 20.6.2017 mennessä.**

1. Kuinka kauan olet työskennellyt esimiehenä nykyisessä työyksikössäsi?
Kirjoita vastaus täysinä vuosina. Jos olet työskennellyt nykyisessä työssäsi alle vuoden, anna vastaus täysinä kuukausina.

2. Kuinka kauan työhösi esimiehenä on kuulunut potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyä HaiPro – ohjelmassa?
Kirjoita vastaus täysinä vuosina. Jos olet käsitellyt ilmoituksia alle vuoden, anna vastaus täysinä kuukausina.

3. Oletko saanut perehdytystä potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn?
Laita rasti kohtaan "kyllä" tai "ei".
_____ Kyllä _____ Ei
4. Minkä asian/mitkä asiat koet haasteellisena tai hankalana potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä?
Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyllä tarkoitetaan koko prosessia uuden ilmoituksen saapumisesta aina ilmoituksen kuittaamiseen loppuun käsitellyksi saakka, sisältäen moniammatillisen keskustelun yksikössä.
5. Minkä asian/mitkä asiat koet hyvinä ja toimivina potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyssä?

*Sydämellinen kiitos avustasi!
Ystävällisin terveisin,*

Johanna Roivas
sairaanhoitaja

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveystalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihe)
www.siunsote.fi

Saatekirje osastonhoitajille/apulaisosastonhoitajille 2



Saatekirje osastonhoitajille ja
apulaisosastonhoitajille
29.6.2017

1 (1)

Siun sote
Keskussairaalapalvelujen osastonhoitajat ja
apulaisosastonhoitajat

Saatekirje

Arvoisa osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja

Olen sairaanhoitaja Johanna Roivas ja työskentelen tällä hetkellä kehittämysyksikössä kehittäjäsairaanhoitajana. Vakituinen sairaanhoitajan toimeni on gastrokirurgisella vuodeosastolla. Opiskelen Karelia ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa (YAMK). Opintoihini kuuluu opinnäytetyö.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta Siun sotessa. Opinnäytetyöni tavoitteena on laatia ohje potilasturvallisuusilmoitusten käsittelyyn HaiPro -ohjelmassa ja jalkauttaa ohje hoitotyön esimiesten käyttöön.

Olen kiinnostunut juuri sinun ajatuksistasi, näkemyksistäsi ja kokemuksestasi. **Tarvitsen avukseni hoitotyön esimiehiä (osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia), joiden työnkuvaan kuuluu potilasturvallisuusilmoitusten käsittely HaiPro -ohjelmassa.** Toivon, että osallistuisit opinnäytetyöni toiseen vaiheeseen, jossa käymme läpi potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyä yhdessä kollegoidesi ja allekirjoittaneen kanssa. Tavoitteena on käydä esimerkki-ilmoitusten avulla läpi käsittelyn prosessia ja vaihtaa kokemuksia ja näkemyksiä käsittelijöiden välillä sekä yhtenäistää käsittelyä. Tapaamisessa julkaisen myös potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyn ohjeen, jonka olen tehnyt opinnäytetyöni ensimmäisessä vaiheessa. Lisäksi kaikkien osallistujien kesken arvotaan HaiPro-kansio, jonka opinnäytetyön tekijä on kasannut ilmoitusten käsittelyn ”työkalupakiksi”. Kansion sisältö on kaikkien potilasturvallisuusilmoitusten käsittelijöiden saatavissa Siun soten intrasta opinnäytetyöprosessini jälkeen.

