

POTILASTURVALLISUUTTA EDISTÄVÄT TOIMINTAMENETELMÄT

Kysely HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttäville
erikoissairaanhoidon organisaatioille

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Syksy 2010
Hanna-Leena Koljonen
Tiina Määttä
Taija Timonen

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KOLJONEN, HANNA-LEENA, MÄÄTTÄ, TIINA & TIMONEN, TAIJA:
Potilasturvallisuutta edistävät toimintamenetelmät
Kysely HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttäville erikoissai-
raanhoidon organisaatioille

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 62 sivua, 8 liitesivua

Syksy 2010

TIIVISTELMÄ

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja turvallisuutta. Terveystieteiden yksiköt ja organisaatiot pyrkivät periaatteillaan ja toiminnoillaan varmistamaan, että hoidosta ei aiheudu potilaalle haittaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttäviltä organisaatioilta tietoa hyvistä potilasturvallisuutta edistävästä toimintamenetelmästä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää miten vaaratapahtumien raportointijärjestelmä oli vaikuttanut toimintamenetelmien syntyyn. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada potilasturvallisuutta edistävät toimintamenetelmät kaikkien HaiPro -järjestelmää käyttävien organisaatioiden tietoisuuteen. Opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja toteuttaessa potilasturvallisuutta tukevia toimia. Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitoskeskukselle. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttäviltä organisaatioilta eri puolilta Suomea. Vastauksia kyselyyn saatiin yhteensä 15. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin teemoittelua.

Tutkimuksesta ilmeni, että käytössä olevat potilasturvallisuutta edistävät toimintamenetelmät koskivat pääasiassa tiedonkulkua ja kommunikointia, kokemuksen hyödyntämistä, ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä, lääke- ja laiteturvallisuutta sekä työympäristöä ja resursseja. Suunnitelmissa oli potilasturvallisuuden varmistamista erilaisin apuvälinein, kuten tarkistuslistoin ja potilasrannekein. HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmän koettiin auttaneen riskikohtien tunnistamisessa niin organisaatio- kuin yksikötasollakin.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että organisaatiot ovat toisiinsa nähden eri tasoilla potilasturvallisuutta edistävässä toiminnassa sekä HaiPro -järjestelmän hyödyntämisessä. Tämä ilmeni käytössä ja suunnitteilla olevien toimintamenetelmien suhteista eri vastausten välillä sekä vastaajien arvioinnista HaiPro -järjestelmän vaikutuksista toimintamenetelmien syntyyn.

Avainsanat: potilasturvallisuus, toimintamenetelmät, raportointijärjestelmä, myötävaikuttavat tekijät

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

KOLJONEN, HANNA-LEENA, MÄÄTTÄ, TIINA & TIMONEN, TAIJA:
Operational methods which develop patient safety
Inquiry to special health care organisations which use the HaiPro reporting system
to report danger events

Bachelor's Thesis in Nursing, 62 pages, 8 appendices

Autumn 2010

ABSTRACT

Patient safety is a part of the quality and safety of health care. The units and organisations of the public health service sector try to ensure with their principles and functions that care does not cause any drawback to the patient.

The purpose of this thesis was to gather information about the good operation methods and development ideas in connection with the patient's safety from the organisations which use the reporting system of HaiPro danger events. Furthermore, the purpose was to clarify how the reporting system of danger events has affected the birth of operation methods. The objective of the thesis was to get to the consciousness of all the organisations which use the HaiPro system of operation methods which promote patient's safety. The research results of the thesis can be utilised when designing and carrying out measures which support patient's safety. This thesis was carried out as an assignment for the central hospital of the federation of municipalities of the social welfare and public health services of Päijät-Häme region. The research material was collected from different parts of Finland with an electric questionnaire from the organisations which use the reporting system of HaiPro danger events. Altogether 15 answers to the questionnaire were obtained. The thesis was carried out as a qualitative study and a thematic analysis was used in the analysis of the results.

