



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maija Vähäylikkä

VAARATAPAHTUMAILMOITUSTEN  
AIHEET JA JATKOTOIMENPITEET  
PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala  
2018

## TIIVISTELMÄ

|                    |  |
|--------------------|--|
| Tekijä             | Maija Vähäyylkkä   |
| Opinnäytetyön nimi | Vaaratapahtumailmoitusten aiheet ja jatkotoimenpiteet psykiatrisessa hoitotyössä |
| Vuosi              | 2018   |
| Kieli              | suomi  |
| Sivumäärä          | 53 + 2 liitettä  |
| Ohjaaja            | Hanna-Leena Melender   |

---

Iso-Britannialaisen National Patient Safety Agency -organisaation määritelmän mukaan, vaaratapahtuma tarkoittaa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtumien raportointi ja säännöllinen seuranta on tärkeää potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan keskussairaalan psykiatrisen yksikön vaaratapahtumailmoituksia.

Teoreettisessa viitekehyksessä määritellään tutkimuksen keskeiset käsitteet ja esitetään aiempaa tutkimustietoa potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimusaineistona oli 48 vaaratapahtumailmoitusta HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä. Aineisto analysoitiin pääosin laadullisella sisällönanalyysillä. Vaaratapahtumailmoitusten monivalintaosiossa ilmoitetut tiedot analysoitiin tilastollisesti.

Tämän tutkimuksen kohteena olleessa psykiatrisessa yksikössä ilmoitetut vaaratapahtuma-aiheet liittyivät väkivaltaan, tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan, lääkehoitoon, fyysiseen ympäristöön, laitteeseen ja potilaan luvattomaan poistumiseen. Ilmoittajien mielestä vaaratapahtumien syntyyn vaikuttivat potilaan psyykkisen voimien epätasapainoisuus, potilaan lääkityksen epätasapainoisuus, kommunikoinnin ja tiedonkulun puutteellisuus, koulutuksen ja perehdytyksen puutteellisuus, työvuorojärjestelyjen puutteellisuus, ympäristön turvattomuus, ilmapiirin turvattomuus, huolimattomuus ja laitehuollon puutteellisuus. Vaaratapahtuman jälkeisiä jatkotoimenpiteitä olivat tapahtumasta keskusteleminen, ohjeiden antaminen ja potilaan hoitosuunnitelman tarkasteleminen.

Vaaratapahtumailmoitusten kirjaamisessa ja käsittelyssä on vielä kehitettävää. Tutkimuksen kohteena ollut psykiatrisen yksikkö on osoittanut mielenkiintonsa kehittämällä potilasturvallisuutta kirjatessaan ja käsitellessään vaaratapahtumia, jotta yksikössä voidaan oppia niistä. Jatkotutkimusaiheeksi esitetään vaaratapahtumia ennaltaehkäisevien keinojen selvittämistä psykiatrisessa hoitotyössä.

## ABSTRACT

|                    |   |
|--------------------|---|
| Author             | Maija Vähäyylkkä  |
| Title              | The Contents of Adverse Event Reports and the Further Procedures in Psychiatric Nursing |
| Year               | 2018  |
| Language           | Finnish   |
| Pages              | 53 + 2 Appendices   |
| Name of Supervisor | Hanna-Leena Melender  |

---

According to the UK -based National Patient Safety Agency an adverse event is a patient safety incident that induces or can induce harm to the patient. Reporting and tracking systematically the adverse events is important when developing patient safety. The purpose of this study was to describe the reported adverse events in the psychiatric wards in Vaasa Central Hospital.

The key concept of the study and also previous research knowledge of patient safety in psychiatric nursing are defined in the theoretical frame. The study material included 48 reports of adverse events in HaiPro-reporting system. The material was mainly analyzed with content analysis method. The data received from the multiple-choice part were analyzed with statistical methods.

The reported adverse events in the target psychiatric unit were related to violence, the flow of information and information management, pharmacotherapy, physical environment, different medical appliances and the patient leaving the unit without permission. According to the persons making the reports, the main reasons for the adverse events included the patient's mental state of imbalance, the imbalance in medication, deficiencies in communication and deficiencies in information management, deficiencies in education and orientation, deficiencies in shift arrangement, unsafe environment, unsafe atmosphere and deficiencies in appliance maintenance. Further procedures after an adverse event include discussing the incident, giving instructions and looking at the patient's treatment plan.

Reporting and processing of adverse events should be developed. The psychiatric ward that was target of this study has shown its interest to develop patient safety when documenting and dealing with the adverse events so that the unit could learn from them. A topic for further research could be to find out how and with which methods adverse events could be prevented in psychiatric nursing.

---

|          |  |
|----------|--|
| Keywords | Adverse event, patient safety, psychiatric nursing, Vaasa Central Hospital |
|----------|--|

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

|   |  |    |
|---|--|----|
| 1 | JOHDANTO.....  | 2  |
| 2 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA ...                                | 9  |
| 3 | VAARATAPAHTUMAILMOITUKSET OSANA<br>POTILASTURVALLISUUTTA .....                       | 10 |
|   | 3.1 Potilasturvallisuus .....  | 11 |
|   | 3.2 Vaaratapahtuma .....   | 11 |
|   | 3.3 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro .....                             | 12 |
|   | 3.4 Psykiatrinen hoitotyö .....  | 12 |
| 4 | POTILASTURVALLISUUS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ.....                                  | 14 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....  | 22 |
|   | 5.1 Tutkimusaineisto.....  | 22 |
|   | 5.2 Aineiston analysointi .....  | 22 |
| 6 | TUTKIMUKSEN TULOKSET.....  | 25 |
|   | 6.1 Psykiatrisen palvelualueen vaaratapahtumailmoitukset .....                       | 25 |
|   | 6.1.1 Vaaratapahtumailmoitusten kvantitatiivinen kuvailu .....                       | 25 |
|   | 6.1.2 Vaaratapahtumailmoitusten kvalitatiivinen kuvailu .....                        | 26 |
|   | 6.2 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät.....                                | 30 |
|   | 6.2.1 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavien tekijöiden kvantitatiivinen kuvailu..... | 31 |
|   | 6.2.2 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavien tekijöiden kvalitatiivinen kuvailu.....  | 32 |
|   | 6.3 Jatkoimenpiteet vaaratapahtumien jälkeen .....                                   | 38 |
| 7 | POHDINTA.....  | 42 |
|   | 7.1 Tutkimuksen luotettavuus .....   | 42 |
|   | 7.2 Tutkimuksen eettisyys .....  | 46 |
|   | 7.3 Tutkimustulosten tarkastelu .....  | 47 |
|   | 7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....                                   | 49 |

|              |    |
|--------------|----|
| LÄHTEET..... | 51 |
|--------------|----|

LIITTEET

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

|  |    |
|--|----|
| <b>Kuvio 1.</b> Psykiatrisessa yksikössä ilmoitetut vaaratapahtumat  | 25 |
| <b>Kuvio 2.</b> Ilmoitetut vaaratapahtuma-aiheet   | 26 |
| <b>Kuvio 3.</b> Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät  | 31 |
| <b>Kuvio 4.</b> Tarkentavien ilmoitettujen tapahtumaolosuhteiden ja muiden tapahtuman syntyyn myötävaikuttavien tekijöiden määrä | 32 |
| <b>Kuvio 5.</b> Ilmoittajien näkökulma vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttavista tekijöistä                                    | 33 |
| <b>Kuvio 6.</b> Vaaratapahtumien jälkeiset jatkotoimenpiteet   | 39 |
| <br>   |    |
| <b>Taulukko 1.</b> Esimerkki ryhmittelystä: Miten alaluokka ”Toisen fyysinen satuttaminen” muodostettiin                         | 24 |

**LIITELUETTELO****LIITE 1.** Tiedonhakujen kuvaus**LIITE 2.** HaiPro-vaaratapahtuman ilmoituslomake

## 1 JOHDANTO

Potilas- ja asiakasturvallisuus ovat osa sosiaali- ja terveydenhuollon riskienhallintaa. Hoitoprosessien riskien analysoinnissa voidaan käyttää vakiintuneita meneteltytapoja. Säännölliset riskien kartoitukset, kyselyt henkilöstölle ja vaaratapahtumien raportointi ovat käytännöllisiä keinoja riskien tunnistamiseen. (STM 2017, 14–15.)

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan keskussairaalan psykiatrian palvelualueen vaaratapahtumailmoituksia. Tutkimuksen tilasi Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikkö. Kyseisessä yksikössä vaaratapahtumailmoituksia ei ole aiemmin analysoitu systemaattisesti, joten opinnäytetyö on tarpeellinen potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta. Sitä varten tarvitaan tietoa, miten vaaratapahtumailmoituksen tekijä on kokenut potilaan turvallisuuden vaarantuneen ja millaisiin jatkotoimenpiteisiin ilmoituksen jälkeen on ryhdytty.

Vaasan keskussairaalassa on käytössä useita yhteisiä mittareita potilas- ja asiakasturvallisuuden seuraamisen tueksi, esimerkiksi vaaratapahtumien seuraamiseksi käytössä oleva HaiPro-järjestelmä (Vaasan keskussairaala 2017, 24–25). Tässä opinnäytetyössä analysoitu aineisto on saatu HaiPro-järjestelmästä.

## **2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA**

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla Vaasan keskussairaalan erään psykiatrisen yksikön vaaratapahtumailmoituksia. Kyseisessä psykiatrisessa yksikössä vaaratapahtumia ei ole aiemmin käsitelty systemaattisesti. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla sairaala voi kehittää laatua ja potilasturvallisuutta.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Millaisia vaaratapahtumia psykiatrisessa yksikössä on ilmoitettu?
2. Mitkä asiat ilmoittajan mielestä vaikuttavat vaaratapahtumien syntyyn?
3. Millaisia jatkotoimenpiteitä vaaratapahtuman jälkeen on tehty?

### **3 VAARATAPAHTUMAILMOITUKSET OSANA POTILAS- TURVALLISUUTTA**

Tässä luvussa määritellään tutkimukseen liittyvät keskeiset käsitteet ja kuvaillaan vaaratapahtumien raportointijärjestelmää HaiProta.

#### **3.1 Potilasturvallisuus**

Suomessa terveydenhuoltolaissa on säädetty, että terveydenhuollon toiminnan täytyy perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (L30.12.2010/1326) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2017a) mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas saa tarvitsemaansa ja oikeanlaista hoitoa, josta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Siihen kuuluvat turvallinen hoito, turvallinen lääkehoito ja turvalliset lääkinnälliset laitteet.

Terveydenhuoltolaki (L30.12.2010/1326) määrää, että potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta ja laadun valvonnasta on tehtävä suunnitelma. Vaasan keskussairaala noudattaa Vaasan keskussairaalan laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmaa (VKS 2017). Suunnitelma pohjautuu Sosiaali- ja terveysministeriön laatimaan suomalaiseen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaan vuosille 2017–2021. Potilasturvallisuusstrategiaa toteutetaan sekä yksityisessä että julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sen tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäistä turvallisuuskulttuuria Suomessa. (STM 2017, 11.) Maailmanlaajuisesti potilasturvallisuutta pyrkii kehittämään Maailman terveysjärjestö WHO (WHO 2017).

Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus takaa hänelle oikean hoidon oikeaan aikaan ja oikealla tavalla sekä mahdollisimman vähällä haitalla (Suomen potilasturvallisuusyhdistys Ry, 2017). Hyvälaatuinen terveyden- ja sairaanhoito kuuluu potilaan oikeuksiin. Jos potilas on tyytymätön, hänellä on oikeus valittaa saamaansa hoidosta. Potilas voi tehdä muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikön

vastaavalle johtajalle tai kantelun terveydenhuollon valvonnasta vastaaville viranomaisille. Potilasturvallisuudesta huolehtii myös terveydenhuollon yksikössä auttava potilasasiamies, joka antaa tarvittaessa potilaalle tietoa tämän hoitoa koskevista oikeuksista. (STM 2017.) Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL 2017) on luonut potilaan tueksi oppaan turvallisesta hoidosta ja potilaan oikeuksista.

### 3.2 Vaaratapahtuma

Iso-Britannian NPSA (National Patient Safety Agency) (NPSA 2011) kuvaa, että vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Suomessa vaaratapahtumasta käytetään samaa määritelmää (Potilasvakuutuskeskus 2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käyttää potilasturvallisuuden sanastossa (THL 2007) vaaratapahtumasta myös nimitystä potilasturvallisuustapahtuma. Potilasturvallisuuden sanastossa on määriteltä tarkemmin myös vakava ja lievä vaaratapahtuma. Vakava vaaratapahtuma on tapahtuma, josta on aiheutunut merkittävää tai huomattavaa pysyvää haittaa potilaalle, tai hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdistuva vakava vaara. Se voi olla myös vaara tai uhka, joka kohdistuu suurempaan joukkoon potilaita. Lievä vaaratapahtuma on vakavaa lievempi tapahtuma tai seikka, joka olisi voinut aiheuttaa tai on aiheuttanut lievää haittaa potilaalle, mutta ei kuitenkaan hengenvaaraa. NPSA on määritellyt kahdeksan kohdan ”ei koskaan -tapahtuman” listan, johon on koottu seuraavat tapaukset, joita ei koskaan saisi tapahtua:

1. Kemoterapian antaminen väärää reittiä
2. Keskivaikean tai vaikean mielenterveyshäiriön omaavan potilaan pakeneminen potilassiirrossa
3. Äidin kuolema sairaalassa sektion jälkeiseen verenvuotoon
4. Potilaan itsemurha ei-kokoontaittuvilla kiskoilla sairaalassa
5. Vääriä kaliumkloridipitoisuuksia potilaalle laskimonsisäisesti
6. Nenä- tai nieluputken virheellinen sijoittaminen
7. Välineiden säilyttäminen leikkauksen jälkeen

## 8. Väärän puolen leikkaus

Vaaratapahtumia ovat myös läheltä piti -tilanteet. Yhdysvaltain kansallisen turvallisuusneuvoston NSC:n (National Safety Council) (2013) mukaan läheltä piti -tilanne on suunnittelematon tilanne, joka olisi voinut aiheuttaa potilaalle vaaraa, sairautta tai vahinkoa, mutta siltä vältyttiin. Yleensä tauko onnettomuuteen johtavassa tapahtumaketjussa estää vaaratapahtuman. Läheltä piti -tilanne määritellään Suomessa samalla tavalla (Potilasvakuutuskeskus 2017).