Tapaaminen on 5.9.2017 klo 9-11. Tapaamispaikka ilmoitetaan erikseen ilmoittautumisen yhteydessä. **Ilmoittaudu ystävällisesti tapaamiseen 31.8.2017 mennessä.**

Osallistumiseesi on lupa alueesi ylihoitajalta ja osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistuminen on luottamuksellista, eikä opinnäytetyön raportoinnissa viitata osallistujien henkilöllisyyteen eivätkä työyksiköt tule esille. Vastaan mielelläni opinnäytetyöhöni liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Johanna Roivas
sairanhoitaja

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihe)
www.siunsote.fi

Kalanruotokaavion analyysi

Kaavion osa	Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Pääluokka
Tapahtuman tyyppi	<p>"Joutuu vaihtamaan. Jotkut on vaikeaselkoisia. Kaikkea ei ole. "Muu, mikä" on hyvä olla. Voisiko suomentaa?"</p> <p>"Yleensä löytyy sopiva. Melko usein joutuu vaihtamaan ilm. tekijän valitseman. Joskus useampia tarvitsisi samassa ilmoituksessa."</p> <p>"Ei löydy aina oikeaa tapahtumatyyppiä."</p> <p>"Joutuu vaihtamaan ilmoittajan valitseman tapahtumatyyppin."</p> <p>"Useamman vaihtoehdon valinta ei mahdollinen. Joutuu vaihtamaan haipron tekijän valinnan."</p> <p>"Kohtuullisen paljon valikkoja, joskus sokeutuminen/hämääntyminen minkä valitsen."</p> <p>"Ilmoittajan kanssa erilainen näkemys valinnasta."</p> <p>"Joskus joutuu etsimään tapahtumatyyppiä (kaksi tapahtumaa lähelle toisi-aan)."</p>	<p>Tapahtumatyyppit ovat joskus vaikeaselkoisia ja kaikkea ei löydy.</p> <p>Tapahtumatyyppin joutuu vaihtamaan ja joskus haluaisi valita useamman tapahtumatyyppin.</p> <p>Oikeaa tapahtumatyyppiä ei löydy.</p> <p>Tapahtumatyyppin joutuu vaihtamaan.</p> <p>Useaa tapahtumatyyppiä ei pysty valitsemaan ja tapahtumatyyppin joutuu vaihtamaan.</p> <p>Valikot ovat laajoja ja vaikeaselkoisia.</p> <p>Tapahtumatyyppin valinta ei kohtaa ilmoittajan näkemyksen kanssa.</p> <p>Tapahtumatyyppin valinta on haasteellista.</p>	<p>Tapahtumatyyppin joutuu usein vaihtamaan.</p> <p>Useampaa tapahtumatyyppiä ei voi valita.</p> <p>Valikko on vaikeaselkoinen.</p>	Tapahtumatyyppin valinta haasteellista.
Tapahtuman olosuhteet ja myötävaikuttavat tekijät	<p>"Ei löydy suoraan kohtaa, mitä haluaisi käyttää."</p> <p>"Ei löydy aina kohtaa minkä valitsisit. Hyvä kun voi valita useamman."</p>	<p>Mieleistä kohtaa ei löydy.</p> <p>Mieleistä kohtaa ei löydy. Hyvä kun voi valita useamman vaihtoehdon.</p>	<p>Käsittelijälle mielestä kohtaa ei löydy valikosta.</p> <p>Käsittelijän tiedot tapahtumasta puutteelliset.</p>	Tapahtumaolosuhteiden ja myötävaikuttavien tekijöiden tunnistaminen haasteellista.