It was shown that patient's safety promoting operation methods in use applied mainly to the flow of information and communication, utilising the experience, maintaining of the professional skill and developing, medicine and device safety, working environment and resources. In the plans patient's safety was secured with different instruments, such as checklists and patient wristbands. It was experienced that the reporting system of HaiPro danger events had helped in the identification of risk sections on both organization and unit level.

On the basis of the results of the thesis one can conclude that the organisations are operational and in utilising the HaiPro system that promotes patient's safety on different levels with respect to each other. This became apparent in the use and from the evaluation of interviews of the effects of the HaiPro system on the operation methods as well as from the relations of the operation methods being planned.

Key words: patient safety, operation methods, reporting system, contributing factors

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	POTILASTURVALLISUUS	2
2.1	Potilasturvallisuuden käsitteitä	2
2.2	Potilasturvallisuus kansainvälisellä tasolla	4
2.3	Potilasturvallisuus Suomessa	6
2.4	Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro	8
2.4.1	Vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttavat tekijät	10
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
4.1	Kohderyhmä ja tutkimusaineiston hankinta	22
4.2	Tutkimusmenetelmä ja aineiston analyysi	24
5	TUTKIMUSTULOKSET	26
5.1	Käytössä olevat toimintamenetelmät	26
5.2	Suunnitteilla olevat toimintamenetelmät	32
5.3	HaiPro -järjestelmän vaikutus toimintamenetelmien kehittämiseen	35
6	POHDINTA	36
6.1	Johtopäätökset	36
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	39
6.3	Tutkimuksen eettisyys	42
6.4	Jatkotutkimusaiheet	43
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	52

1 JOHDANTO

”Maija 72v. oli odottamassa osastolla polvileikkaukseen pääsyä. Hänet oli suunniteltu aamun ensimmäiseksi potilaaksi leikkaussaliin ja hän oli saanut aamulääkkeiden yhteydessä esilääkkeen leikkausta varten. Maija oli jonkin ajan kuluttua lähtenyt käymään yksin WC:ssä ja kaatunut murtaen lonkkansa. Selvisi, että Maijan omahoitaja ja aamulääkkeet jakanut hoitaja eivät olleet ohjeistaneet Maijaa esilääkityksen vaikutuksista.”

Vaikka yllä oleva kertomus on tässä tapauksessa fiktiota, olisi se voinut tapahtua jollekin meistä tai läheisistämme. Tällainenkin tapaus olisi mahdollisesti estettävissä yksikössä sovitulla yhteisellä menettelytavalla. Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä tapahtuu virheitä potilaiden hoidossa. Aikaisempien tutkimusten mukaan virheistä aiheutuu haittaa noin yhdelle kymmenestä potilaasta ja vakavaan haittaan tai kuolemaan johtaa noin joka sadas tapaus. Kansainvälisiin tutkimuksiin verrattuna Suomessa voi kuolla vuosittain 700 tai jopa 1700 potilasta hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin. Luku on suurempi kuin liikenneonnettomuuksissa vuosittain kuolleiden määrä. (Pasternack 2006, 2459.) Hoitovahinkoja tutkittaessa ja parannuskeinoja mietittäessä ei ole merkitystä sillä, kuka mahdollisen haitan on aiheuttanut. Olennaista on selvittää järjestelmässä olevien hoitovahinkoon johtaneiden toiminnallisten ja rakenteellisten tekijöiden vaikutusta tapahtuman syntyyn. (Pasternack 2006, 2465.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa millaisia potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttävissä eri organisaatioissa on käytössä tai suunnitteilla. Tarkoituksena oli myös selvittää miten HaiPro -järjestelmä on vaikuttanut toimintamenetelmien syntyyn. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella. Opinnäytetyö toteutettiin toimeksiantona Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön keskuslaitoskeskussairaualalle.