### 3.3 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro

HaiPro on sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. HaiPro-järjestelmän kehittäminen aloitettiin vuonna 2005. Nykyään sitä käytetään yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä Suomessa. HaiPro-järjestelmän avulla yritetään kehittää yksiköiden sisäistä toimintaa. Vaaratapahtumien raportointi auttaa terveydenhuollon yksiköitä selvittämään millaisia vaaratapahtumia yksikössä ilmenee sekä niihin varautumisen riittävyyttä ja jatkotoimenpiteiden vaikutuksia. Raportointi on vapaaehtoista, luottamuksellista ja ketään syyttelemättä. (Awanic Oy 2016.)

### 3.4 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jossa tutkitaan ja hoidetaan mielenterveyden häiriöitä. Jokaiselle häiriölle on annettu tautiluokituksessa oma nimike eli diagnoosi sekä koodi eli diagnoosinumero. Mielenterveyshäiriöt kuvaillaan tautiluokituksessa häiriölle ominaisin kriteerein, jotka muodostuvat keskeisistä oireista, häiriön kulusta ja sen aiheuttamasta haitasta. Kriteereistä voi ilmetä myös tunnettu syytekijä. (Lönqvist & Lehtonen 2008, 14.)

Suomessa noudatetaan mielenterveyslakia. Se määrittää, että mielenterveystyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun kehittämistä sekä mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä, parannusta ja lievitystä. (L14.12.1990/1116.) Maailman psykiatriyhdistyksen WPA:n (World

Psychiatric Association) mukaan psykiatrinen potilas on autonominen yksilö. Potilaan hyvään hoitoon kuuluu itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hoidon avulla halutaan palauttaa potilaan kyky tehdä itsenäisiä ja vastuullisia päätöksiä. Suomessa noudatetaan tätä WPA:n määritelmää. Myös Lönnqvist ja Lehtonen (2008) toteavat, että psykiatrinen potilas on tasa-arvoinen asiantuntijoiden kanssa yhteistyötä tekevä kumppani ja vastuussa omista asioistaan. Siksi mielenterveyspotilaalle kuuluu asianmukainen informointi hoidon tarpeesta ja sisällöstä.

Psykiatrinen hoitotyö on määritelty jo vuonna 1995 potilaan selviytymisen tukemiseksi arjessa (Latvala, Visuri & Janhonen 1995, 20). 1990-luvulta alkaen psykiatrisen potilaan hoidossa on pyritty potilaan voimaannuttamiseen. Se tarkoittaa potilaan huomioimista hoitoa koskevassa päätöksenteossa, oikean tiedon antamista sairaudesta ja siitä paranemisesta, potilaan oikeuksien kunnioittamista sekä potilaan omaksumien normaalien ja toimivien roolien vahvistamista. Potilas on hoitosuhteessa aktiivinen ja tasavertainen osallistuja. Hoitotyössä pyritään valmentamaan, konsultoimaan ja jaettuun vastuuseen, jossa sekä hoitajalla että potilaalla on oma tehtävänsä. Hoitaja tarkkailee ja on mukana potilaan arjessa sekä auttaa luomaan uusia toimintamalleja potilaan terveyden edistämiseksi. (Louheranta 2015, 200–201.)

## 4 POTILASTURVALLISUUS PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ

Tutkimusta varten tehtiin tiedonhakuja Cinahl-, PubMed- ja Medic -tietokantoihin (Liite 1). Asiasanaston asiasanojen ja katkaistujen avainsanojen lisäksi hakuterminä käytettiin kolmen suomalaisen alan tutkijan nimeä. Tietokantahauissa ei löytynyt juuri tätä tutkimusta vastaavia aiempia tutkimuksia. Tietokantahauissa löytyi kolme tähän opinnäytetyöhön sopivaa tutkimusta potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatrisen hoitotyön vaaratapahtumista löytyi kolme tutkimusta sekä yksi tutkimus lääkehoidon vaaratapahtumista kirurgisilla osastoilla. Lisäksi tehtiin käsinselausta Tutkiva hoitotyö sekä Hoitotiede -lehtiin. Vuodesta 2015 vuoteen 2018 ei näistä lehdistä löytynyt tutkimustietoa potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumista psykiatrisessa hoitotyössä. Tältä ajanjaksolta molemmista lehdistä löytyi ainoastaan yksi artikkeli koskien yleisesti potilasturvallisuutta. Toinen niistä käsitteli ensihoitajien kokemuksia potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä ja toinen yliopistollisen sairaalan potilasturvallisuuskulttuuria sairaanhoitajien arvioimana.

Tietokannoissa tehtyjen hakujen perusteella potilasturvallisuus ja sen kehittäminen on alkanut kiinnostaa enemmän vasta 2000-luvulta lähtien. Löydetyt ensimmäiset kansainväliset tutkimukset potilasturvallisuudesta liittyvät enimmäkseen lääkehoitoon ja potilastietojen turvalliseen käyttöön sekä säilytykseen. Myös eri yksiköihin tehtyjä turvallisuuteen liittyviä tarkistuslistoja ja niiden käyttöönottoa on tarkasteltu. Vasta myöhemmin 2000-luvulta löytyy enemmän tutkimuksia potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Nämä tutkimukset koskevat yleisimmin hoitotyössä tapahtuvaa fyysistä rajoittamista. Vähitellen myös potilasturvallisuuskulttuuri ja sen kehittäminen ovat alkaneet kiinnostaa enemmän.

Suomessa tehtyjä tutkimuksia potilasturvallisuudesta tietokannoista alkaa löytyä vuodesta 2004 eteenpäin. Suomessakin tutkimustietoa potilasturvallisuudesta löytyy ensin lääkehoidosta ja potilastiedoista. Potilasturvallisuustutkimuksia on tehty

aluksi enemmän kirurgisessa hoitotyössä ja tehohoidossa. Potilasturvallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä alkaa löytyä tutkimustietoa vasta noin 10 vuotta myöhemmin. Potilasturvallisuuskulttuurista ja sen kehittamisestä Suomessa on viime vuosina ilmestynyt muutamia tutkimuksia. Ensimmäiset vaaratapahtumia koskevat tutkimukset löytyvät vuodelta 2007. Tutkimukset liittyvät vaaratapahtumien raportointiin ja niistä oppimiseen, lääkehoidossa ilmeneviin vaaratapahtumiin tai tiedonkulkuun liittyviin vaaratapahtumiin.

Ensimmäinen löydetty vaaratapahtumista tehty tutkimus psykiatrisessa hoitotyössä on Seppälän (2011) tutkimus osastonhoitajien näkemyksistä potilasturvallisuuskulttuurista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Osastonhoitajien mukaan potilasturvallisuus koostui henkilökunnan toiminnasta, esimiesten läsnäolosta ja vaikutuksesta sekä potilasturvallisuuteen kehitettyjen työkalujen käytöstä. Jokainen työntekijä nähtiin merkityksellisenä potilasturvallisuuden toteutumisessa. Henkilökunnan vahva ammattitaito koettiin tärkeäksi, esimerkiksi aiempi työkokemus ja hoitotyön ennakoinnin osaaminen. Potilasturvallisuuden toteutumisessa osastonhoitajat pitivät keskeisenä uuden työntekijän perehdytystä. (Seppälä 2011, 29–31.)

Seppälän tutkimuksessa organisaation fyysinen ympäristö ja potilasturvallisuuden työkalut toivat turvallisuutta. Henkilökohtaisia hälyttimiä ja osaston hälytinlaitteita testattiin säännöllisesti. Ahtaita ja epäkäytännöllisiä tiloja haluttiin välttää ja HaiPro-ilmoitukset koettiin hyödyllisiksi. HaiPro-ilmoituksia oli organisaatioissa käytetty pääosin vain lääkehaittatapahtumien raportointiin. Kuitenkin vaaratapahtumailmoituksista keskustelua ja niiden läpikäyntiä osastokokouksissa pidettiin tärkeänä. (Seppälä 2011, 32.)

Seppälän tutkimuksessa esimiehen läsnäololla koettiin olevan merkitystä potilasturvallisuuden hallinnassa. Esimerkiksi osastonhoitajan tieto osaston yleistilanteesta ja ilmapiiristä sekä raporteilla mukana oleminen antoivat mahdollisuuden tarvittaessa puuttua osaston toiminnan epäkohtiin. Osastonhoitajat kokivat olevan-

sa tärkeässä roolissa uuden tiedon eteenpäin viennissä ja kannustamisessa. Pysyvä ja toimiva henkilökunta tuntui voimavaralta. (Seppälä 2011, 34.)

Seppälän tutkimuksessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasturvallisuusstrategia muodostui käytännön toiminnoista, organisaation toimintatavoista ja turvallisuuden toteutumisesta. Keskeisenä strategiassa osastonhoitajat korostivat mielen-terveyslain noudattamista. He kokivat, että organisaation ylemmällä johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta ja toivoivat johdolta enemmän tukea. Välillä osastonhoitajat kokivat, että ylempi johto ei kuunnellut potilasturvallisuuden liittyviä kysymyksiä tai ehdotuksia. (Seppälä 2011, 35–37.)

Suomalaisessa tutkimuksessa tiedonkulun vaikutuksesta SOTE-palveluiden maineeseen on tarkasteltu HaiPro-järjestelmän avulla, millaista haittaa vaaratapahtumat ovat aiheuttaneet organisaation imagolle. Tutkimuksessa ilmeni, että tiedonkulkua hoitotyössä on parannettava sekä potilasturvallisuuden että organisaation maineen säilyttämiseksi. Tutkimuksessa tarkasteltiin seitsemän eri organisaation yhteensä 15393:a HaiPro-järjestelmän vapaamuotoista kuvausta tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä ilmoituksista. Tutkimuksessa oli huomioitu vain sellaiset tiedonkulun vaaratapahtumat, joissa ilmoittaja oli arvioinut tapahtuman olleen haitaksi organisaation imagolle. Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat olivat tässä tutkimusaineistossa toiseksi yleisimpiä vaaratapahtumia. (Saranto, Kivekäs, Palojoki, Kinnunen, Sjöblom & Suomi, 2018.)

Sarannon ym. tutkimuksessa huomattiin useita puutteita hyvässä tiedonkulussa ja tiedonhallinnassa laadukkaan potilasturvallisuuden saavuttamisen sekä organisaation maineen säilyttämisen kannalta. Puutteita löytyi tiedon kokonaisuuden hallinnassa, potilaan hoidon järjestelyssä, potilastiedon kirjauksessa, suullisessa viestinnässä ja hyvässä potilasohjauksessa. Tutkimuksessa havaittiin eniten hoidon järjestelyihin liittyviä vaaratapahtumia. Niihin sisältyi esimerkiksi puutteita sosi- aali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteen toimimisessa tai ongelmat lä- hetteen ja ajanvarauksen tekemisessä. Tiedonkulku saattoi katketa kokonaan eri tietojärjestelmien välillä. Potilaan hoidon kokonaisuuden hallinnassa esimerkiksi

unohdettu lähetteen tekeminen teki potilaan hoidosta pirstaleisempaa ja aiheutti turhaa vaivaa potilaalle. Hoidon järjestelyyn ja kokonaisuuden hallintaan koettiin saatavan apua tarkistuslistojen käytöstä. (Saranto ym. 2018.)

Sarannon ym. tutkimuksessa suuri osa vaaratapahtumailmoituksista koski potilastietojen hallintaa ja kirjausta. Esimerkiksi tieto oli virheellistä, epäselvää, kirjattu väärään paikkaan tai tietoa ei ollut tulostettu ulos sähköisestä järjestelmästä. Usein potilaan tietosuojaa ja tietoturva vaarantui. Potilaspaperit saattoivat löytyä väärästä paikasta tai menivät sekaisin potilaiden välillä. (Saranto ym. 2018.)

Sarannon ym. tutkimuksessa hoidon kokonaisuuden hallinnan, järjestelyn ja kirjaamisen lisäksi myös suullisessa viestinnässä oli monia haasteita ja epäkohtia. Vaaratapahtumia aiheutui esimerkiksi väärästä tai epäselvästä tiedosta, tiedon väärinymmärtämisestä, väärän potilaan tiedon välittämisestä, tiedon välittämättä jättämisestä ja tiedon välittämisestä väärään paikkaan. Tiedon välittämiseen liittyi joskus ongelmia tavoittaa tietty henkilö ja teknologian toimimattomuus. Potilasohjauksessa tieto ei ollut aina riittävän asiakaskeskeistä ja se saattoi olla väärää, epäselvää tai puutteellista. Tutkimuksessa nousi vahvasti esille, että potilaan tai omaisen täytyy usein itse korjata tai tarkentaa suullisesti välitettävää tietoa, esimerkiksi potilaan henkilötietoja. Tutkimuksessa viestintää helpottavana tekijänä mainittiin selkeään ja tiiviiseen raportointiin kehitetty ISBAR-menetelmä. (Saranto ym. 2018.)

Yhdessä suomalaisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin oikeuspsykiatrisen osaston 337:ä väkivaltatilannetta koskevaa vaaratapahtumailmoitusta. Väkivaltatilanteista 62,9 % koski toisen potilaan aiheuttamaa väkivaltaa, 32,9 % itsensä vahingoittamista ja 4,2 % vastentahtoisesti suoritettuja hoitotoimenpiteitä. 65,1 % tapauksista potilaalle aiheutui haittaa ja loput ilmoitetut tapaukset olivat läheltä piti -tilanteita. Ilmoituksissa ehdotettiin yleisimpänä väkivaltatilanteiden ehkäisymenetelmänä psykoedukaatio ja terapeutinen keskustelu (9,8 %). 35,3 %:ssa ilmoituksista ehkäisykeinoja ei ollut ehdotettu ollenkaan ja jopa 11,9 % il-

moituksissa ilmoittaja oli sitä mieltä, ettei tapahtumia voi ennaltaehkäistä. (Leskinen 2017, 36–54.)

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen, säännöllinen seuranta ja toiminnan ohjaus kuuluvat yleiseen Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiaan (STM 2017, 17). Leskinen viittaa tutkimuksessaan Reimanin ym. (2008) ja Kanervan ym. (2015) määritelmään potilasturvallisuuskulttuurista, joka sisältää turvallisuuden tarkkailua, vaarojen havainnointia ja riskien arviointia. Potilasturvallisuudesta ja siihen liittyvistä uhkista puhumisen lisäksi toimiva yhteistyö ja työkaverin tukeminen hoitotyössä ovat potilasturvallisuutta vahvistavaa. Työpaikalla vallitseva avoin ilmapiiri ja myönteinen suhtautuminen HaiPro -ilmoitusten tekemiseen tukevat potilasturvallisuutta. Sitä lisäävät myös hoitajien hyvinvointi, ammattitaito sekä riittävä lisäkouluttautuminen ja työpaikan turvallinen fyysinen ympäristö. (Leskinen 2017, 16–18.)