Kalanruotokaavion analyysi

	<p>"Toisen ammattiryhmän ilmoituksen käsittelemisen (välttämättä ei omat tiedot riitä käsittelyyn)."</p> <p>"Riittämättömät ennakkotiedot -> ei vastaa lisätietopyyntöön."</p> <p>"Asenne? -> Välinpitämättömyys -> Riskinotto. Työkyky? Työkokemus? Potilaiden korkea hoitoisuus? Toiminnan ruuhkautuminen?"</p> <p>"Valintamahdollisuuksia paljon -> sokeuttuu."</p> <p>"Useimmista löytyy ja useampikin vaihtoehto. Vaikea tulkita esim. tiimin kulttuuri mitä tarkoittaa."</p>	<p>Tiedot eivät riitä valinnan tekemiseen.</p> <p>Tiedot eivät riitä valinnan tekemiseen.</p> <p>Epäselvää, mikä on vaikuttanut tapahtuman syntyyn.</p> <p>Paljon vaihtoehtoja joka hankaloittaa valitsemista.</p> <p>Voi valita useamman vaihtoehdon. Vaikeaselkoisia kohtia.</p>	<p>liset, joka hankaloittaa valintaa.</p> <p>Valikossa vaikeaselkoisia kohtia.</p>	
Riskin arviointi	<p>"Joskus tuntuu ristiintaulukoinnin jälkeen että tulee liian matala/korkea riskiluokka."</p> <p>"Haastava valita "oikeaa" ohjeistuksen puitteissa. Todennäköisyyteen kaippaa oman yksikön taustoja tueksi."</p> <p>"Vaikea, ei vastaa todellisuutta. Mahdollinen -> ei päivittäisiä silloin tällöin, säännöllisesti?"</p> <p>"Haasteellinen, tuntuu että oikeaa "valikkoa" ei löydy."</p> <p>"Riskimatriisi uusiksi/avattava uudestaan. Hankala arvioida esim. päivittäinen</p>	<p>Riskiluokka on joko liian matala tai liian korkea.</p> <p>Valinta on haasteellista, jos ei tunne oman yksikön taustoja.</p> <p>Riskimatriisia on haasteellista tulkita.</p> <p>Riskimatriisista ei löydy oikeaa kohtaa.</p> <p>Riskimatriisi on vaikeaselkoinen.</p>	<p>Riskimatriisi on vaikeaselkoinen.</p> <p>Riskimatriisi ei vastaa kuvausta.</p>	Riskiluokan valintaa hankalaa.

Kalanruotokaavion analyysi

	<p>jana ei ole hyvä mahdollinen kohdassa.”</p> <p>”Todennäköisysselitykset pitäisi avata eri tavalla. Aina tulee valittua 1. koska tap. eivät päivittäisiä.”</p>	<p>Riskimatriisi on vaikeaselkoinen ja siksi riskiluokan valinta jää matalaksi.</p>		
Tukipalveluja koskevat ilmoitukset	<p>”Toisen ammattiryhmän ilmoitukset esim. hoitotyön esimies käsittelee selkeästi sihteereille kuuluvat asiat. Ehdotus: esim. tukipalvelujen esimiehet käsittelevät itse omien työntekijöiden haiprot.”</p> <p>”Oh:lle ja Aoh:lle lisää työtäkin, joutuu käsittelemään tukipalveluihin kohdistuvia ilmoituksia – eivät ole ns. omaa alaa.”</p> <p>”Kun lähetät haiprot sähköpostitse, et välttämättä saa tietoa onko tapahtuma käsitelty.”</p> <p>”Haipron käsittelyn lopputulos ei välttämättä saavuta haipron käsittelijää.”</p> <p>”Mitä opitaan ja miten toiminta kehittyy, jos ns. vieras esimies käsittelee haipron ja tieto ei ehkä koskaan mene oikeaan osoitteeseen.”</p> <p>”Ei tiedä johtiko asia mihinkään yht.oton jälkeen. Aiheutuu lisätyötä.”</p>	<p>Käsittelijä joutuu käsittelemään toisten ammattiryhmien ilmoituksia.</p> <p>Ilmoitusten käsittelyyn ei ole riittävää asiantuntemusta ja niiden käsittelystä aiheutuu lisätyötä.</p> <p>Vastinetta ilmoitukseen ei saada.</p> <p>Käsittelijä ei saa tietoa mahdollisista toimenpiteistä ilmoitukseen liittyen.</p> <p>Ilmoitukset kohdistuu väärään paikkaan ja väärälle käsittelijälle. Toiminnan kehittäminen haasteellista.</p> <p>Vastinetta ilmoitukseen ei saada. Käsittelystä aiheutuu lisätyötä.</p>	<p>Käsittelystä aiheutuu lisätyötä eikä vastinetta ilmoituksen käsittelyn tueksi välttämättä saada. Kehittämistoimien suuntaaminen on mahdotonta ja käsittelijällä ei ole riittävää asiantuntemusta.</p>	Tukipalveluja koskevien ilmoitusten käsittely vaativaa.
Kehittämistoimet ja niiden toteutus	<p>”Alalokeroita kaksi hankalaa os.pal. ja mitä tehty. Pitäisi osata käyttää enemmän. Luulo, että pitää olla jotain suurta.”</p>	<p>Kaksi kirjaus kohtaa koetaan hankalaksi. Kehittämistoimia pidetään liian laajana käsitteenä.</p>	<p>Toivotaan yhteistä kirjauskohtaa. Kehittämistoimien suunnittelua pidetään liian suu-</p>	Kehittämistoimien suunnittelu ja arviointi puutteellista.