2 POTILASTURVALLISUUS

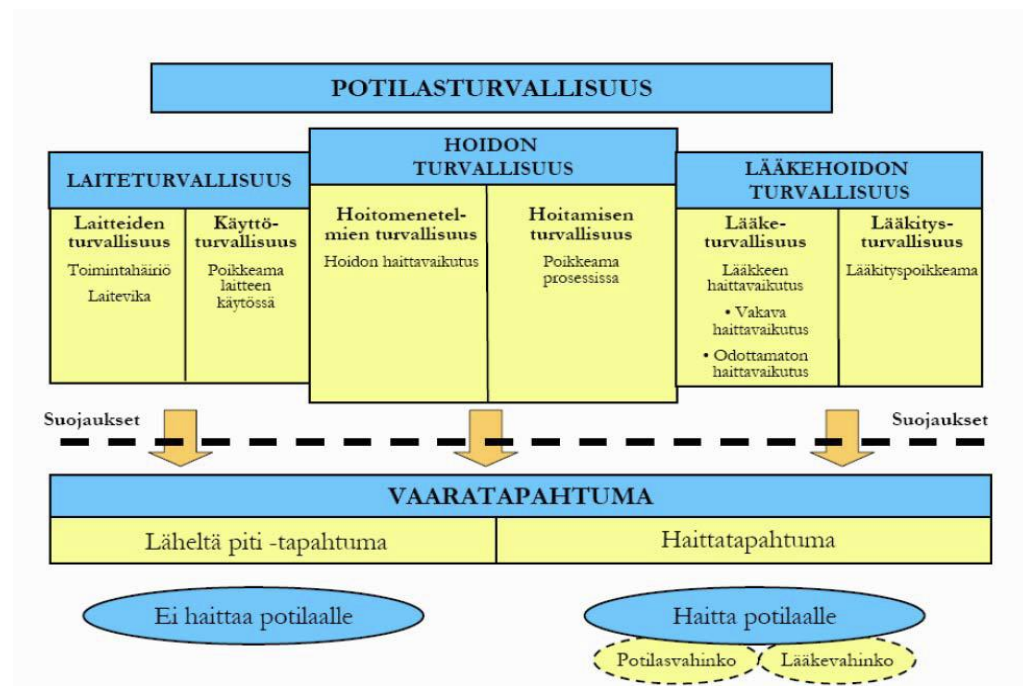
Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden avulla on tarkoitus varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta vahingoittumattomuudella tarkoitetaan sitä, että hoidosta ei aiheudu haittaa. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 6.) Potilasturvallisuus on laadukkaan ja vaikuttavan hoidon merkittävä osatekijä (Snellman 2009, 29).

2.1 Potilasturvallisuuden käsitteitä

Aloite suomenkielisen potilasturvallisuussanaston kehittämiseen tehtiin Suomen Lääkäriliiton laatuneuvoston työkokouksessa (Snellman 2009, 37). Tämän jälkeen Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO ovat kehittäneet luonnoksen potilasturvallisuussanastosta. Lähtökohtana sanaston laatimiselle on ollut yhdenmukaisen suomenkielisen termistön puuttuminen. Täysin vakiintunutta termistöä ei ole muissakaan kielissä, mutta World Health Organization (WHO) on käynnistänyt kehittämishankkeen, jonka tavoitteena on myös potilasturvallisuussanaston laadinta. (Potilas- ja Lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 4.)

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastossa hoidon turvallisuus sisältää lääkehoidon ja laitteet. Näitä käsitellään niiden tärkeyden vuoksi omina alueinaan ja niistä on eroteltavissa menetelmän ja hoitoprosessin turvallisuus. Hoitomenetelmää, lääkkeitä ja laitteita käsitellään menetelmän turvallisuuden yhteydessä. Hoitoprosessin turvallisuuteen kuuluvat laitteen käyttö-, lääkitys- ja hoitamisen turvallisuus. Menetelmän turvallisuuden yhteydessä käytetään käsitettä haittavaikutus. Suunnitellusta hoitoprosessista poikkeaminen voi vaarantaa hoitoprosessin turvallisuuden. (Potilas- ja Lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5.) Poikkeamalla tarkoitetaan kaikkea terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvää suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa, josta voi aiheutua vaaratapahtuma. Poikkeamasta käytetään usein sanaa virhe. Poikkeama sana on suositellumpi, koska poikkeama voi olla myös suunniteltu ja