Leskinen toteaa, että väkivalta aiheuttaa merkittävän uhan potilasturvallisuudelle oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa. Voimakeinojen käyttö aiheuttaa potilasturvallisuusriskin, joten fyysiseen rajoittamiseen tarvitaan yhteiset toimintamallit ja ohjeistukset. Usein myös potilaalle aiheutuvan haitan arviointi keskittyy vain fyysisten haittojen arviointiin, eikä potilaan omaan kokemukseen ja psyykkisiin haittoihin. Vaaratapahtumailmoituksia tehdään harvoin esimerkiksi tahdonvastaisesti suoritetuista hoitotoimenpiteistä. (Leskinen 2017, 73.)

Leskisen mukaan potilasturvallisuusilmoitusten kirjaamisessa ja käsittelyssä on paljon puutteita ja kehitettävää. Henkilökunnalle pitäisi järjestää lisäkoulutusta ilmoitusten tekemisestä ja käsittelemisestä. Ilmoitusten luokittelua tulisi kehittää vastaamaan paremmin myös psykiatrisen hoitotyön tarpeita. Esimerkiksi fyysistä rajoittamista koskevat ilmoitukset pitäisi pystyä kirjaamaan potilasturvallisuustapahtumaksi myös silloin, kun voimankäyttö on tilanteen vaatimaa, mutta ei liiallista. Leskisen tutkimuksessa ilmoituksiin oli kirjattu liian harvoin ehdotuksia väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisykeinoista. Kuitenkin ehkäisevinä keinoina ilmoittajat olivat maininneet läsnäolon ja positiivisen vuorovaikutuksen. Leskisen mu-

kaan ilmoituksia pitäisi käsitellä niin, että henkilökunnan ehdottamat ennaltaehkäisykeinot huomioidaan. (Leskinen 2017, 74.)

Suomessa on tutkittu myös pakon käytön vähentämistä psykiatrisessa hoitotyössä potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Potilasturvallisuudesta huolehtiminen psykiatrisessa hoidossa perustuu samoihin periaatteisiin kuin terveydenhuollossa yleensä. Psykiatrisessa hoitotyössä potilasturvallisuustapahtumat sisältävät kuitenkin erityisiä piirteitä. Ilmoitetut vaaratapahtumat liittyvät yleensä esimerkiksi potilaan aggressiivisuuteen, väkivaltaisuuteen ja itsetuhoisuuteen, potilaan rajoittamiseen, kaatumisiin ja lääkityspoikkeamiin. Myötävaikuttavina tekijöinä voivat olla potilaan sen hetkinen tila, henkilöstö, organisaation toiminta sekä fyysinen ympäristö. Henkilöstön toimintatavat vaikuttavat suoraan potilasturvallisuuteen, sillä psykiatrisessa hoitotyössä hoitajan ja potilaan suhde on merkityksellinen. Suomessa on käytössä monia pakonkäytön hallintakoulutuksia henkilöstölle, kuten MAPA (Management of Actual or Potential Aggression) ja HFR (Hallittu Fyysinen Rajoittaminen). (Makkonen ym. 2016, 41–42.)

Potilasturvallisuuden takaamisessa psykiatriassa käytetään riskien hallintakeinoja ja systemaattisia menettelytapoja, joiden avulla yritetään minimoida riskien ja ihmisten tekijöiden vaikutus potilaan turvallisuuden vaarantumisessa (Makkonen, Putkonen, Korhonen, Kuosmanen & Kärkkäinen 2016, 41). Makkonen ym. viittaavat NPSA:n (2008) laatimaan ”7 steps for patient safety” -listaan. Lista käsittelee seuraavanlaisia potilasturvallisuuden hallintakeinoja ja menettelytapoja:

1. Turvallisuuskulttuurin luominen ja ylläpitäminen
2. Johdon keskittyminen potilasturvallisuuteen ja henkilöstön tukemiseen
3. Riskien hallinnan menettelytavat osaksi käytännön hoitotyötä
4. Vaaratapahtumien ja poikkeamien raportointiin kannustaminen
5. Potilaiden ja yhteisön mukaan ottaminen organisaatiossa yhteistyön toimimiseksi
6. Vaaratapahtumista oppiminen ja turvallisuusosaamisen jakaminen
7. Turvallisuutta varmistavien menettelytapojen jalkauttaminen

Kanerva, Kivinen ja Lammintakanen (2016) tarkastelivat potilasturvallisuutta ja sen parantumista osastonhoitajien yhteistyötä kehittämällä PAR-työkalun (Participatory Action Research) avulla. Osastonhoitajat saivat koulutusta ja neuvoja, joilla pyrittiin vaikuttamaan organisaatioiden potilasturvallisuuteen vaikuttaviin toimintatapoihin. Osastonhoitajia ja yksiköitä seurattiin kuuden kuukauden toimintatutkimuksen jälkeen. Tutkimuksessa oli valittu neljä seurattavaa kehitysaluetta:

1. ISBAR-työkalun säännöllinen käyttöönotto potilassiirroissa
2. Yhtenäinen dokumentointi ja suullinen raportointi
3. Yhtenäisen menetelmän omaksuminen työnjaon johtamisessa
4. Lääkehoito

Kanervan ym. toimintatutkimuksessa yhteistyö potilasturvallisuuden edistämiseksi osastonhoitajien välillä parani ja osastonhoitajat saivat lisää tietoa potilasturvallisuudesta. Lisäksi oma rooli potilasturvallisuuden edistämässä selkiytyi osastonhoitajille. Kaikilla eri kehitysalueella saatiin parempia tuloksia. Parasta kehitystä saatiin, kun yksiköissä annettiin selkeät toimintaohjeet, joita seurata. Yksiköissä, joissa osastonhoitaja itse toimi esimerkillisesti ja osallistuvasti kehitys oli parempaa. Arvostettujen yksiköiden osastonhoitajien näkemyksiä oli haastavampaa muokata ja uuden toiminnan omaksuminen yksiköissä oli hitaampaa. (Kanerva ym. 2016.)

Harbison, Allen ja Rogers (2011) toteavat potilasturvallisuudesta koskien fyysisistä rajoittamista psykiatrisessa hoitotyössä, että NPSA:n määrittelemien kahdeksan kohdan ”ei koskaan -tapahtuman” listaa tulisi laajentaa. DH (englantilainen Department of Health) on ehdottanut listan laajentamista 22:een kohtaan. Yksi ehdotetuista määritelmistä on, ettei potilas saisi koskaan saada vakavaa vammaa tai kuolla fyysisen rajoittamisen seurauksena missään mielenterveyslaitoksessa. Uuden määritelmän sisällyttäminen ”ei koskaan -tapahtumien” listalle on kuitenkin ongelmallista johtuen fyysisen rajoittamisen tarpeen arvaamattomuudesta, hoitajien saaman ohjauksen puutteesta ja Englannin lainsäädännöstä. Harbison kolle-

goineen toteaa, että uusi ehdotus on harhaanjohtava, sillä fyysisen rajoittamisen hyötyjä ja haittoja voidaan käsitellä esimerkiksi potilaan, hoitajien tai lain kannalta monesta eri näkökulmasta.

Potilasturvallisuutta ja vaaratapahtumia yleisesti koskien koko hoitotyötä on tutkittu laajemmin. Tällöin tutkimukset liittyvät useimmiten lääkehoidossa tapahtuviin vaaratapahtumiin tai lääkehoidon haittavaikutuksiin. Esimerkiksi yhdessä suomalaisessa tutkimuksessa seurattiin, miten 32 sairaanhoitajaa käsitteli 1058 lääkettä 122 potilaalle neljällä eri kirurgisella osastolla suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa. Ainakin yksi virhe löytyi 22,2 % :sta tapauksista. Virheet johtuivat väärästä lääkeannoksesta, antotekniikasta tai dokumentaatiovirheestä. Lääkehoidossa tapahtuvia virheitä lisäsivät aamuvuorot, kiire, toiset apua pyytävät hoitajat ja potilaiden käyttämien lääkkeiden lisääntynyt määrä. Virheitä puolestaan vähensivät suun kautta annettavat lääkkeet, lääkkeiden kaksoistarkistus ja ylimääräinen henkilökunta lääkehuoneessa. Tutkimuksessa todettiin, että lääkevirheet ovat sairaalahoidossa yleisiä ja että turvallisuuden lisääminen lääkehoidossa on elintärkeää. Ongelmien ehkäisemiseksi tulisi kiinnittää enemmän huomiota lääkkeenantotekniikoihin, ohjeisiin ja potilasturvallisuusasenteisiin. (Härkänen, Ahonen, Kervinen, Turunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 297–306.)

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvaillaan tutkimusaineistoa ja aineiston analysointia.

### 5.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusta varten saatiin valmis aineisto psykiatrisen palvelualueen yhden osaston vaaratapahtumailmoituksista Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuskoordinaattorilta. Aineisto kattoi 48 vaaratapahtumailmoitusta vuodelta 2017 ja se saatiin Excel-tiedostona.

### 5.2 Aineiston analysointi

Tutkimuksen lähestymistapana oli pääosin kvalitatiivinen lähestymistapa ja osin kvantitatiivinen lähestymistapa. Tutkimusongelmat ohjasivat tutkimuksen lähestymistavan valinnassa. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen lähestymistapa täydentävät toisiaan (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 136).

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pyrkii löydöksiin ja sen tavoitteena on ilmiön kuvaaminen ja selittäminen. Kvalitatiivista tutkimusta käytetään, kun ilmiötä halutaan ymmärtää syvällisesti ja siitä halutaan muodostaa tietoa, teorioita ja malleja. Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy vain muutaman havaintoyksikön perusteelliseen tutkimiseen. Kvalitatiivinen tutkimus edeltää kvantitatiivista tutkimusta. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus puolestaan keskittyy lukuihin ja pyrkii niiden pohjalta luomaan yleistyksiä tutkittavasta asiasta. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan selittää monimutkaisia ja laajoja tilastollisia riippuvuussuhteita. (Kananen 2017, 33–35.)

Kvantitatiivisena osuutena tässä tutkimuksessa vaaratapahtumailmoitusten monivalintaosioissa ilmoitetut tiedot vaaratapahtumista analysoitiin Excel-ohjelmassa. Excel-ohjelmassa niistä analysoitiin frekvenssit (f) ja prosentit (%) ja niistä laadittiin graafisia esityksiä.

Vaaratapahtumailmoitusten tekstit analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä, joka on laadullisen tutkimusaineiston perusanalyysimenetelmä. Sen tavoitteena on tuottaa yksinkertaistettu kuvaus tutkimusaineistosta. Laadullinen sisällönanalyysi on hoitotieteessä suosittu tutkimusaineiston analyysimenetelmä. Analyysi aloitettiin tutustumalla tutkimusaineistoon huolellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165.) Aineisto saatiin sähköisestä HaiPro-järjestelmästä kopioituna, joten litterointia ei tarvinnut tehdä. Materiaalin laajuus oli 23 sivua, rivivälillä 1 sekä fontin tyylillä Calibri ja koolla 11.

Tässä tutkimuksessa päätettiin, että analyysiyksikkönä voi olla yksittäinen sana, teema, lausahdus tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön valintaa ohjasivat kolme tutkimuskysymystä, joihin analyysillä haettiin vastauksia. Analyysi oli aineistolähtöistä eli aineistoa käsiteltiin sanojen teoreettisten merkitysten pohjalta muodostaen niistä ala- ja pääkategorioita. Analyysi eteni pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla vaiheittain. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166-168.) Aineisto analysoitiin manuaalisesti. Taulukossa 1 esitetään esimerkki, miten alaluokka ”Toisen fyysinen satuttaminen” muodostui.

Aineiston pelkistysvaiheessa tutkija käytti apuna analyysia ohjaavia kysymyksiä ”kuka kertoo”, ”missä tilanne tapahtuu”, ”milloin tapahtuu”, ”mitä tapahtui” ja ”miksi” (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168). Pelkistyksen lähtökohdina olivat ilmoitusten alkuperäisilmaisut (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26). Pelkistyksessä poimittiin aineistosta yliviivaamalla värien avulla analyysiyksiköitä, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Jokaista tutkimuskysymystä varten valittiin oma väri. Alkuperäisilmauksia pelkistettiin niin, että sisällön merkitys säilyi.

Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin kokonaisuuksiin. Ilmauksista etsittiin yhteisiä ja eroavia piirteitä. Samaa asiaa kuvaavat ilmaukset yhdistettiin kategoriaan, joka nimettiin mahdollisimman kuvaavasti. Aineistoa abstrahoimalla samantapaisia alakategorioita yhdistettiin pääkategorioihin, jotka myös nimettiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28–29.) Raportoinnissa esitetään tuotettu luokitus. Tu-

losten lomassa esitetään lainauksia alkuperäisaineistoista ja ne on merkitty tekstiin lainausmerkeillä.

**Taulukko 1.** Esimerkki ryhmittelystä: Miten alaluokka ”Toisen fyysinen satuttaminen” muodostettiin

| Pääkategoria                          | Alakategoria                 | Pelkistetyt ilmaukset  |
|---------------------------------------|------------------------------|--|
| Väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat | Toisen fyysinen satuttaminen | <p>Potilas yrittänyt myös purra hoitajia</p> <p>Potilas 1 ottaa kuristusotteen potilas 2 kaulan ympäriltä</p> <p>Hoitajat joutuneet potkujen ja vääntämisen kohteeksi</p> <p>Potilas sanoo ”pian alkaa tapahtumaan” ja alkaa laskemaan aikaa</p> <p>Käynyt 34v potilaaseen käsiksi, ottanut paidan rinnoista kiinni ja painanut seinää vasten</p> <p>Yrittänyt lyödä hoitajia</p> <p>Potilas ei rauhoitu, sanoo että ”voitte yrittää viedä minut eristyksen”, ”tulkaa kokeilemaan”</p> |

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

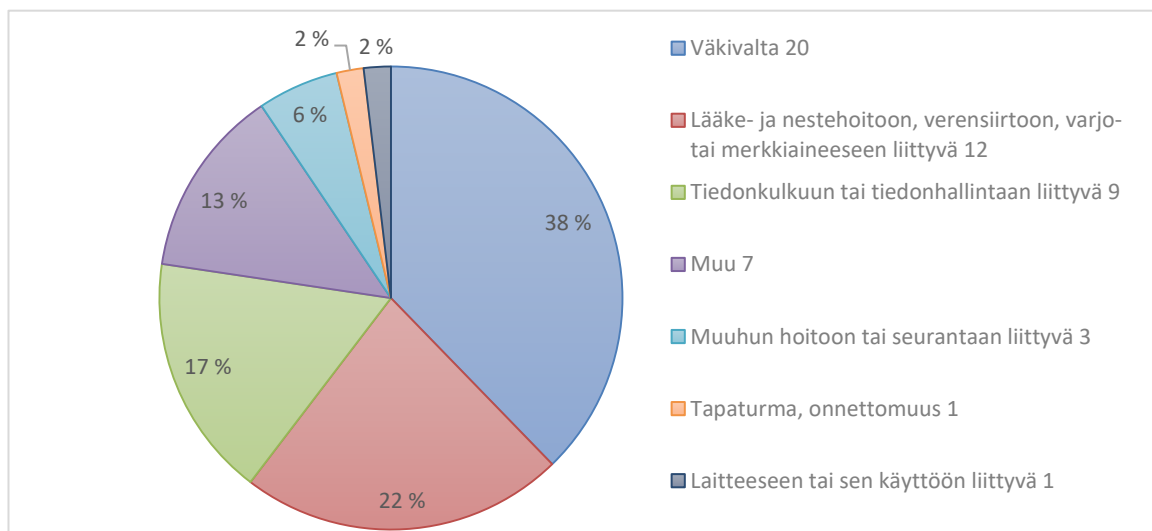
Tutkimuksen tulokset raportoidaan vastaamalla vuorotellen jokaiseen kolmeen tutkimusongelmaan.