Kalanruotokaavion analyysi

	<p>"Pitäisi käyttää enemmän kohtaa suunnitellaan toimenpide koskien.. Toimenpide-ehdotus ja kuvaus toimenpiteen toteuttamisesta samaan paikkaan/lokeroon."</p> <p>"Kirjallinen palaute kehittämissuhteista palautuminen takaisin haipron tekijälle ja käsittelijälle."</p> <p>"Kehittämistoimenpiteen kirjaaminen; käytäntöön laittaminen?! Ollut huonolla kirjauksella, jää helposti tekemättä. Yhteinen lokero -> mitä suunniteltu ja tehty."</p> <p>"Yhteistyötä rajapinnoilla. Vuorovaikutusta."</p> <p>"Kehittämistmp tulee kyllä käytettyä liian vähän, kuulostaako liian ns. kunnianhimoiselta? Monesti jää kirjaamatta koulu- tus kehitt.tmp:ksi."</p>	<p>Kaksi kirjauskohtaa voisi olla yhdessä. Enemmän tulisi käyttää toimenpiteen suunnittelua.</p> <p>Kaksi kirjauskohtaa voisi olla yhdessä. Toinen jää yleensä tekemättä.</p> <p>Lisää yhteistyötä ilmoitusten käsittelyyn.</p> <p>Kehittämistoimia pidetään liian laajana käsitteenä.</p>	<p>rena/ kunnianhimoisena käsitteenä. Kehittämistoimien toteutus jää kirjaamatta. Yhteistyötä ja vuorovaikutusta lisää kehittämistoimien suunnitteluun.</p>	
Moniammatillinen keskustelu	<p>"Yhteisen ajan järjestäminen haasteellista."</p> <p>"Kehittämisen paikka."</p> <p>"Moniammatilliset palaverit, aika haasteellinen järjestää -> lääkäreiden ajanpuute."</p> <p>"Monierikoisalaisuus -> vaikea saada kaikkia yhtä aikaa kokoon. Muilla am-</p>	<p>Yhteisen ajan löytyminen haasteellista</p> <p>Tätä pitäisi kehittää.</p> <p>Yhteisen ajan löytyminen haasteellista.</p> <p>Vaikea saada kaikkia kokoon.</p>	<p>Ajan puute. Yhteen kokoontuminen haasteellista. Tätä halutaan kehittää. Jossain yksikössä on löydetty toimiva ratkaisu.</p>	Yhteisen ajan löytyminen haasteellista.