eduksi potilaalle. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tapahtumaa, jossa potilaan turvallisuus vaarantuu ja voi aiheuttaa potilaalle haittaa. Vaaratapahtuma jaotellaan läheltä piti -tapahtumaan ja haittatapahtumaan. Läheltä piti -tapahtuma tarkoittaa vaaratapahtumaa, josta olisi voinut olla haittaa potilaalle. (Potilas- ja Lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6.) Haittatapahtuma tarkoittaa puolestaan tapahtumaa, josta potilaalle aiheutuu haittaa (Potilas- ja Lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 7).



Kuva 1. Potilasturvallisuus käsitteistö (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 7)

Turvallisuuskulttuuri määritellään organisaation kyvyksi ja tahdoksi ymmärtää, millaista on turvallinen toiminta ja millaisia organisaation toimintaan liittyviä vaaroja esiintyy. Tärkeää on myös kyky ja tahto toimia niin, että ehkäistään vaarojen toteutumista. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 48.) Potilasturvallisuuskulttuurin katsotaan muodostuvan, kun terveydenhuollon organisaatiossa määritellään turvallisuuden varmistamiseen liittyviä vaatimuksia ja rajoituksia sekä vastataan näihin rakenteellisin ja psykologisin toimintaedellytyksin (Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 25). Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin ajatellaan olevan aitoa potilaiden turvallisuudesta välittämistä, pyrkimystä ymmärtää toimintaan liittyviä

vaaroja jokaisella organisaation tasolla ja ennakoimaan vaaroja (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2009, 66).

2.2 Potilasturvallisuus kansainvälisellä tasolla

Viimeisen vuosikymmenen aikana potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuskulttuuri ovat saaneet aikaan paljon keskustelua niin kansainvälisellä kuin kotimaisellakin tasolla (Turunen & Partanen 2008, 291). Potilasturvallisuutta on tutkittu jonkin verran jo 1980-luvulla, mutta varsinaisen tutkimuksen käynnisti yhdysvaltalainen Institute of Medicine'n (IOM) julkaisu vuodelta 2000 ”To Err Is Human: Building a Safer Health System” (Turunen & Partanen 2008, 291; Peltomaa 2009, 18). Julkaisussa on eritelty neljä suositusta potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Ensimmäisenä suosituksena on kansallisen keskuksen perustaminen potilasturvallisuuden parantamiseksi. Keskuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa tutkimuksista, työkaluista ja toimintamalleista. (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000, 69–70.) Toisena suosituksena on perustaa pakollinen raportointijärjestelmä, jonka avulla tunnistetaan vaaratapahtumat ja opitaan niistä. Pakollisen järjestelmän lisäksi organisaatioita ja työntekijöitä kannustetaan vapaaehtoisen raportointijärjestelmän kehittämiseen ja käyttöön. (Kohn ym. 2000, 86–88; 109–112.) Kolmannessa suosituksessa painotetaan potilasturvallisuuden standardien kehitystä ja saatavuutta (Kohn ym. 2000, 132–135). Neljännen suosituksen mukaan potilasturvallisuusohjelmien luominen terveydenhuollon organisaatioissa on tärkeää (Kohn ym. 2000, 155).

WHO:n vuonna 2004 perustama World Alliance for Patient Safety -ohjelma on merkittävä askel potilasturvallisuustyölle. Sen tavoitteena on saada aikaan pyrkimyksiä potilasturvallisuuden parantamiseksi jäsenmaissaan. (World Alliance For Patient Safety - Forward Programme 2008–2009, 2). Vuonna 2001 alkaneessa OECD -maiden yhteisessä Health Care Quality Indicator (HCQI) -hankkeessa on tarkoituksena kehittää terveydenhuollon laatua kuvaavia mittareita. Näitä mittareita on tarkoitus käyttää pohjana ymmärtämään miksi poikkeamia esiintyy ja miten poikkeamia voidaan vähentää. (Mattke, Kelley, Scherer, Hurst, Lapetra & the HCQI Expert Group Members 2006, 11.)