### 6.1 Psykiatrisen palvelualueen vaaratapahtumailmoitukset

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaamiseksi seuraavaksi kuvaillaan, mistä aiheista psykiatrisella palvelualueella vaaratapahtumailmoituksia oli tehty.

#### 6.1.1 Vaaratapahtumailmoitusten kvantitatiivinen kuvailu

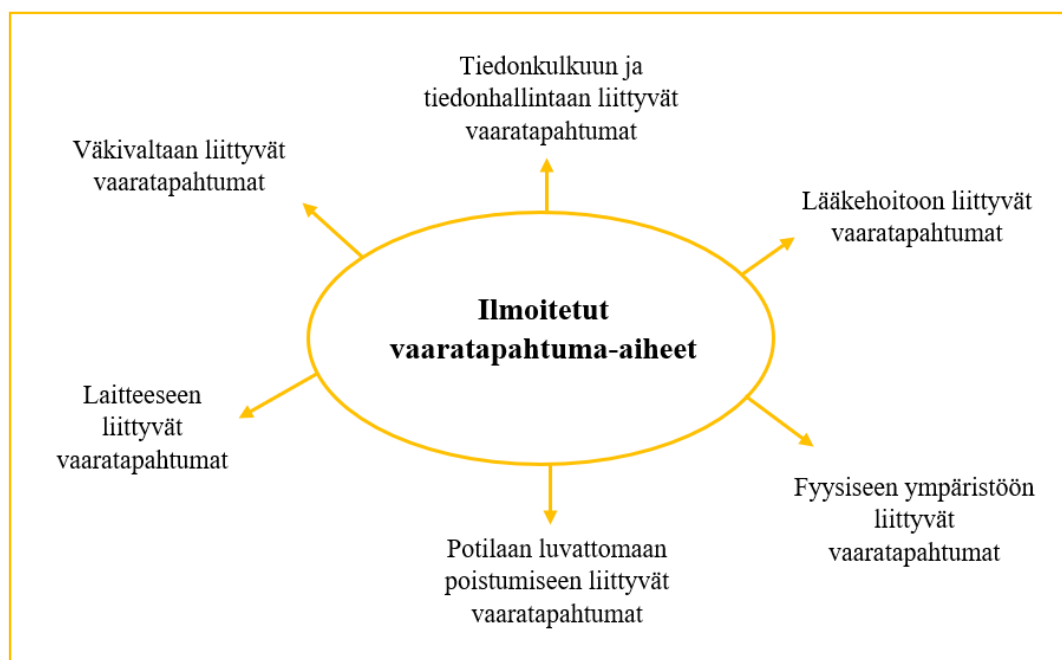
Tutkimusaineisto sisälsi yhteensä 48 vaaratapahtumailmoitusta. HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmässä ilmoittaja pystyy luokittelemaan vaaratapahtuman aiheen järjestelmän tarjoamien valmiiden vaihtoehtojen mukaan. Suurin osa ilmoituksista oli luokiteltu väkivaltaan, lääkehoitoon tai tiedonkulkuun liittyviksi vaaratapahtumiksi. Ilmoituksia oli luokiteltu myös kohtiin ”muu”, ”muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä”, ”tapaturma” sekä ”laiteturvallisuus”. Kohdassa ”muu” ilmoitukset koskivat esimerkiksi potilaan luvaton poistumista sairaala-alueelta tai kaatumista. Joissain tapauksissa ilmoittaja oli valinnut useamman kuin yhden aiheen vaaratapahtumalle. Yhteensä valittuja vaaratapahtuma-aiheita oli 53. (Kuvio 1.)



**Kuvio 1.** Ilmoitettujen vaaratapahtumien määrä (n=48).

### 6.1.2 Vaaratapahtumailmoitusten kvalitatiivinen kuvailu

Ilmoitettujen vaaratapahtuma-aiheiden analyysissä aineistosta muodostettiin 6 pääkategoriaa: väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat, tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumat, lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat, potilaan luvattomaan poistumiseen liittyvät vaaratapahtumat, fyysiseen ympäristöön liittyvät vaaratapahtumat sekä laitteeseen liittyvät vaaratapahtumat. (Kuvio 2.) Lisäksi yksi potilaan ilmoitus täytyi jättää luokittelematta, sillä ilmoituksesta ei selvinnyt, mistä vaaratapahtumasta hän ilmoitti.



**Kuvio 2.** Ilmoitetut vaaratapahtuma-aiheet

Seuraavaksi kuvataan jokaisen analyysissä muodostetun pääkategorian sisältö vaaratapahtumailmoitusten aiheista.

#### ***Väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat***

Väkivaltaan liittyviä vaaratapahtumia oli ilmoitettu eniten. Ilmoituksissa väkivaltaisuus tarkoitti potilaan käyttäytymistä muita potilaita tai hoitohenkilökuntaa kohtaan niin, että turvallisuus yksikössä vaarantui. Yhtä vakavaa vaaratapahtumaa

ei raportoida tässä, koska siinä osallisena olevat henkilöt voisivat olla tunnistettavissa. Väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat jaettiin analyysissä neljään alakategoriaan: itsetuhoiseen käyttäytymiseen, toisen fyysiseen satuttamiseen, arvaamattomaan ja uhkaavaan käyttäytymiseen sekä sanalliseen uhkaamiseen. Itsetuhoisen käyttäytyminen nousi ilmoituksissa esille monella tavalla:

*”plas on taittanut ja niellyt metallisen kahvilusikan. Kuolaa ja yrittää kaakoa nyt lusikkaa pois”*

*”potilas agitoitunut uudelleen ja alkanut hakata oven pleksi-ikkunoita nyrkillään, jolloin rystyset ovat auenneet”*

Toisen fyysisen satuttaminen tarkoitti ilmoituksissa esimerkiksi lyömistä, potkimista, kuristamista, puremista, sylkemistä tai esineellä satuttamista. Fyysisestä satuttamisesta oli aineistossa runsaasti kuvailuja. (Taulukko 1.)

Potilaan arvaamatonta ja uhkaavaa käytöstä ilmoittajat olivat kuvailleet potilaan pistävänä tuijottamisena tai ilmehtimisenä, uhkaavana kehonkielenä, levottomuutena ja epäluuloisuutena tai aggressio saatettiin purkaa esineisiin:

*”kastar sin porslinskaffemugg med våldsam kraft i väggen. Kommer sedan med till avdelningen men med knutna nävar”*

*”potilas kiihtyi ja alkoi kaadella huonekaluja ja heitellä tavaroita ja huu-tamaan”*

Myös sanallista uhkailua oli kuvattu ilmoituksissa paljon. Sitä oli esimerkiksi toisen haukkuminen ja kiroaminen sekä uhkaukset satuttaa toista. Esimerkkinä yhdestä ilmoituksesta:

*”Uhannut, että hoitajat saavat kärsiä ja uhannut myös tappaa hoitajat.”*

***Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumat***

Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvissä vaaratapahtumissa välitetty tieto oli puutteellista, epäselvää tai se jäi kokonaan ilmoittamatta. Nämä vaaratapahtumat jaettiin kahteen alakategoriaan: suulliseen tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat ja kirjallisen tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumat.

Suulliseen tiedonkulkuun liittyvissä vaaratapahtumissa oli puutteita esimerkiksi hyvän raportin antamisessa potilaasta osasto- tai laitossiirtojen välillä. Yksi ilmoitus koski hoitajan potilaalle antamaa virheellistä tietoa. Lisäksi tiedonkulun puutteista oli ilmoitettu hoitajien keskinäisen viestinnän välillä ja hoitajan sekä lääkärin viestinnän välillä. Esimerkkinä hoitajan vaaratapahtumailmoitus lääkärin ohjeistuksesta haastavan potilaan hoidossa:

*”somaattisten oireiden hoidosta on muutenkin annettu kovin ympäröivyyttä ja epämääräisiä ohjeita ja määräyksiä lääkärin taholta, mikä vaikeuttaa potilaan hoitoa”*

Seuraavassa esimerkkinä lääkärin ilmoitus, jossa potilaan kotiutuminen hidastui lääkärin ja hoitajan puutteellisen kommunikoinnin takia:

*”Ringer en vårdare från avdelningen för att patienten har väntat på avdelningen sen tidiga eftermiddagen, orkade inte längre vänta utan åkte hem. Ingen har dock tidigare under dagen meddelat åt u.t att patienten har återkommit från permissionen trots att u.t hela tiden befunnit sig på sjukhusområdet”*

Kirjalliseen tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvissä vaaratapahtumailmoituksissa ilmoitettiin erilaisista tietojärjestelmissä ilmenneistä epäkohdista. Puutteellista tai epätarkkaa kirjattua tiedonvälittämistä oli esimerkiksi väärin tehty lähete tai potilastietojärjestelmien yhteentoimimattomuus, jolloin tieto ei kulkenut järjestelmästä toiseen. Osassa ilmoituksissa ilmoitettiin kirjattujen potilastietojen olleen vajaita. Esimerkiksi potilastietojärjestelmässä potilaan edellisestä hoitajaksosta puuttui kokonaan epikriisi tai potilaan riskitietoihin ei ollut kirjattu potilaalle haittavaikutuksia aiheuttavaa lääkettä:

*”Zyprexa-lääke ei tiedettävästi sovi potilaalle, tästä on potilaalla useita kokemuksia, ja potilastiedoissa pitäisi olla tästä tieto – riskitiedoissa ei ole zyprexa mainittu.”*

Osassa tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvissä vaaratapahtumissa suullisen ja kirjallisen tiedotuksen puutteellisuus olivat yhteydessä toisiinsa. Esimerkkinä lainaus ilmoituksesta, jossa potilas siirtyi terveystieteiden osastolle ilman, että osastolla oli mitään tietoa potilaan saapumisesta:

*”potilaalla itsellä ei ole lähetetty eikä osastolle ole asiasta infottu mitään että olisi tulossa uusi potilas”*

#### ***Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat***

Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat jaettiin alakategorioihin seuraavasti: väärä lääkeannos, väärä lääke, väärä lääkkeen antoaika, väärä lääkemuoto, väärälle potilaalle annetut lääkkeet, lääke jäänyt antamatta kokonaan sekä puutteellinen pätevyys antaa lääke. Esimerkki ilmoituksesta, jossa potilaalle annettava lääkeannos oli liian suuri:

*”Patient fick i misstag 100mg för mycket av ovannämnda läkemedel. Patienten hade fått 100 mg som planerat med kvällmedicinen, och tog också 100 mg från egen burk”*

#### ***Potilaan luvattomaan poistumiseen liittyvät vaaratapahtumat***

Potilaan luvattomaan poistumiseen liittyvissä vaaratapahtumissa potilas karkasi sairaala-alueelta ilman lupaa. Karkaaminen saattoi tapahtua nopeasti yhtäkkisen tilaisuuden tullen tai olla pidemmän suunnittelun seurausta. Seuraavaksi esimerkkejä potilaan luvattomasta poistumisesta:

*”Patientrum vädras på patientens begäran. Patienten flyr omedelbart ut genom det öppna fönstret”*

*”Kun ovi saatiin auki, havaittiin että kyseisessä vessassa oli isot ikkunat. Potilas oli avannut ikkunan ja lähtenyt siitä karkuun”*

### ***Fyysiseen ympäristöön liittyvät vaaratapahtumat***

Fyysiseen ympäristöön liittyvistä vaaratapahtumista oli kaksi ilmoitusta. Toinen koski potilaan kaatumista liukkaalla ja juuri puhdistetulla lattialla ja toinen koski tupakkahuoneen vanhentunutta suodatinta, jolloin koko osasto altistui tupakansavulle.

### ***Laitteeseen liittyvät vaaratapahtumat***

Laitteeseen liittyviä vaaratapahtumia oli yksi. Ilmoituksessa kerrottiin epäkontoisesta suihkupyörätuolista aiheutuneesta vaaratapahtumista:

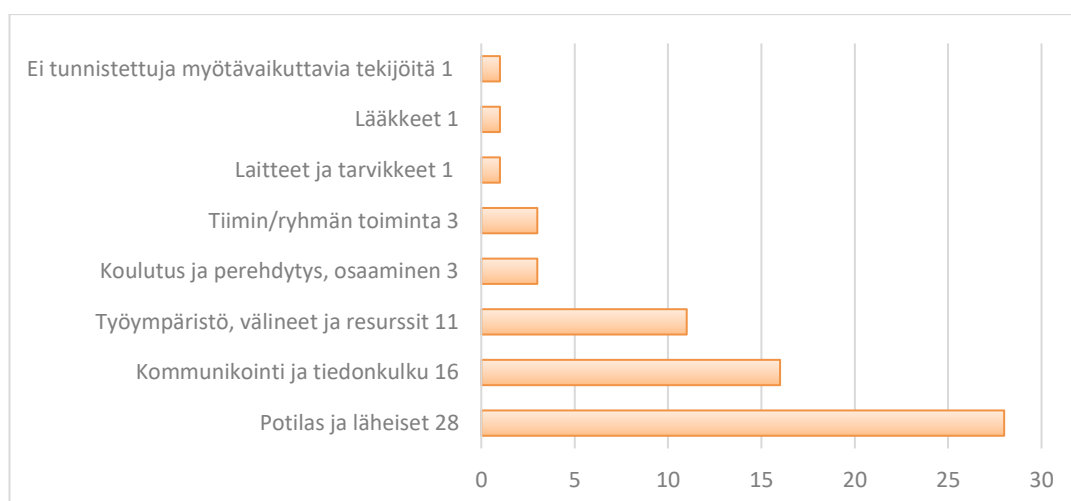
*”Oltiin viemässä potilasta suihkuun suihkupyörätuolilla, jolloin kesken kuljetuksen vasen pyörä irtoaa pois paikoiltaan. Monen hoitajan voimin saatiin pidettyä tuoli toisen pyörän varassa ettei potilas putoa kyydistä.”*

## **6.2 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät**

Vastaukseksi toiseen tutkimuskysymykseen aineistosta selvitettiin, mitkä tekijät ilmoittajan mielestä vaikuttivat vaaratapahtuman syntymiseen. HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmässä ilmoittajan on mahdollista kertoa tapahtumaolosuhteista sekä tekijöistä, jotka hänen mielestään myötävaikuttivat vaaratapahtuman syntymiseen. Järjestelmä tarjoaa valmiita ehdotuksia, joista ilmoittaja voi valita omaan ilmoitukseensa sopivia myötävaikuttavia tekijöitä. Järjestelmässä on myös vapaa kenttä, johon ilmoittaja voi itse sanallisesti kertoa vaaratapahtuman tapahtumaolosuhteista sekä myötävaikuttavista tekijöistä. Useissa ilmoituksissa ilmoittajan sanallisia kuvailuja tapahtumaolosuhteista ja myötävaikuttavista tekijöistä ei ollut kirjattu ollenkaan. Toisaalta useissa ilmoituksista ilmoittaja oli tähän kohtaan todennut, ettei hän tiedä mitä myötävaikuttavat tekijät olisivat voineet olla.