Kalanruotokaavion analyysi

	<p>mattiryhmillä omat palaverit osaston ulkopuolella.”</p> <p>”Normaalin toiminnan aikana joka toinen viikko moniammatillinen palaveri -> 15 min. TOIMII!”</p>	Koetaan hyvänä ja toimivana.		
Muut	<p>”Haipro käsittelyn koulutusta Tikkasaliin.”</p> <p>”Haipro koulutusta uusille käsittelijöille. Yhteisiä tapaamisia haipron käsittelijöille”</p> <p>”Uudet esimiehet – perehdytys ohjelmaan.”</p> <p>”Haiprot silloin tällöin esimiesten kesken tilaisuuksia/koulutuksia joissa asioita voidaan yhdessä pohtia.”</p> <p>”Hankalia ilmoituksia käytäisiin yhdessä läpi.”</p>	<p>Halutaan koulutusta.</p> <p>Halutaan perehdytystä. Halutaan yhteisiä tapaamisia käsittelijöille.</p> <p>Halutaan perehdytystä.</p> <p>Halutaan yhteisiä tapaamisia käsittelijöille. Halutaan koulutusta.</p> <p>Halutaan yhteisiä tapaamisia käsittelijöille.</p>	<p>Halutaan perehdytystä/ koulutusta ilmoitusten käsittelyyn. Halutaan yhteisiä tapaamisia ilmoitusten käsittelyn tueksi ja ajatusten vaihtamiseksi.</p>	Koulutuksen ja yhteisten tapaamisten tarve.

Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje



Kehittämisyksikkö

Asiakas-/potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje

1 (2)

6.7.2017

Asiakas-/potilasturvallisuusilmoituksen käsittely

Asiakas-/potilasturvallisuusilmoitus käsitellään siinä yksikössä, jossa tapahtuma on tapahtunut. Käsittelijänä toimii yleensä yksikön esimies. Käsittelijä saa sähköpostiinsa tiedon HaiPro-ohjelmaan tulleesta uudesta ilmoituksesta. Ilmoituksen käsittelyyn pääsee joko sähköpostiviestissä olevasta linkistä tai HaiPro-ohjelmasta, joka löytyy Siun soten intrasta. Käsittelijän tulee ottaa ilmoitus käsittelyyn kahden viikon kuluessa uuden ilmoituksen saapumisesta ja ilmoitus on kuitattava loppuunkäsitellyksi yhden kuukauden kuluessa.

The screenshot shows an email notification from haipro@awanic.fi and the HaiPro login interface. The email contains a link to the reporting page. The login interface has buttons for 'Pääte-asiaohjelmavälissä', 'Työkaluvälissä', 'Omaa ilmoituksen seuranta', 'Ilmoituksen käsittely', and 'Yhteystietoposti'.

Asiakas-/potilasturvallisuusilmoituksen käsittelijä lukee ja tarkastaa ilmoituksen tiedot. Käsittelijällä on mahdollisuus täydentää tai korjata ilmoituksen tietoja tarvittaessa. Asiakas-/potilasturvallisuusilmoitukset käsitellään yksikössä moniammatillisesti yksikön henkilöstön kanssa. Moniammatillisessa keskustelussa mietitään yhdessä miksi tapahtuma on päässyt tapahtumaan ja mitkä tekijät tai olosuhteet ovat vaikuttaneet tapahtuman syntyyn. Keskustelussa sovitaan yhdessä tarvittavat kehittämistoimenpiteet ja suunnitellaan niiden toteutus. Kehittämistoimenpiteille voidaan valita yksiköstä vastuuhenkilö, joka huolehtii kehittämistoimien toteutumisesta ja toteutuksen arvioinnista. Suunnitellut kehittämistoimenpiteet ja niiden toteutus kirjataan HaiPro -ohjelmaan. Tavoitteena on oppia tapahtuneista poikkeamista ja kehittää prosesseja, toimintamalleja sekä ympäristöä turvallisemmaksi.

Jos asiakas-/potilasturvallisuusilmoitus koskee

- useampaa yksikköä, on käsittelijä yhteydessä kyseisiin yksiköihin ja sopii heidän kanssaan kehittämistoimista
- vakavaa vaaratapahtumaa, niin siitä ilmoitetaan heti vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta vastaavalle henkilölle
- tukipalveluja, ilmoitus käsitellään yhteistyössä ko. palveluista vastaavan esimiehen kanssa (ks. erillinen ohje)

Ilmoituksen lukeminen ja tarkistaminen

Tarkista, että ilmoitus on oikeassa paikassa. Vaihda "yksikkö, jossa tapahtui" tarvittaessa ja tallenna ilmoitus, jolloin ilmoitus lähtee valittuun yksikköön käsiteltäväksi.