Euroopan unionin komissiossa on käsitelty viime vuosina potilasturvallisuutta. Helmikuussa 2008 käynnistettiin kolmivuotinen Euroopan Unionin Patient Safety Network (EUNetPaS) -hanke. Hanke on EU -maiden yhteinen, jossa Suomi on ottanut vastuuta lääkehoidon turvallisuuden edistämisestä. (Snellman 2009, 30.) Hankkeessa korostuvat potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen, potilasturvallisuuskoulutus sekä raportointijärjestelmien suunnittelu ja toteutus. Hankkeen tavoitteena on jäsenvaltioiden yhdenmukainen ja ajantasainen potilasturvallisuuskulttuuri. (European Union Network For Patient Safety 2008.)

Iso-Britanniassa potilasturvallisuutta edistää National Patient Safety Agency (NPSA) toimimalla terveydenhuollon organisaatioiden sekä päättäjien välillä (Peltomaa 2009, 20). NPSA on kehittänyt ”Seven steps to patient safety” -ohjeistuksen, jonka seitsemän kohtaa ohjaavat toteuttamaan potilasturvallisuutta käytännön tasolla (Woodward 2006, 8). Julkaisu sisältää ohjeet potilasturvallisuuskulttuurin rakentamisesta, henkilöstön johtamisesta ja tukemisesta, vaaratapahtumien tunnistamisesta sekä raportoinnin tukemisesta. Lisäksi siinä ohjeistetaan potilaiden ja omaisten ottamista mukaan potilasturvallisuuden kehittämiseen, vaaratapahtumien analysoimista ja virheistä oppimista sekä potilasturvallisuutta edistävien ratkaisujen toteuttamista vahinkojen ehkäisemiseksi. (Woodward 2006, 19–20.)

Pohjoismaista Tanska ja Ruotsi ovat potilasturvallisuuden kehittämisen uranuurtajia (Peltomaa 2009, 21). Tanskassa potilasturvallisuustyötä johtaa Dansk Selskab for Patientsikkerhed (DSFP), jonka tehtävänä on varmistaa potilasturvallisuuskäytännön toteutuminen terveydenhuollon päätöksenteossa (About the Danish Society for Patient Safety). Ensimmäinen pohjoismainen väitöskirja potilasturvallisuudesta valmistui Ruotsissa vuonna 2006. Synnove Ödegård käsittelee väitöskirjassaan ”Säker vård - patientskador, rapportegrin och prevention” ruotsalaisen raportointijärjestelmän Lex Marian kautta tehtyjä ilmoituksia. Tutkimuksen tarkoituksena on tuoda esille tietoa tekijöistä, jotka voivat vaikuttaa potilasturvallisuuden organisaatio- ja yksikötasolla. (Ödegård 2006, 36.) Tutkimus osoitti, että yksittäisten potilaiden kanssa toimivat terveydenhuollon ammattilaiset ovat erit-