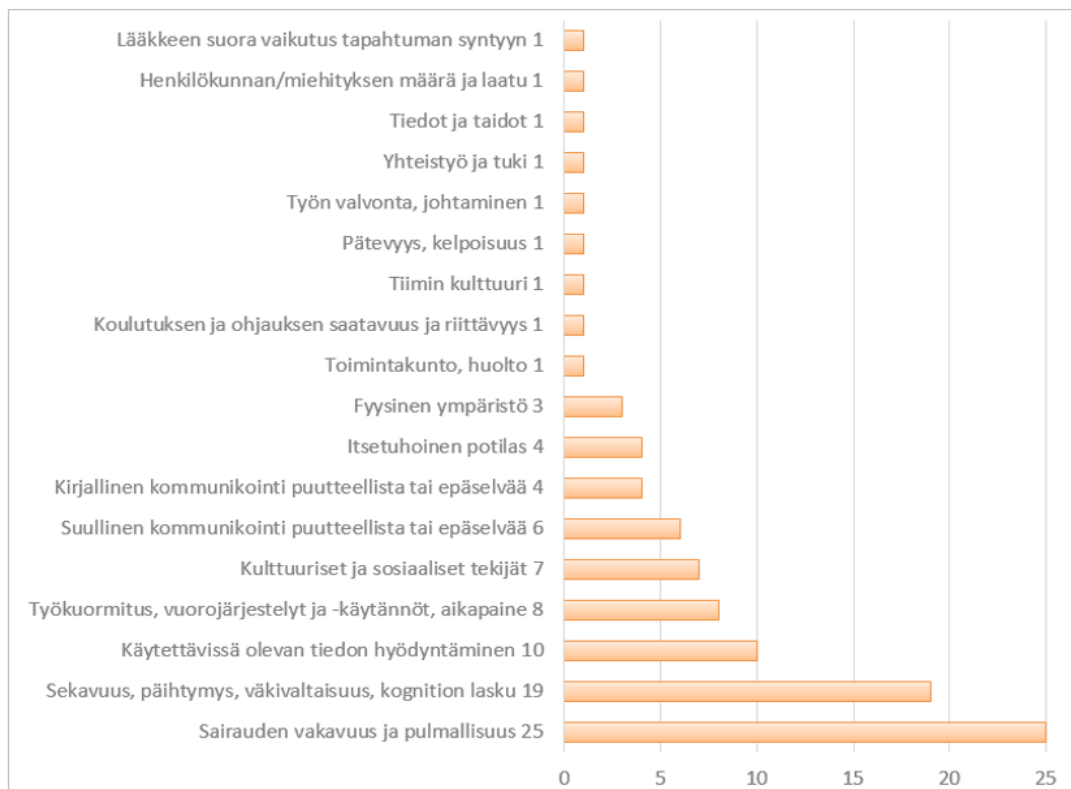
### 6.2.1 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavien tekijöiden kvantitatiivinen kuvailu

Kaikissa ilmoituksissa ilmoittaja oli valinnut jonkin järjestelmän tarjoaman vaihtoehdon vaaratapahtuman tapahtumaolosuhteiden kuvaamiseksi ja myötävaikuttavaksi tekijäksi. Useissa ilmoituksista ilmoittaja oli valinnut useamman kuin yhden vaihtoehdon. Yhteensä valittuja tekijöitä oli 64. Useimmiten ilmoittajien mielestä myötävaikuttava tekijä oli ”potilas ja läheiset”. ”Kommunikointi ja tiedonkulku” sekä ”työympäristö, välineet ja resurssit” mainittiin ilmoituksissa myös usein myötävaikuttavina tekijöinä. Harvemmin valittuja kohtia olivat ”koulutus ja perehdytys”, ”tiimin toiminta”, ”laitteet ja tarvikkeet” sekä ”lääkkeet”. Yhdessä ilmoituksessa myötävaikuttavia tekijöitä ei ollut tunnistettu. (Kuvio 3.)



**Kuvio 3.** Ilmoitettujen tapahtumaolosuhteiden ja muiden tapahtuman syntyyn myötävaikuttavien tekijöiden määrä

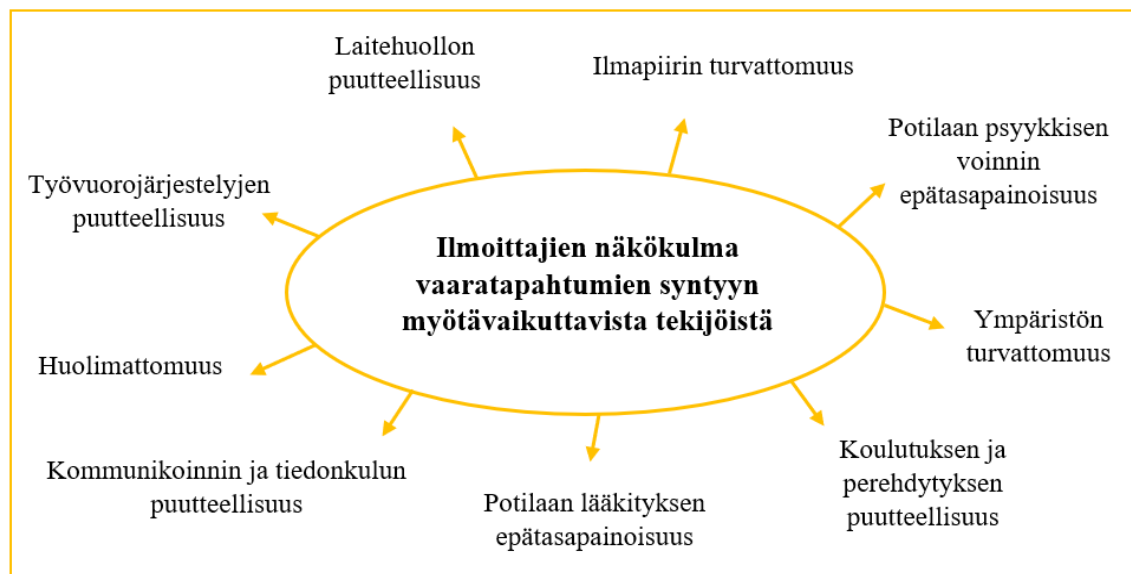
HaiPro-järjestelmä tarjoaa myös tarkentavia ehdotuksia vaaratapahtuman tapahtumaolosuhteista ja myötävaikuttavista tekijöistä ensimmäisen valinnan lisäksi. Tässäkin kohdassa ilmoittaja oli usein valinnut useamman kuin yhden tekijän. Yhteensä valittuja tekijöitä oli 95. Eniten valittuja olivat potilasta koskevat tekijät ”sairausten vakavuus ja pulmallisuus” sekä ”sekavuus, päihtymys, väkivaltaisuus, kognition lasku”. Lisäksi oli valittu useita muita kohtia vähintään kerran. (Kuvio 4.)



**Kuvio 4.** Tarkentavien ilmoitettujen tapahtumaolosuhteiden ja muiden tapahtuman syntyyn myötävaikuttavien tekijöiden määrä

### 6.2.2 Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavien tekijöiden kvalitatiivinen kuvailu

Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavien tekijöiden analyysissä muodostui yhdeksän pääkategoriaa myötävaikuttavista tekijöistä, jotka ilmoittajien mukaan vaikuttivat vaaratapahtumien syntymiseen. Niitä olivat potilaan psyykkisen voimien epätasapainoisuus, potilaan lääkityksen epätasapainoisuus, kommunikoinnin ja tiedonkulun puutteellisuus, koulutuksen ja perehdytyksen puutteellisuus, työvuorojärjestelyjen puutteellisuus, ympäristön turvattomuus, ilmapiirin turvattomuus, huolimattomuus ja laitehuollon puutteellisuus. (Kuvio 5.)



**Kuvio 5.** Ilmoittajien näkökulma vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttavista tekijöistä

Seuraavaksi kuvataan jokaisen vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä kuvaavan pääkategorian sisältö.

### *Potilaan psyykkisen voinnin epätasapainoisuus*

Potilaan psyykkisen voinnin epätasapainoisuus vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavana tekijänä nousi ilmoituksissa usein esille. Alakategorioita ei tälle pääkategorialle muodostunut. Psyykkisen voinnin epätasapainoisuutta oli esimerkiksi arvaamattomuus, impulsiivisuus, harhaisuus, levottomuus, väkivaltaisuus ja epäluuloisuus. Potilaalla saattoi myös olla vaikeuksia hallita tunteita ja potilas oli usein sairaudentunnoton. Jossain tapauksissa potilas saattoi olla myös vahvasti uskonnollisesti agitoitunut. Esimerkkejä ilmoituksista potilaan psyykkisen voinnin kuvauksista:

*”Potilas ei juuri pysty keskustelemaan, ramppaa osastolla edestakaisin”*

*”Potilas voi psyykkisesti erittäin huonosti, kärsii harhaluuloista koskien maailman pelastamista ja muita grandioottisia tai uskonnollisia asioita.”*

Potilaan psyykkisen voinnin epätasapainoisuus oli usein vaikuttamassa väkivaltaan liittyvissä vaaratapahtumissa. Ilmoittajat kokivat, että potilas, jonka psyykinen vointi oli epätasapainossa, aiheutti yleisesti turhaa levottomuutta yksikössä tai jopa pelkoa toisissa potilaissa:

*”Naispotilas hyvin peloissaan, ei uskalla mennä esim. tupakkahuoneeseen yksin. Potilas myös tuijottaa häntä pistävästi.”*

### **Potilaan lääkityksen epätasapainoisuus**

Potilaan lääkityksen epätasapainoisuus oli usein ilmoitettu vaaratapahtumien syntyyn vaikuttava tekijä. Alakategorioiksi muodostuivat potilaan kielteisyyttä lääkeshoidolle ja riittämätön lääkitys. Potilaan lääkeshoidon kielteisyteen liittyi lääkkeiden otosta kieltäytymistä ja niiden väärin tai epäsäännöllisesti ottamista. Potilaan lääkkeiden otosta kieltäytymistä kuvattiin ilmoituksissa seuraavasti:

*”Potilaan psyykinen vointi ei näköjään myöskään kohene lääkkeillä, joita potilas suostuisi syömään, joten psykoosi pitkittyy ja häiriökäyttäytyminen vaarantaa kaikki osaston muut ihmiset”*

*”Potilaan huono sairaudentunto tällä hetkellä sekä motivaatio käyttää tarvittavaa lääkettä”*

Ilmoittajat kertoivat monta kertaa vaaratapahtuman jälkeen potilaan lääkityksen olleen riittämätön:

*”Potilaan peruslääkityksen nosto, jotta yöunet voidaan turvata ilman lisälääkitystä”*

*”Listalääkkeeksi rauhoittavaa?”*

### **Kommunikoinnin ja tiedonkulun puutteellisuus**

Vaaratapahtumiin vahvasti myötävaikuttava tekijä oli kommunikoinnin ja tiedonkulun puutteellisuus. Se voitiin jakaa kolmeen alakategoriaan: yhteisen kielen puutteellisuus kommunikoinnissa, suullisen tiedonkulun puutteellisuus ja potilastietojärjestelmien käytön puutteellisuus. Yhteisen kielen puutteellisuutta oli tilanteissa, joissa potilas ja hoitaja yrittivät kommunikoida keskenään ilman yhteistä kieltä. Seuraavaksi esitetään esimerkki yhdestä väkivaltaan liittyvästä vaaratapahtumasta, jossa hoitaja koki vaikeaksi auttaa potilasta ilman yhteistä kieltä:

*”Kommunikaatio tapahtunut englanniksi vaihtelevalla menestyksellä – neuvottelemisen todella vaikeaa, koska potilaalla ei ole sairaudentuntoa, eikä vahvaa yhteistä kieltä ole.”*

Suullisen tiedonkulun puutteellisuutta oli esimerkiksi osastojen välisessä raportin antamisessa potilaasta. Potilaan vastaanottanut hoitaja oli joutunut lukemaan runsaasti potilaasta kirjattuja tekstejä, jolloin potilaalle kuuluvat toimenpiteet viivästyivät turhaan puutteellisen potilasraportin takia:

*”Eftersom den verbala information saknades eller var bristfällig blev det fördröjning med dessa åtgärder.”*

Myös potilastietojärjestelmien käyttö koettiin välillä puutteelliseksi. Järjestelmään ei kirjattu riittävästi tai sieltä ei luettu riittävästi potilastietoja. Potilaan tiedoista saattoi puuttua esimerkiksi epikriisi edellisestä hoitojaksosta, lähete toimenpiteeseen tai tieto sopimattomasta lääkkeestä. Potilaan puutteelliset riskitiedot myötävaikuttivat lääkehoitoon liittyvään vaaratapahtumaan, jossa potilaalle annettiin sopimatonta lääkettä.