Voit pyytää lisätietoja tapahtumasta liittymällä "Lisätietopyyntö ilmoittajalle" -painikkeesta. Saat sähköpostiisi tiedon, kun ilmoittaja on vastannut lisätietopyyntöön.

HaiPro - Potilas-lasiakasturvallisuusilmoituksen käsittely	
Lomakkeen nro	Lomakkeen tila: Odottaa käsittelyä
Osaatoyksikkö (*)	Ilmoittajan yksikkö (*) 63442
Ilmoittajan ammattiryhmä	Sairas/hoitajat
Tapahtuma	Tapahtuma-aika (*) Pvm (p.k.vvvv) (*): 6.7.2017
Lääke	Potilaan/asiakkaan saaman lääkkeen nimi: PIPERACILLIN/TAZOBACTAM HOSPIRA
Tapahtuman kuvaus	Tapahtuman kuvaus: Huoneeseen 8 kaksi potilasta, joilla menossa lääkelistalla sama antibiootti, mutta toisella annostus on x3/vrk ja toisella potilaalle x2/vrk. Hoitaja päiväkirjalla, jolloin tarkoituksena laittaa potilaalle antibiootti tippumaan. Laskettu antibiootti normaalisti, mutta laitettu se väärin potilaan tippolinnaan roikkumaan. Hoitaja melannut laittanut antibioottia väärille potilaalle (ei potilaalle jolle annostus on vain annos ja lääkitys). Potilas itse huomauttanut asiasta ja näin myös hoitaja huomasi virheen. Potilas ei keuhkumyt saada yhtään lääkettä ja lääke laitetu tippumaan oikealle potilaalle.
Kuoro oma	Tarkistamalla aina potilaan nimi, hänelle annettava lääke ja sen värihuu sekä antopaikka. Lääkelistat mukaan lääkkeen antolantteen ja huolellinen tarkastus ennen lääkkeiden antoa.
Tapahtumapaikka	Potilas-lasiakastuone
Lisätiedot	Ilmoittaja on lähettänyt sähköpostiosoitteensa, lisätietopyyntö voidaan välittää ilmoittajan sähköpostin, Lisätietopyyntö ilmoittajalle

Tarkista tapahtuman kuvauksesta, tapahtuiko asia potilaalle/asiakkaalle. Korjaa tarvittaessa ilmoittajan merkintä.

Jos ilmoituksen tekijä on epähuomiossa kirjannut ilmoituksen potilaan/asiakkaan tai työntekijän nimen tai muita tunnistetietoja, poista ne tekstistä. Potilaan/Asiakkaan Mediatrinumero voi olla ilmoituksessa.

Jos lisätietopyyntöön ei tule vastausta yhden kuukauden kuluessa tai jos ilmoittaja ei ole jättänyt sähköpostiosoitettaan, käsitellään ilmoitus olemassa olevilla tiedoilla.

Kehittämisyksikkö
Tikkamäentie 16
80210 Joensuu

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihde)
www.siunote.fi

Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje



Kehittämyksikkö

Asiakas-/potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje

2 (2)

6.7.2017

Ilmoituksen tietojen luokittelu

Oikea tietojen luokittelu on kehittämisen kannalta tärkeää. Luokiteltujen tietojen perusteella kertyy raportteihin kokonaistietoa.

Valitse seuraus hoitavalle yksikölle. Huomioi tässä kohdassa, mikä on ollut seuraus ilmoittajan yksikölle (tämä ei välttämättä ole sama kuin tapahtumayksikkö). Voit valita useamman vaihtoehdon.