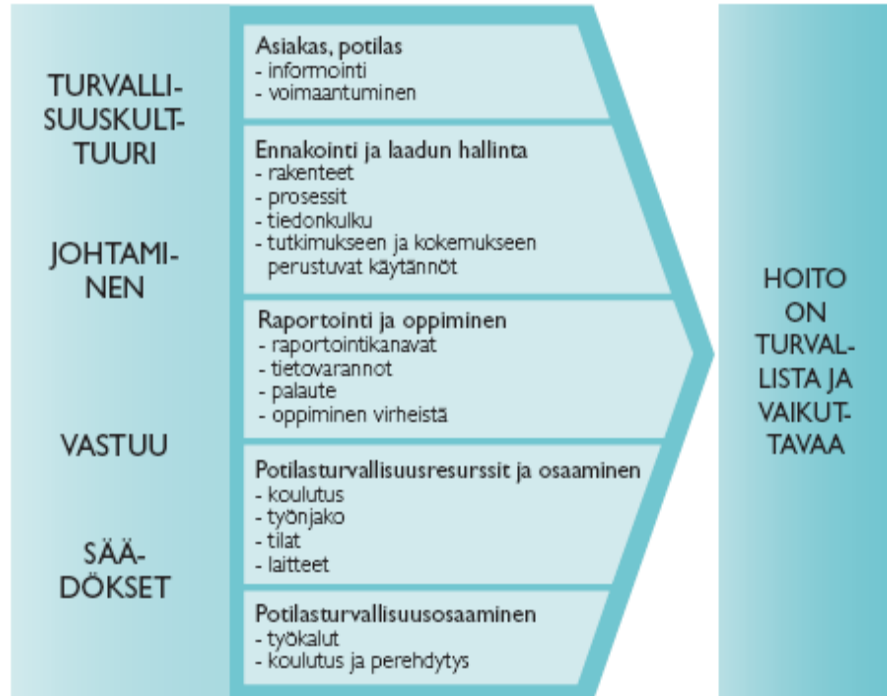
täin haavoittuvia, mikäli heidän tukijärjestelmänsä ovat heikot. Lisäksi vaarata-
pantumien raportoinnin ja sen analysoinnin huomattiin antavan arvokasta tietoa
ehkäisevistä turvallisuustoimenpiteistä. (Ödegård 2006, 62–64.)

2.3 Potilasturvallisuus Suomessa

Suomen ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia hyväksyttiin joulukuussa 2008
ja sen tarkoituksena on ohjata potilasturvallisuuskulttuuria yhtenäisempään suun-
taan Suomessa. Strategian on valmistellut Sosiaali- ja terveysministeriön (STM)
asettama potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä ja sen päivittämisestä
vastaa Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdes-
sä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 5; 11.) Potilastur-
vallisuusstrategian visiona on vuoteen 2013 mennessä saada potilasturvallisuus
pysyväksi osaksi terveydenhuollon rakenteita ja toimintamalleja ja näin vaikuttaa
hoidon vakuuttavuuteen ja turvallisuuteen. Tavoitteena on, että potilaat voivat
osallistua itse potilasturvallisuuden kehittämiseen. Lisäksi tavoitteena on vaarata-
pantumien raportoinnin käytön lisääntyminen sekä virheistä oppiminen, potilas-
turvallisuuden suunnitelmallinen edistäminen ja huomiointi sosiaali- ja terveyden-
huollon koulutuksessa ja tutkimuksissa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä
– Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 5.)

Strategiassa tarkastellaan potilasturvallisuutta johtamisen, vastuun, turvallisuus-
kulttuurin sekä säädösten näkökulmasta (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä
– Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 13). Terveydenhuol-
lon organisaation johdon velvollisuuksiin kuuluu potilasturvallisuuden korostami-
nen ja työolojen järjestäminen niin, että turvallista hoitoa on mahdollista toteuttaa.
Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalta edellytetään sitoutumista potilas-
turvallisuuden kehittämiseen vaikuttamalla omaan työhön, sen turvallisuuteen ja
osaamiseen. Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa tarkoittaa yksilön ja yhtei-
sön toimintatapoja potilaiden turvallisen hoidon takaamiseksi. Potilasturvallisuus-
kulttuuriin kuuluu järjestelmälliset toimintamallit ja sitä tukeva johtaminen sekä
asenteet ja arvot, joilla pyritään edistämään turvallista hoitoa. Olennainen osa po-

tilasturvallisuuden kehittämistä on riskien tunnistaminen ja arviointi sekä niitä ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 14.)



Kuva 2. Suomen potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13)

Suomessa potilasturvallisuutta ohjaa lainsäädäntö (LIITE 1). Suomen perustuslain (731/1999, 1 §) mukaan valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Henkilötietolain (523/1999, 1 §) tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta: ”säädetään oikeus saada tieto viranomaisten julkisista asiakirjoista sekä viranomaisessa toimivan vaitiolovelvollisuudesta, asiakirjojen salassapidosta ja muista tietojen saantia koskevista yleisten ja yksityisten etujen suojaamiseksi välttämättömistä rajoituksista samoin kuin viranomaisten velvollisuuksista tämän lain tarkoituksen toteuttamiseksi.” (Laki viran-

omaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999, 2 §). Kielilaissa määritellään jokaisen oikeus käyttää sitä kansalliskieltä, jota haluaa (Kielilaki 423/2003, 2 §).