### ***Koulutuksen ja perehdytyksen puutteellisuus***

Koulutuksen ja perehdytyksen puutteellisuus mainittiin vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavana tekijänä lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien sekä tiedonkulun ja tiedonhallintaan liittyvien vaaratapahtumien yhteydessä. Tähän pääkategoriaan kertyi vain vähän pelkistettyjä ilmauksia ja siksi sille ei voitu muodostaa

alakategorioita. Koulutuksen ja perehdytyksen puutteellisuutta ilmeni esimerkiksi uuden suosituksen käyttöönotossa, riittävän pätevyyden puuttumisessa lääkkeenannossa ja erilaisten sääntöjen noudattamisessa. Esimerkkinä ilmoittajan näkemys tilanteesta, jossa lääkkeenjako tapoja on muutettu suositusten mukaisesti ilman riittävää koulutusta:

*”Under April månad då de flesta fel upptäckts har avdelningen bytt sina rutiner till de rutiner som VCS rekommenderar och inkörningen av att dela på detta vis tar ett tag”*

Toisessa esimerkissä ilmoittajan mielestä vaaratapahtuman myötävaikuttavana tekijänä oli tietämättömyys laista ja säännöistä:

*”Påminna personalen om att följa lagar och regler. Skötarna ska vara måna om att alla i vårdteamet är medvetna om en patients vårdplan”*

### ***Työvuorojärjestelyjen puutteellisuus***

Usea ilmoittaja oli maininnut puutteelliset työvuorojärjestelyt vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavana tekijänä. Työvuorojärjestelyjen puutteellisuutta kuvasivat alakategoriat henkilökunnan vajeisuus ja toimimattomat työvuorot. Yksikössä oli välillä tilanteita, että psyykkisessä epätasapainossa oleva potilas kuormitti henkilökuntaa niin, että henkilökunta olisi kaivannut työvuoroihin lisää työntekijöitä potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Henkilökunnan vajeuksen ilmoittajat kokivat tuovan työhön kiirettä, jolloin riski vaaratapahtumalle kasvoi. Henkilökunnan vajautta oli kuvailtu paljon lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien myötävaikuttavana tekijänä. Esimerkkinä toimimattomista työvuoroista tilanne, jolloin työvuorossa oli pelkästään sellaisia työntekijöitä, joista kenelläkään ei ollut riittävää pätevyyttä pakollisen injektion antamiseen potilaalle:

*”Osastolla ei tapahtumahetkellä ollut vuorossa henkilöä, jolla olisi ollut lupa pistää injektioita. Joten toiselta osastolta saapunut sairaanhoitaja joutui olemaan läsnä kun injektiot pistettiin. – Tulevaisuudessa listoja laa-*

*dittaessa tulisi huomioida, että vuorossa olevalla henkilökunnalla on tarvittavat oikeudet antaa injektioita aina omalla osastolla.”*

### ***Ympäristön turvattomuus***

Ympäristön turvattomuus vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavana tekijänä tarkoitti ilmoituksissa konkreettisia ympäristössä ilmenneitä epäkohtia. Alakategorioiksi saatiin yksikön tilojen turvattomuus ja laitteistojen puutteellinen huoltaminen. Tilojen turvattomuutta oli yksikön liukkaat lattiat ja tilojen ahtaus. Ahtaat tilat vaaratapahtumaan vaikuttavana tekijänä mainittiin väkivaltaan johtaneiden vaaratapahtumien yhteydessä sekä potilaan luvattomaan poistumiseen liittyvien vaaratapahtumien yhteydessä, sillä potilas pystyi karkaamaan yksiköstä tarkankin valvonnan alla. Yksikön liukkaat lattiat todettiin riskinä kaatumiselle. Laitteistojen puutteellinen huoltaminen puolestaan nähtiin vaikuttavan ympäristön epähygienisyyteen.

### ***Ilmapiirin turvattomuus***

Ilmapiirin turvattomuus vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavana tekijänä mainittiin ilmoituksissa muutaman kerran ja alakategorioita ei tälle pääkategorialle siksi muodostunut. Ilmoituksissa saatettiin kuvailla yksikön ilmapiiriä tietyllä hetkellä esimerkiksi kireäksi tai jännittyneeksi, mutta sitä ei montaa kertaa ollut tunnistettu myötävaikuttavaksi tekijäksi. Turvaton ilmapiiri koettiin myötävaikuttavana tekijänä aina vain väkivaltaan liittyville vaaratapahtumille. Seuraavassa ilmoituksessa ilmoittaja tulkitsee yksikön turvattoman ilmapiirin vaikuttaneen potilaan perusteeksi varastaa ruokasalista haarukka:

*”Osastolla joku saattanut esim kokea olonsa turvattomaksi, ja halunnut haarukan turvakseen.”*

### ***Huolimattomuus***

Huolimattomuus työssä ilmoitettiin joskus vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavana tekijänä. Huolimattomuuden alakategorioiksi muodostui unohtaminen sekä tarkkavaisuuden puutteellisuus. Useimmiten huolimattomuus mainittiin, jos ilmoittaja ilmoitti omasta virheestä aiheutuneesta vaaratapahtumasta. Unohtamista oli tiedon välittämisen unohtaminen. Esimerkiksi unohtus kertoa avoimesta ikkunasta, joka johti potilaan karkaamiseen sairaala-alueelta. Tarkkavaisuuden kerrottiin usein olevan puutteellista esimerkiksi lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien yhteydessä. Se ilmeni myötävaikuttavana tekijänä myös tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvissä vaaratapahtumissa esimerkiksi potilastietoihin kirjattuina virheinä tai huolimattomasti luetuilla potilastiedoilla. Esimerkkitapauksena tästä oli lääkehoitoon liittyvä vaaratapahtuma, jossa potilas sai liian suuren annoksen lääkettä. Tapahtuman ilmoittaja kuvaili vaaratapahtumaan syntyyn vaikuttavia tekijöitä seuraavasti:

*”Lääkkeen jaossa tuplajakajat sekä tuplatarkistus, mutta lääkemuutos tullut jaon jälkeen, joten iltalääkevastaava itse jakanut sekä antanut potilaalle. Parempi tarkkavaisuus olisi tilanteen estänyt.”*

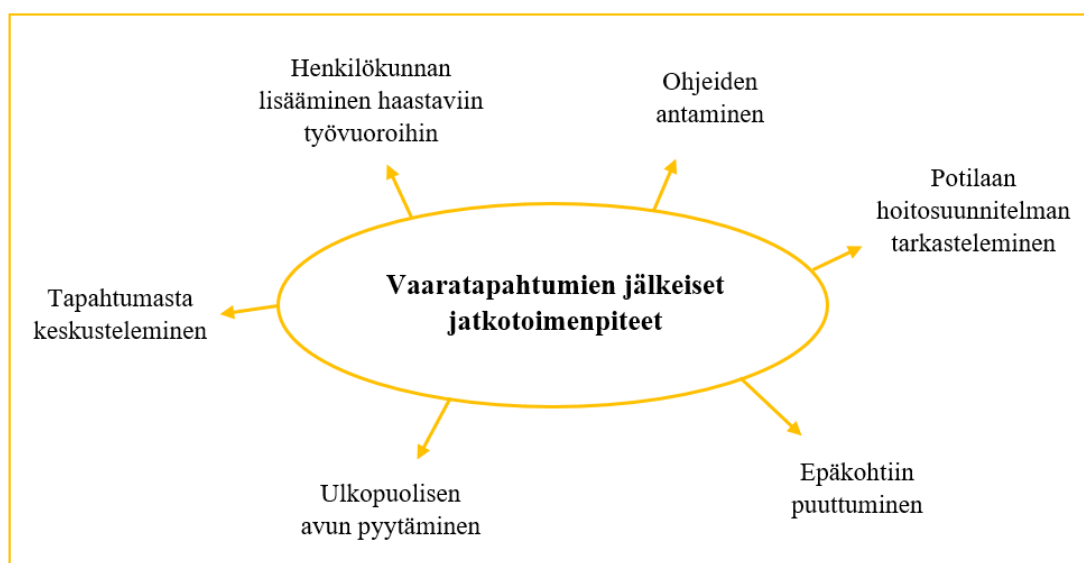
### ***Laitehuollon puutteellisuus***

Laitehuollon puutteellisuus mainittiin vaaratapahtuman myötävaikuttavana tekijänä yhden kerran, joten alakategorioita ei voitu tälle pääkategorialle muodostaa. Ilmoittaja totesi pelkästään, että laitteita tulisi tarkistaa säännöllisemmin, jotta ne olisivat potilasturvallisia. Laitehuollon puutteellisuus johti laitteeseen liittyvään vaaratapahtumaan, jossa potilaan turvallisuus vaarantui.

### **6.3 Jatkoimenpiteet vaaratapahtumien jälkeen**

Vastaamiseksi kolmanteen tutkimuskysymykseen aineistosta selvitettiin, mitä jatkoimenpiteitä vaaratapahtumien jälkeen oli tehty. Yhdestä ilmoituksesta käsitteilyjen kommentit puuttuivat kokonaan.

Käsittelijöiden kuvauksista jatkotoimenpiteistä vaaratapahtumien jälkeen muodostui analyysissä kuusi pääkategoriaa: tapahtumasta keskusteleminen, ohjeiden antaminen, potilaan hoitosuunnitelman tarkasteleminen, ulkopuolisen avun pyytäminen, epäkohtiin puuttuminen ja henkilökunnan lisääminen haastaviin työvuoroihin. (Kuvio 6.)



**Kuvio 6.** Vaaratapahtumien jälkeiset jatkotoimenpiteet

Seuraavaksi esitellään jokaisen jatkotoimenpiteitä kuvaavan pääkategorian sisältö.

### ***Tapahtumasta keskusteleminen***

Tapahtumasta keskusteleminen oli yleinen jatkotoimenpide vaaratapahtuman jälkeen. Alakategorioiksi muodostui tapahtuman läpikäyminen ja ratkaisukeinojen löytäminen. Yksikössä oli otettu käyttöön kuukausittainen vaaratapahtumailmoitusten käsittelyä koskeva tilaisuus, joissa tapahtumia käytiin yhdessä läpi. Tapahtuman läpikäymiseen kuului erityisesti keskustelu tapahtumassa mukana olleen henkilökunnan kanssa. Ratkaisukeinojen löytämiseen liittyi vaaratapahtumaan vaikuttaneiden tekijöiden tunnistaminen ja hoitajien jaksamiskeinojen miettiminen haastavien potilaiden kanssa. Lisäksi vaaratapahtumien jälkeen keskusteltiin potilaan, omaisten ja poliisin kanssa. Potilaan omia kommentteja tapahtumasta kuunneltiin ja yritettiin selvittää esimerkiksi syytä potilaan väkivaltaiselle käytökselle.

### ***Ohjeiden antaminen***

Vaaratapahtumien jälkeen henkilökunta sai ohjeita ja neuvoja, miten jatkossa tapahtumassa ja sen ehkäisemiseksi toimitaan. Ohjeiden antamiseen kuuluvia alakategorioita olivat tutuista asioista muistuttaminen ja uuden asian neuvominen. Tutuista asioista muistuttamiseen kuului kertomista yleisistä toimintatavoista ja säännöistä, esimerkiksi ISBAR-raportointimenetelmän käyttämisestä ja toisen auttamisesta. Henkilökunnalle annettiin myös uusia toimintaohjeita, esimerkiksi suojakilven käyttämisestä väkivaltatilanteissa. Lisäksi henkilökuntaa tiedotettiin uusista suosituksista. Ilmoituksissa niistä mainittiin vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmän tarjoamat suositukset. Välillä ohjeista tehtiin yksikköön näkyviä kylttejä ja ohjetauluja niiden seuraamisen muistuttamiseksi ja helpottamiseksi.

### ***Potilaan hoitosuunnitelman tarkasteleminen***

Potilaan hoitosuunnitelman tarkasteleminen erityisesti väkivaltaan liittyvien vaaratapahtumien jälkeen oli hyvin yleistä. Tälle pääkategorialle ei muodostunut alakategorioita. Hoitosuunnitelman tarkastelua tehtiin usein moniammatillisen tiimin voimin pyrkien huomioimaan useita näkökulmia. Hoitajia kuunneltiin ja lääkärit konsultoivat toisiaan. Lisäksi potilaan hoitosuunnitelmaan tehtiin tarvittavia muutoksia. Tyypillisimpinä mainittiin potilaan lääkityksen muokkaaminen ja potilaan vierivalvonnan lisääminen. Joskus hoitosuunnitelman tarkastelun tuloksena potilas täytyi siirtää kokonaan toiseen yksikköön turvallisen hoidon jatkumiseksi.

### ***Ulkopuolisen avun pyytäminen***

Välillä vaaratapahtumien jatkotoimenpiteenä oli ulkopuolisen avun pyytäminen. Tähän pääkategoriaan ei muodostunut alakategorioita. Ulkopuolista apua saatiin esimerkiksi poliisilta, potilasturvallisuuskoordinaattorilta, kriisiavulta tai työterveyshuollolta. Yleisin yksikköä auttava taho ilmoituksissa oli poliisi. Sen apua tarvittiin esimerkiksi yksiköstä poistuneen potilaan etsimisessä tai yksikössä vallitsevan turvattoman ilmapiirin rauhoittamisessa. Haastavimpien vaaratapahtumien jälkeen yksikkö turvautui kriisiavun pariin ja tarjosi sen palveluita myös po-

tilaan omaisille. Ulkopuolisen avun pyytämiseen kuului esimerkiksi potilaan hoitoon liittyvän neuvon kysyminen toisesta yksiköstä.

### ***Epäkohtiin puuttuminen***

Vaaratapahtumien jatkotoimenpiteisiin kuului myös epäkohtiin puuttuminen. Epäkohtiin puuttumisen alakategorioiksi muodostuivat vian korjaaminen, tarkistusmenetelmien kehittäminen ja turvallisten välineiden hankinta. Vian korjaamista oli rikkinäisen laitteen tai järjestelmän huoltaminen vaaratapahtuman jälkeen. Tarkistusmenetelmien kehittäminen ilmeni yksikössä esimerkiksi uuden tarkistusmenetelmän suunnitteluna ja käyttöönottona. Siinä leposidevöitä varten tehtiin säännöllisesti käytettävä tarkistuslista, jotta ne ovat käyttöhetkellä turvallisia. Turvallisten välineiden hankkimista oli lasiastioiden vaihtaminen muoviastioihin.

### ***Henkilökunnan lisääminen haastaviin työvuoroihin***

Syntyneiden vaaratapahtumien käsittelyn jatkotoimenpiteenä henkilökuntaa lisättiin haastaviin työvuoroihin. Alakategorioita tälle pääkategorialle ei muodostunut. Hoitohenkilökunta ilmaisi välillä jaksamattomuutensa psyykkisesti vaikeasti sairaiden potilaiden hoidossa vaaratapahtumien jälkeen. Tilannetta korjattiin lisäämällä henkilökuntaa ennaltaehkäisevästi vaativampiin työvuoroihin. Henkilökunnan lisääminen koettiin tarpeelliseksi väkivaltaan liittyvien vaaratapahtumien jälkeen. Henkilökuntaa lisäämällä pystyttiin samalla tehostamaan esimerkiksi psyykkisesti vaikeasti sairaiden potilaiden vierihoitoa ja näin ennaltaehkäisemään vaaratapahtumia.