Valitse ketkä tilanteen hoitavat ja mitä on tehty välittömästi turvallisuuden palauttamiseksi tai vahingon minimoimiseksi tapahtumahetkellä.

Valitse ehdotus toimenpiteiksi, jolla tapahtuman toistuminen estetään. Voit valita useamman vaihtoehdon.

Jos käsittelyyn tarvitaan tukea tai tapahtuma vaatii ylemmän tason kehittämistoimia, niin ilmoitus siirretään ylemmälle tasolle.

Kirjaa tähän kohtaan, mitä aiotaan tehdä ja milloin. Kehittämistoimille on hyvä valita myös vastuuhenkilö.

Jos valitset "Ei toimenpiteitä" tai siirron ylemmälle tasolle, kirjaa tähän perustelut valinnallesi.

Tapahtuman tyyppi

Näytä kaikki

Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä

- Virhe lääkkeen valmistuksessa tai käyttöönnoton saattamisessa
- Tälousvirhe
- Toimitusvirhe
- Säilytysvirhe
- Määräysvirhe
- Kirjaamisvirhe
- Jakovirhe
- Antovirhe
 - Ei tiedossa
 - Väärä potilas/asiakas
 - Väärä lääke, neste tai vertuote
 - Väärä annos tai vaihtuu
 - Väärä antotapa
 - Väärä ajankohhta
 - Lääke, neste tai vertuote antamatta
 - Annetaan lopetettu lääke, neste tai vertuote
 - Potilas/asiakas ei otanut lääketään
 - Muu, mikä:
 - Odottamaton reaktio potilaalle/asiakkaalle
 - Tiedonkulkun tai sordnhallintaan liittyvä
 - Diagnostiikkiin liittyvä
 - Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
 - Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
 - Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä
 - Laboratorio- / kylvämis- tai muuhun potilas-/asiakasutkimukseen liittyvä
 - Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä
 - Aseptiikkaan / hygieniaan liittyvä
 - Tapahtuma, onnettomuus
 - Väkivalta
 - Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä
 - Poikkeama sähdehoidon toteutuksessa
 - Muu

Seuraus potilaalle/asiakkaalle

Ei tiedossa

Ei haittaa

Lievä haitta

Kivohäiriön haitta

Vakava haitta

Potilaalle/asiakkaalle tai läheiselle on ilmoitettu

Ei tiedossa

Potilaalle/asiakkaalle ei ole ilmoitettu

Ei ole ilmoitettu, oli jo potilaalle/asiakkaalle tiedossa

HaPro - Riski arviointi - Riskimatriisi

	Vähesi	Yhteinen	Välillä
Todennäköisyys	0,001 - 0,01	0,01 - 0,1	0,1 - 1
Todennäköisyys	0,001 - 0,01	0,01 - 0,1	0,1 - 1
Todennäköisyys	0,001 - 0,01	0,01 - 0,1	0,1 - 1

Riskiluokka

Tilanteessa ollut riski

Merkityksellinen riski

Tilanteen hallinta

Tilanteessa olleet hoitajat

- Työryhmän läsnäolo
- Hälytysten ulkopuolista apua

Välittömät toimenpiteet tilanteessa

Poikkeamavirheen korjaava (hoitotoimenpide)

Potilaan/asiakkaan tarkkailu/potilaan informointi asiasta

Seuraus lieventävät ja lisävahikoja estävät toimet

Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät

Näytä kaikki

- Kommunikointi ja tiedonkulkun puutteellisuus
- Suullinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää
- Kirjallinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää
- Käytössä olevan tiedon hyödyntäminen puutteellista
- Koulutus ja pereitytys, osaaminen
- Laitteet ja tarvikkeet
- Lääkkeet
- Potilas/asiakas ja läheiset
- Toimintatavat
- Tehtävän koormuus ja selkeys
- Työmenetelmät, toimintatavat
- Ohjeiden ja muiden tehtävään liittyvien kirjallisten tiedon saatavuus ja käyttö
- Päätöksenteon apuvälineet
- Tuumustulosten saatavuus ja tarkkuus
- Tiesäilyminen toiminta
- Työympäristö, -välineet ja resurssit
- Organisaatio ja johto
- Ei tunnistettuja myötävaikuttavia tekijöitä, normaali tilanne