2.4 Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro

Vuonna 2005 aloitettiin vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittäminen. HaiPro -projektin tavoitteena oli toimintamallin kehittäminen turvallisuuden parantamiseksi. Tarkoituksena oli, että toimintamallin avulla voidaan käsitellä turvallisuutta vaarantavia poikkeamia, virheitä ja vaaratilanteita yksikössä. Toimintamallin tuli perustua vapaaehtoisuuteen ja rankaisemattomuuteen. Mallin kehittämiseen kuului osana työturvallisuus, vaikka sen pääpaino olikin potilasturvallisuuden edistämässä. Kehitettäessä toimintamallia tavoitteena oli, että se kattaa poikkeamien raportoinnin ja analysoinnin lisäksi mahdollisuuden hyödyntää saatu tieto terveydenhuollon yksiköissä ja yleisesti terveydenhuollossa. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 11.)

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportoinnin tietotekninen työkalu, joka on tarkoitettu yksiköiden sisäiseen käyttöön toiminnan kehittämiseksi. HaiPro -menetelmää käytetään yli 50:ssä sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Selkeän raportointimenettelyn avulla saadaan tietoa vaaratapahtumista ja voidaan oppia virheistä. Samalla terveydenhuollon johto saa tietoa vaaratapahtumiin varautumisen riittävydestä sekä toimenpiteiden vaikutuksesta. HaiPro raportointimenettely on kehitetty Valtion teknillisellä tutkimuslaitoksella (VTT) yhteistyössä Peijaksen sairaalan, Tampereen Lääkärikeskus Oy:n ja Tampereen yliopistollisen sairaalan sydänkeskuksen kanssa. Projekti toteutettiin Lääkelaitoksen, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) ja VTT:n rahoituksella. HaiPro -työkalun ylläpidosta ja kehittämisestä vastaa Awanic Oy. (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä; Knuuttila ym. 2007, 3.)

Vaaratapahtumien raportointi on tärkeä osa potilasturvallisuuden hallintaa. Yksiköiden ja ammattihenkilöiden raportoidessa rekistereihin sekä viranomaisten

valvonnan ja potilaspalautteiden kautta saadaan tapahtumista tietoa. (Knuutila ym. 2007, 14.) Päivittäisessä työssä tehdyt havainnot, niiden johdonmukainen kerääminen sekä yhteinen käsittely pitää yllä tietoisuutta riskeistä ja kouluttaa tunnistamaan niitä sekä kehittää siten koko toimintaprosessia.

Vaaratapahtumaraportoinnissa on tavoitteena tuoda esille toiminnassa esiintyvät vaaratilanteet ja -tapahtumat. Siten voidaan tunnistaa vaaratapahtumien taustalla vaikuttavia uusia tekijöitä. Vaaratapahtumien toistuminen voidaan estää poistamalla tai varautumalla näihin tekijöihin. (Knuutila ym. 2007, 15.)

Vaaratapahtumista ilmoittaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Ilmoitus tehdään nimettömänä, jolloin ilmoittajan henkilöllisyyttä ei saada selville missään raportoinnin vaiheessa tai lisätietoja annettaessa. (Knuutila ym. 2007, 17.) HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmän perustuessa vapaaehtoisuuteen, ilmoitettuja tapahtumia ei tule käyttää syyllistämiseen. Järjestelmästä ei tule antaa yksittäisiä tietoja ulkopuolisille tahoille. Ilmoittaessa tapahtuneesta ilmoittajan henkilöllisyyttä ei ole välttämätöntä tietää ilmoitus- tai käsittelyvaiheessa, koska raportoinnin tarkoitus on parantaa potilasturvallisuutta nimenomaan toiminnan ja prosessien tarkastelun kehittämisen kautta. Suomen lainsäädännön mukaisesti ei kuitenkaan voida taata, että virheestä tai laiminlyönnistä ei koidu tekijälle seuraamuksia, koska potilas voi viedä asian viranomaisen tutkittavaksi. (Knuutila ym. 2007, 15–16.)