## 7 POHDINTA

Tutkimuksessa selvitettiin, mitä vaaratapahtuma-aiheita psykiatrisessa yksikössä oli ilmoitettu, mitkä asiat vaikuttivat niiden syntyyn ja mitä jatkotoimenpiteitä niiden jälkeen oli tehty. Tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Tässä luvussa tarkastellaan ensin tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole selkeää ohjetta, mutta arviointia ohjaavat erilaiset suositukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Lopussa tarkastellaan tutkimustuloksia sekä esitetään keskeiset johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotuksia.

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on käytetty laadullisen tutkimuksen arviointikriteereinä tutkimuksen reliabiliteettiä ja validiteettiä. Reliabiliteetillä tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä ja validiteetillä oikeiden asioiden tutkimista. (Kananen 2017, 175.) Arvioinnissa tarkastellaan tutkijaa, tutkimusasetelmaa, tutkimuksen toteutusta eli kerättyä aineistoa ja sen analysointia sekä tulosten selkeää esittämistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197 & Kananen 2017, 174).

Tutkimuksen luotettavuuden säilyttämiseksi tässä tutkimuksessa luotettavuutta on arvioitu koko tutkimusprosessin ajan (Kananen 2017, 174). Luotettavuuden haasteena oli tutkijan toimiminen yksin koko tutkimusprosessin ajan, sillä tutkija saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Kananen (2017) toteaa, että tutkijaa voidaan pitää laadullisessa tutkimuksessa myös tutkimuksen vartijana, sillä tutkija päättää ketä ja miten tutkitaan sekä miten aineistoa analysoidaan. Tutkijalle itselleen jää vastuu toimia eettisesti oikein ja tarkastella tutkimusta ja toimintaansa kriittisesti. Huomioitavaa on, että tässä tutkimuksessa tutkijalla ei ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen teosta. Tutkija oli kuitenkin kiinnostunut tutkimusaiheesta ja tutkimusmenetelmistä sekä tutustunut niihin huolellisesti ennen tutkimusta. Tutkija pyrki myös tiedostamaan omat ennakkokäsityksensä tutkimustuloksesta ennen aineiston analysointia, jotta

ne eivät johtaisi tutkimustulosta harhaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 202.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusasetelma muodostui tutkittavan yksikön tiedon tarpeen pohjalta (Kananen 2017, 15). Aineiston analysoinnin jälkeen saatiin tutkimustulos, jolla voitiin vastata tutkittavan yksikön tiedon tarpeeseen. Voidaan siis ajatella, että validiteetti eli oikean asian tutkiminen toteutui tutkimuksessa (Kananen 2017, 175).

Tutkimuksen toteutusvaiheen luotettavuuden tarkastelussa voidaan pohtia kerättyä aineistoa ja tehtyä analyysiä. Tässä tutkimuksessa tutkija sai aineiston valmiina, joten hän ei siltä osin voinut itse vaikuttaa aineiston keräämiseen. Aineisto muodostui usean eri ilmoittajan kirjaamista suomen- ja ruotsinkielisistä vaaratapahtumailmoituksista. Luotettavuuden säilyttämiseksi tutkija luki aineistoa useaan kertaan, ymmärtääkseen ilmoittajaa oikein. Ruotsinkieliset ilmoitukset käännettiin sanakirjan avulla huolellisesti niin, että teksti säilyi mahdollisimman muuttumattomana ja että tutkija varmasti ymmärsi ne. Analyysiä tehtäessä alkuperäisaineistoon palattiin aina tarvittaessa ja tarkistettiin tuotettujen luokittelujen ja kategorioiden kattavuutta. Tutkija teki myös runsaasti omia muistiinpanoja alkuperäisaineiston tueksi. (Kananen 2017, 178.)

Tutkijan haasteena aineiston analysoinnissa oli ymmärtää ilmoittajan kirjaamia vaaratapahtumailmoituksia oikein. Ilmoituksissa saattoi olla puutteellisia kuvauksia, kirjoitusvirheitä, sanojen lyhenteitä, joita tutkija ei ymmärtänyt sekä epäjohdonmukaisuuksia. Esimerkiksi ilmoittajan valitsemat vaaratapahtumatyypit saattoivat olla ristiriidassa ilmoittajan oman sanallisen kuvauksen kanssa vaaratapahtumasta. Tutkijan täytyi välillä päätellä ja tarkistaa, mitä ilmoittaja tarkoitti. Kuitenkaan tutkija ei ryhtynyt tulkitsemaan ilmoituksia liian pitkälle, vaan keskittyi siihen, mikä ilmoituksessa oli varmasti selvästi sanottu. Tutkijan on tärkeää tunnistaa tutkimuksen riskipisteet tutkimusprosessin aikana, jotta tuloksia ei johdeta aineistosta väärin. Tutkija tiedosti väärin ymmärtämisen riskin ja haasteet aineis-

ton analysoinnissa jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. (Kananen 2017, 175–176.) Kuitenkin väärin ymmärtämisen riski jäi tutkimuksessa pieneksi.

Tutkimuksen aineiston analysoinnin luotettavuutta lisäisi, jos toinen tutkija tulkitisi aineiston samalla tavalla ja tulisi samaan johtopäätökseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231 & Kananen 2017, 179). Tutkimuksen eettisyyden säilyttämiseksi tutkimusainestoa ei luovutettu tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle, joten aineiston on analysoinut vain yksi tutkija. Tutkimustuloksia voidaan kuitenkin verrata aiempiin tutkimuksiin. Jos tutkimustulokset ovat samanlaisissa tutkimuksissa yhteneviä, omaa tutkimusta voidaan pitää luotettavampana. (Kananen 2017, 179.) Tämän tutkimuksen tuloksia on haastavaa verrata muihin tutkimuksiin, sillä juuri vastaavanlaisia tutkimuksia ei tietokantahauissa ja käsiselauksella löytynyt. Tuloksia voidaan silti verrata esimerkiksi tässä tutkimuksessa esitettyyn aiempaan tutkimustietoon. Esimerkiksi tämän tutkimuksen pääkategoria ”Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumat” sisältää yhtenäisiä piirteitä tiedonkulusta ja tiedonhallinnasta verrattuna Sarannon ym. (2018) tutkimukseen tiedonkulun vaikutuksesta SOTE-palveluiden imagoon. Myös verrattaessa tutkimuksen pääkategoriaa ”Väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat” Leskisen (2017) tutkimukseen oikeuspsykiatrisen osaston väkivaltatilanteista voidaan todeta ilmoitettujen vaaratapahtumien sisältävän paljon samanlaisia piirteitä. Lisäksi myös Leskinen on todennut vaaratapahtumien kirjaamisessa olevan paljon kehittämisen varaa. Tutkimuksen reliabiliteettiä tukee tutkimustulosten pysyminen samana, vaikka tutkimusympäristö vaihtuu (Kananen 2017, 175). Tutkija arvioi, että samanlaisia tutkimustuloksia voitaisiin mahdollisesti saada, jos tutkittaisiin toisen vastaavanlaisen psykiatrisen yksikön vaaratapahtumailmoituksia.

Luotettavuutta lisää tutkimustulosten ymmärrettävä dokumentointi ja tutkimuksen etenemiseen liittyvien valintojen perustelu (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232 & Kananen 2017, 176). Tutkija on pyrkinyt kuvaamaan tutkimusprosessin selkeästi ja loogisessa järjestyksessä, jotta lukijan olisi helppo seurata sitä. Seuraamisen helpottamiseksi analyysiprosessista luotiin myös kuvaava taulukko

(Taulukko 1). Tekstiin liitettiin myös suoria lainauksia alkuperäisaineistosta. Lisäksi tutkimuksen tarkka kuvaus tekee tutkimuksesta kontekstispesifin, joka helpottaa tutkimuksen myöhempää arviointia ja vertaamista muihin tutkimuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tutkija on pyrkinyt esittämään tutkimuksen tulokset selkeästi ja loogisesti. Tuotettujen kategorioiden luokitukset on esitetty kuvioissa (Kuviot 1, 2 ja 3).

Tutkimuksen kvantitatiivinen eli määrällinen osuus on pieni, mutta myös sen luotettavuutta voidaan tarkastella. Myös määrällisen tutkimuksen arvioinnissa voidaan arvioida tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteettia voidaan pitää hyvänä, sillä tutkimuksessa on mitattu oikeaa ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190.) Mittareina ovat toimineet HaiPro-vaaratapahtumajärjestelmän valmiit vastausvaihtoehdot, joihin ilmoittajat ovat valinneet sopivat kohdat. Ilmiötä on siis mitattu valmiista aineistosta, johon tutkija itse ei ole voinut vaikuttaa. Mittarin avulla on selvitetty, montako kertaa tietyt asiat aineistossa ilmenevät, joten mitattava kohde on ollut yksinkertainen. Toisaalta tutkija on käsitellyt aineistoa Excel-tilin avulla. Riskinä voisi olla ilmiön esiintymisen väärin laskeminen tai merkitseminen. Aineisto on kuitenkin käsitelty huolellisesti ja tarkistettu moneen kertaan.

Määrällisen tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä samalla mittarilla eri aineistossa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–190). Tutkimustuloksia voidaan verrata vastaavanlaisiin tutkimuksiin. Tämän tutkimuksen määrällisiä tuloksia voidaan verrata laadullisen tavoin esimerkiksi Sarannon (2018) ym. ja Leskisen (2017) tutkimustuloksiin. Tämän tutkimuksen tuloksissa tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat sisältävät paljon samanlaisia piirteitä kuin Sarannon ym. tutkimuksessa ja väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat sisältävät samanlaisia piirteitä kuin Leskisen tutkimuksessa. Näin ollen voidaan ajatella tutkimuksen reliabiliteetin olleen hyvä.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden saavuttamiseksi haasteena tässä tutkimuksessa on ollut pieni otoskoko. Vaaratapahtumailmoituksia oli 48 kappaletta,

mikä on pieni otoskoko määrälliseen tutkimukseen. Tulokset ovat silti samanlaisia muiden vastaavien tutkimustulosten kanssa. Lisäksi tässä tutkimuksessa laadullinen analyysi oli pääosassa ja määrällinen analyysi jäi tietoisesti pienempään rooliin. Tärkeämpää oli selvittää aineistosta laadullisen analyysin avulla ilmoitettuja vaaratapahtuma-aiheita, niihin vaikuttaneita tekijöitä sekä jatkotoimenpiteitä.

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) toteavat, että tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Suomessa on sitouduttu noudattamaan Helsingin julistusta (1964) tutkimuksen eettisyyden turvaamiseksi ja eettisyyttä ohjaa myös Suomen lainsäädäntö. Tässä tutkimuksessa eettisyyden ja luotettavuuden turvaamiseksi on seurattu Suomen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatimia ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä.

Tutkimusprosessin aikana tutkija on noudattanut rehellisyyttä ja täsmällisyyttä. Muiden tutkijoiden työtä on kunnioitettu merkitsemällä lähdeviittaukset asianmukaisesti. Tietoa teoreettiseen viitekehykseen on pyritty keräämään tieteellisesti ja eettisesti hyvistä lähteistä. Tieteellisen tutkimuksen kriteerit on huomioitu tiedonhankinnassa ja tutkimusmenetelmien sekä arviointimenetelmien valinnassa ja käytössä. Tutkimuksen aikana tutkija on perustellut käyttämiensä tutkimus- ja arviointimenetelmien valintoja sekä arvioinut tutkimuksen luotettavuutta. (Kananen 2017, 189.)

Tutkimusta varten tutkija on saanut kohdeorganisaatiolta tutkimusluvan. Tutkittavan tietoista suostumusta ei voitu hankkia aineiston luonteen takia. Kuitenkin tutkittavien anonymiteetti taattiin ja henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa ilmi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 363–368.) Tutkijan tiedossa on osasto, josta tutkimusaineisto on saatu, mutta osaston nimeä ei julkaistu. Yksityisyyden periaatteen toteuttamiseksi kaikkia tuloksia ei raportoitu eikä kaikkia kuvaavia sitaatteja käytetty, jotta tilanteissa osallisina olleita henkilöitä ei voi tunnistaa (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219). Tutkimusta tehdessä erityistä huomiota on

kiinnitettävä haavoittuvien ryhmään, johon kuuluvat esimerkiksi vakavasti psyykkisesti häiriintyneet henkilöt. Tutkimusaineisto saatiin valmiina kohdeorganisaatiolta, joten tutkija ei pystynyt vaikuttamaan haavoittuvien ryhmän suojelemiseen vasta kuin tutkimusaineiston analyysi- ja raportointivaiheessa. Tutkija huolehti, ettei tutkimus loukkaa ketään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 363–368.)

Hoitotyön kehittämiseksi tarvitaan hoitotieteellistä tutkimusta (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 369). Tutkimusaihetta voidaan pitää eettisesti hyvänä, koska tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kohdeorganisaatiolle tietoa laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Ihmisiä tutkittaessa tutkimuksen teossa on noudatettava kunnioitusta ja rehellisyyttä. Luottamuksellisuuden vuoksi tutkimustietoja ei luovutettu tutkimusprosessin ulkopuoliselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–221). Tutkimus on luettavissa Theseus-tietokannassa. Tutkimusaineisto hävitettiin, kun opinnäytetyö valmistui (L22.4.1999/523).

### **7.3 Tutkimustulosten tarkastelu**

Tietokantahauissa ei löydetty muita tutkimuksia, jossa olisi tutkittu psykiatrisessa hoitotyössä kaikkia ilmoitettuja vaaratapahtumia. Löydettyissä tutkimuksissa vaaratapahtumia oli tutkittu esimerkiksi vain väkivaltaan tai tiedonkulkuun liittyen. Tehtyjä tutkimuksia lääkehoitoon liittyvistä vaaratapahtumista löytyi vain yleisesti hoitotyössä. Kuitenkin tässä tutkimuksessa ilmoitetut lääkehoidon vaaratapahtumat vastaavat aika hyvin sekä aiheiltaan että myötävaikuttavilta tekijöiltään Härkäsen (2015) ym. tutkimusta lääkehoidon vaaratapahtumista kirurgisilla osastoilla. Verratessa tätä tutkimusta Härkäsen ym. tutkimukseen olivat kuvatut lääkehoidon vaaratapahtumat melko samanlaisia molemmissa tutkimuksissa.