Ehdotus toimenpiteiksi, jolla tapahtuman toistuminen estetään

Valitse

Informoidaan/keskustellaan tapahtuneesta

Yksikön sisällä (esim. osasto-tiimikokous)

- Muulle yksikön ulkopuolelle, mihin:
- Lähetetään tiedoksi toiseen yksikköön:
- Keskeiset muiden prosessien liittyvien tahojen kanssa, keiden:
- Vedään elempään ylemmälle tasolle.
- Suunnitellaan kehittämistoimenpide koskien
 - Toimintatapa ja menetelmiä
 - Tietoteknisiä ja teknisiä järjestelmiä, laitteita ja tarvikkeita
 - Tiedonvälitystä ja yhteydenpitoa
 - Koulutusta
 - Johtamista
 - Muu kehittämistoimenpide

Kirjaa toimenpide-ehdotus tai perustele miksi toimenpiteitä ei tarvita

Kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta

Kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta

Rekrytoitu tapahtumasta yksikkökokoukseen ja kehoitettu lähtöön liittyvät perusteellisesti ja yksiosoitteellisesti.

Alustetaan toimintatapa, jonka lähtökohta on hyvin kuvassa. Tiedetään alustaa perusteellisesti yksikön kehittämiseen sekä sähdehoidon etä lähtökohtana lähtökohtana.

Ylempi tason käsittelijä kirjaa oman kannanottonsa myös tähän.

Muista kuitata tapahtuma loppukäsittelyksi, kun ilmoitus on luokiteltu, käsitelty moniammatillisesti ja sovitut kehittämistoimet on toteutettu.

Liitettyyn ilmoittajalle | Tallenna | Kirjaa tapahtuma loppukäsittelyksi | Tulosta ilmoitus

Tarkista tapahtumatyyppi ja korjaa tarvittaessa. Tapahtumatyyppiä valitaan tapahtumaketjun ensimmäinen vaihe, jossa poikkeama on tapahtunut. Valitse vain yksi tapahtumatyyppi ja sen tarkennetiedot.

Jos tapahtuman luonne on "tapahtui potilaalle/asiakkaalle", niin käsitellyssä avautuu kohta "Seuraus potilaalle/asiakkaalle". Huomioi tässä kohdassa, mikä on ollut potilaan/asiakkaan kannalta haitta. Myös potilaalle/asiakkaalle ilmoittamisesta avautuu oma kenttä, joka täydennetään.

Kohdassa "riskiluokka" määritellään avautuvan riskimatriisin avulla tapahtumaan liittyvän riskin suuruus. Määrittäminen saa tapahtuman tyyppisten seurausten ja todennäköisen esiintymistiheyden yhdistelmästä. Huomattavaa on, että kyse on vain potilaaseen/asiakkaaseen kohdistuvasta riskistä, ei henkilökuntaan tai yksikköön kohdistuvasta.

Valitse tässä tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät, jotka ovat tapahtuman kuvauksen perusteella vaikuttaneet tapahtuman syntyyn. Näiden tekijöiden tunnistamisella ja niihin puuttumisella voidaan suunnitella kehittämistoimia ja kohdentaa ne oikeisiin asioihin. Voit valita useamman vaihtoehdon.

Kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta kirjataan vasta siinä vaiheessa, kun tapahtuma/asia on käsitelty moniammatillisesti ja sovitut toimenpiteet on viety käytäntöön.

Kehittämyksikkö
Tikkamäentie 16
80210 Joensuu

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä
p. 013 3300 (vaihde)
www.siunsote.fi