Psykiatrisen hoitotyön erityispiirteet sekä psykiatristen sairauksien luonne voivat lisätä väkivallan riskiä (Leskinen 2017, 9). Ehkä siksi myös monet löydetty tutkimukset liittyivät väkivaltaan ja siitä aiheutuneisiin vaaratapahtumiin psykiatrisessa hoitotyössä. Leskinen (2017) toteaa, että väkivalta aiheuttaa merkittävän uhan potilasturvallisuudelle oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tämä tutkimus ei kohdis-

tunut oikeuspsykiatriselle osastolle. Kuitenkin myös tässä tutkimuksessa väkivaltaista ilmoitettuja vaaratapahtumia oli eniten. Lisäksi ilmoitetut väkivaltaan liittyvät vaaratapahtumat ja niihin ilmoitetut myötävaikuttavat tekijät ovat samankaltaisia kuin Leskisen (2017) tutkimuksessa oikeuspsykiatrisen osaston ilmoittamat väkivaltavaaratapahtumat.

Puutteellinen tai epäselvä tiedonkulku vaikeuttaa hyvän potilasturvallisuuden saavuttamista (Saranto ym. 2018). Saranto ym. tutkivat tiedonkulun vaikutusta SOTE-palveluiden maineelle, joten heidän tuloksensa eivät ole suoraan verrattavissa tämän tutkimuksen tuloksiin. Aiempia tutkimuksia tiedonkulusta psykiatrisessa hoitotyössä ei löytynyt. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulokset tukevat Sarannon ym. tutkimuksen tuloksia, sillä tässäkin tutkimuksessa kommunikointi ja tiedonkulku oli toiseksi yleisin ilmoittajan valitsema kohta vaaratapahtuman myötävaikuttavaksi tekijäksi. Molemmissa tutkimuksissa haasteita ilmeni sekä suullisessa että kirjallisessa tiedonkulussa. Ehkä voidaan ajatella, että psykiatrisessa hoitotyössä tiedonkulkuun liittyvien vaaratapahtumien syyt voivat ovat samanlaisia kuin muillakin erikoisaloilla, mutta seuraukset voivat joskus olla kohtalokkaampia esimerkiksi väkivallan vaaran takia.

Turvallinen fyysinen ympäristö parantaa myös potilasturvallisuutta (Seppälä 2011). Lisäksi Seppälän (2011) tutkimuksessa turvallisuutta lisääviksi tekijöiksi mainittiin esimerkiksi laitteiden säännöllinen tarkistaminen ja ahtaiden tilojen välttäminen. Tässä tutkimuksessa fyysiseen ympäristöön liittyvistä vaaratapahtumista ja laiteturvallisuuteen liittyvistä vaaratapahtumista oli ilmoituksia. Ympäristön turvattomuus mainittiin useamman kerran vaaratapahtuman myötävaikuttavaksi tekijäksi. Myös tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta turvallisen fyysisen ympäristön ja toimivien laitteiden parantavan potilasturvallisuutta.

Leskinen (2017) toteaa, että vaaratapahtumailmoitusten kirjaamisessa ja käsitteilyssä on vielä kehitettävää. Sama voidaan todeta tämän tutkimuksen pohjalta. Lisäkoulutus vaaratapahtumailmoitusmenettelyistä voisi olla hyödyllistä. Vaarata-

pahtumista oppimisen ja potilasturvallisuuden parantamisen vuoksi kaikista vaaratapahtumista tulee tehdä ilmoitus ja ne tulee käsitellä. Käsittelyssä on tärkeää dokumentoida, miten koko tapahtumaan on sen jälkeen reagoitu, jotta vastaavilta tapahtumilta jatkossa vältyttäisiin (Awanic Oy 2016). Siitä ei kaikissa käsittelijän kommentoissa ollut mainintoja. Leskinen (2017) huomasi, että vaaratapahtumailmoituksista puuttuivat usein henkilökunnan ehdottamat keinot väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemiseksi. Hänen tutkimuksessaan jopa 11,9 % ilmoitti, että vaaratapahtumaa ei olisi voinut ehkäistä mitenkään. Tässä tutkimuksessa yhdessä ilmoituksessa oli todettu, että vaaratapahtumaa ei olisi voinut ehkäistä mitenkään. Joskus ilmoittaja oli kirjoittanut, että ei tiedä miten tapahtuma olisi voitu ehkäistä ja joskus vaaratapahtumien ennaltaehkäisykeinoja ei ollut kirjoitettu ollenkaan.

Vaaratapahtumien kirjaamisessa ja käsittelyssä ilmenneistä haasteista huolimatta yksikkö, jonka vaaratapahtumailmoituksia analysoitiin, on jo vaaratapahtumia kirjattessaan osoittanut mielenkiintonsa kehittää potilasturvallisuutta. Makkosen ym. (2016) tutkimuksessa viitataan NPSA:n ”7 steps for patient safety” -listaan. Listassa kehoitetaan vaaratapahtumien raportointiin ja niistä oppimiseen. Tässä tutkimuksessa ilmoitetuista jatkotoimenpiteistä ilmeni, että vaaratapahtumista keskusteleminen, niiden läpikäyminen ja ratkaisukeinojen löytäminen oli yksikön yleinen keino oppia vaaratapahtumista, kuten Makkonen ym. (2016) esittävät.

#### **7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavanlaiset johtopäätökset:

1. Eniten ilmoitettiin väkivaltaan, tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan sekä lääkehoitoon liittyvistä vaaratapahtumista
2. Ilmoittajien mukaan keskeisimmät vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät olivat potilaan psyykkisen voinnin epätasapainoisuus, potilaan lääkityksen epätasapainoisuus sekä kommunikoinnin ja tiedonkulun puutteellisuus

3. Vaaratapahtumien jälkeisiä yleisimpiä jatkotoimenpiteitä psykiatrisessa yksikössä olivat tapahtumasta keskusteleminen ja ohjeiden antaminen
4. Vaaratapahtumailmoitusten kirjaamisessa ja käsittelyssä on vielä kehitettävää
5. Tutkimuksen kohteena ollut psykiatrinen yksikkö on osoittanut mielenkiintonsa kehittää potilasturvallisuutta kirjatessaan ja käsitellessään vaaratapahtumia, jotta yksikössä voidaan oppia niistä

Jatkotutkimusaiheeksi esitetään vaaratapahtumia ennaltaehkäisevien keinojen selvittämistä psykiatrisessa hoitotyössä.

## LÄHTEET

Harbison, I. & Allen, J. & Rogers, P. 2011. Is the physical restraint of clients ever entirely safe? *Mental Health Practice*. 14, 5, 6-7.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Härkänen, M. & Ahonen, J. & Kervinen, M. & Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. The factors associated with medication errors in adult medical and surgical inpatients: a direct observation approach with medication record reviews. *Nordic College of Caring Science* 29, 2, 297-306.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kanerva, A. & Kivinen, T. & Lammintakanen, J. 2016. Collaborating with nurse leaders to develop patient safety practices. *Emerald Insight* 30, 3, 249-262.

L 22.4.1999/532. Henkilötietolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 23.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L4P14>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 23.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#a1116-1990>

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 28-29. Juva.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. 8.-10. painos. Helsinki. SanomaPro Oy.

Leskinen, M. 2017. Potilaisiin kohdistuvat väkivaltatilanteet oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa: HaiPro -aineiston analyysi. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Louheranta, O. 2015. Hoitosuhde, yhteisö ja kulttuuri. Teoksessa Psykoterapeuttinen hoitosuhde, 200-201. Duodecim. Tallinna 2015.

Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. 2008. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Psykiatria, 14-18. Toim. Kuusi-Välisuo E. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Makkonen, K. & Putkonen, A. & Korhonen, J. & Kuosmanen, L. & Kärkkäinen, J. 2016. Verkkojulkaisussa Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. 1-44. Toim. Kärkkäinen, J. Helsinki.

NPSA. 2008. Seven steps to patient safety in mental health -opas. Viitattu 24.3.2018. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59858>

Potilasturvallisuusyhdistys. 2017. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 13.11.2017. <http://spty.fi/potilaille-ja-omaisille/>

Potilasvakuutuskeskus. 2017. Potilasturvallisuussanasto. Viitattu 5.1.2018. <http://www.pvk.fi/fi/potilasturvallisuus/keskeisia-termeja/>

Saranto, K & Kivekäs, E. & Palojoki, S. & Kinnunen, U. & Sjöblom, O. & Suomi, R. 2018. Tiedonkulun vaikutus SOTE-palveluiden maineeseen. Viitattu 21.5.2018. Kunnallisan alan kehittämissätiön julkaisu. [https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/04/tiedonkulun-vaikutus-sote-palvelujen-maineeseen\\_julkaisu016.pdf](https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/04/tiedonkulun-vaikutus-sote-palvelujen-maineeseen_julkaisu016.pdf)

Seppälä, C. 2011. Osatonhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2007. Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. Viitattu 17.1.2018. [https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden\\_sanasto\\_071209.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf)

STM 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Helsinki.

Suomen lääkäriliitto. 2017. Lääkärin etiikka. Helsingin julistus. Viitattu 13.11.2017. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Suomen psykiatriyhdistys. 2018. 10 tavoitetta psykiatialle. Viitattu 16.1.2018. [http://www.psy.fi/yhdistys/arvot/10\\_tavoitetta\\_psykiatialle](http://www.psy.fi/yhdistys/arvot/10_tavoitetta_psykiatialle)

THL 2017 a. Potilasturvallisuus. Viitattu 27.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

THL 2017 b. Potilasturvallisuus. 2017. Viitattu 20.11.2017. <http://www.potilaanopas.fi/fi/index.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 22.5.2018. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

VKS. 2017. Vaasan keskussairaalan laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma. Versio 3. Päivitetty 6.7.2017. Viitattu 17.1.2018. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/potilasturvallisuus/laadunhallinnan-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma.pdf>

Wallenius, J. 2016 a. Awanic Oy. Viitattu 17.1.2018. <http://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/#haipro>

Wallenius, J. 2016 b. Awanic Oy. Viitattu 5.9.2018. Ohje potilasturvallisuusilmoituksen käsittelijälle. [http://www.haipro.fi/ohjeet/pt-kasittelijan\\_ohje\\_30092015.pdf](http://www.haipro.fi/ohjeet/pt-kasittelijan_ohje_30092015.pdf)

WHO 2017. Patient safety. 2017. Viitattu 20.11.2017. <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

## LIITE 1

## Tiedonhakujen kuvaus

| <b>Tietokanta<br/>Päivämäärä</b> | <b>Hakusanat</b>   | <b>Rajaukset</b>                              | <b>Osumien<br/>määrä</b> | <b>Käytettyjen<br/>julkaisujen<br/>määrä</b> |
|----------------------------------|--|---|--------------------------|--|
| Medic<br>28.3.2018               | ”vaaratapahtum*”   | -   | 29                       | 0  |
| Medic<br>28.3.2018               | ”psychiatric nursing”<br>AND<br>”patient safety”                     | 2008-2018                                     | 2                        | 2  |
| Medic<br>28.3.2018               | ”psychiatric nursing”<br>AND<br>vaaratapahtum*<br>haitta*<br>haipro* | 2008-2018                                     | 2                        | 1  |
| Medic<br>28.3.2018               | ”Kuosmanen Lauri”  | 2008-2018<br>tekijä                           | 17                       | 1  |
| Medic<br>28.3.2018               | ”Makkonen Pekka”   | 2008-2018<br>tekijä                           | 2                        | 1  |
| Medic<br>28.3.2018               | ”Härkänen Marja”   | 2008-2018<br>tekijä                           | 10                       | 0  |
| Medic<br>30.5.2018               | ”patient safety” AND<br>”psychiatry”                                 | asiasana                                      | 0                        | 0  |
| Medic<br>30.5.2018               | ”drug therapy” AND<br>”patient safety”                               | asiasana                                      | 19                       | 0  |
| Cinahl<br>28.3.2018              | ”psychiatric nursing”<br>AND<br>”patient safety”                     | 2008-2018<br>englanti<br>academic<br>juornals | 43                       | 0  |
| Cinahl<br>28.3.2018              | ”psychiatric patients”<br>AND  | 2008-2018<br>englanti                         | 2                        | 1  |

|                     |  |                      |     |   |
|---------------------|--|----------------------|-----|---|
|                     | "adverse health care event"                            |                      |     |   |
| Cinahl<br>5.4.2018  | "patient safety"<br>AND<br>"adverse health care event" | 2008-2018            | 337 | 0 |
| PubMed<br>28.3.2018 | "risk management"<br>AND<br>"psychiatric nursing"      | 10 years<br>englandi | 5   | 0 |
| PubMed<br>28.3.2018 | "psychiatric nursing"<br>AND<br>"patient safety"       | 10 years<br>englandi | 19  | 0 |
| PubMed<br>5.4.2018  | "risk management"<br>AND<br>"patient safety"           | 10 years             | 224 | 0 |

## HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

pakolliset kentät merkitty tähdellä (\*)

Ilmoituksen pvm: 24.2.2015

|                                 |   |  |
|---------------------------------|---|--|
| <b>Osasto/yksikkö</b>           | Ilmoittajan yksikkö (*) <input type="button" value="Hae"/>  |  |
|                                 | Valitse <input type="text"/>  |  |
|                                 | Yksikkö, jossa tapahtui (*) <input type="button" value="Hae"/>  |  |
|                                 | Valitse <input type="text"/>  |  |
| <b>Ilmoittajan ammattiryhmä</b> | Valitse <input type="text"/> <input type="button" value="i"/>   |  |
| <b>Tapahtuma</b>                | <b>Tapahtuma-aika(*)</b><br>Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa<br>Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa<br><b>Tapahtumapaikka</b><br>Valitse <input type="text"/>  | <b>Tapahtuman luonne (*)</b><br><input type="radio"/> läheltä piti <input type="button" value="i"/> <input type="radio"/> tapahtui potilaalle <input type="button" value="i"/><br><input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus<br><input type="checkbox"/> Täytetään myös tietoturvailmoitus <input type="button" value="i"/><br><input type="checkbox"/> Täytetään myös toimintaympäristöilmoitus <input type="button" value="i"/> |
| <b>Tapahtuman tyyppi</b>        | Valitse <input type="text"/>  |  |
| <b>Tapahtuman kuvaus (*)</b>    | <p>Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitä oltiin tekemässä</li> <li>- Mitä ja miten tapahtui</li> <li>- Miten tilanne hoidettiin</li> <li>- Mitä seurasi potilaalle</li> <li>- Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle.</li> </ul> <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |  |
|                                 | <p>Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.</p> <input type="text"/><br><input type="text"/>   |  |
|                                 | <p>Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?</p> <input type="text"/><br><input type="text"/>   |  |
| <b>Sähköpostiosoite</b>         | <p>Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse.</p> <p>Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.</p> <input type="text"/>  |  |

Tallenna

Tulosta ilmoitus