Ilmoittaessa yksittäistä tapahtumaa lomakkeeseen täytetään perustiedot: missä, milloin, mitä tapahtui ja mitä tapahtumasta seurasi (Knuutila ym. 2007, 17).

HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmässä tapahtumat ilmoitetaan tapahtumatyypeittäin (LIITE 2) (Knuutila ym. 2007, 32). Jatkokäsittelyssä luokitellaan ja tiivistetään tiedot tietokantaan (Knuutila ym. 2007, 17). Luokittelu perustuu toiminnan sisältöön ja yleisten toimintojen yhteisiin tekijöihin.

Raportointijärjestelmässä on lisäksi luokiteltu tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät. (Knuutila ym. 2007, 32.) Organisaatiotasoinen oppiminen ilmoitetuista tapahtumista vaatii tiedottamista ja käsittelyä eri tasoilla ja foorumeilla. (Knuutila ym. 2007, 17.)

Vaaratapahtumista raportointi HaiPro -järjestelmän avulla tuo lisää mahdollisuuksia kokemuksista oppimiseen. HaiPro -järjestelmän tärkeimpänä ominaisuutena pidetään sen painottumista tapahtumiin, jotka eivät ole johtaneet vakaviin seurauksiin tai haittoihin lainkaan. Ihmisen erehtyväisyyden hyväksyminen opettaa syyllistämättömään käsittelyyn. (Knuuttila ym. 2007, 19.)

2.4.1 Vaaratapahtumien syntyyn myötävaikuttavat tekijät

Knuuttila, Ruuhilehto ja Wallenius (2007, 9) ovat eritelleet Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointi -julkaisussa tekijöitä, jotka vaikuttavat vaaratapahtumien syntyyn. Myötävaikuttavat tekijät (LIITE 3) ovat tapahtumatilanteeseen tai olosuhteisiin liittyviä vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavia tekijöitä, jotka ovat osaltaan vaikuttamassa ihmisten turvalliseen ja tehokkaaseen toimintaan kyseisissä tilanteissa. Virheiden esiintymisen ja haitallisten seurausten mahdollisuus lisääntyvät näissä tekijöissä ilmenevien puutteiden tai heikkouksien vuoksi. Myötävaikuttavien tekijöiden esiintyminen on merkki organisaation perusprosessien toimimattomuudesta. (Knuuttila ym. 2007, 9.)

Vaaratapahtuman syntyyn liittyvät tekijät voivat aiheuttaa suoraan läheltä piti -tapahtuman tai haittatapahtuman. Tilanteissa voi näiden lisäksi olla myötävaikuttavia tekijöitä, jotka eivät ole suoraan aiheuttamassa tapahtumaa. Näin ollen virheitä ei voida vähentää ja tapahtuman toistumista estää pelkällä myötävaikuttavien tekijöiden poistamisella. Ne voivat kuitenkin olla lisäämässä tapahtuman haitallisia seurauksia sekä virheiden todennäköisyyttä. (Knuuttila ym. 2007, 58.)

Kommunikointi ja tiedonkulku

Tiedonhallinta tarkoittaa tiedon keruuta, organisointia ja tallentamista niin, että se on helposti löydettävissä ja hyödynnettävissä (Sanastokeskus 1993). Tiedonhallinta pohjautuu tietotekniikkaan, tietoresurssien hallintaan, tiedonhankinnan menettelytapoihin ja sääntöihin. Tiedon tuottaminen ja käyttö tapahtuu ihmisten välisessä sosiaalisessa kanssakäymisessä, jolloin ihmisen osuus prosessissa korostuu. (Choo 2002, Lehtokarin 2007, 10 mukaan.)

”Hoitotyön tiedonhallinta on hoitotyön, siihen liittyvän tiedon ja tämän tiedon hallinnan yhdistämistä tietojenkäsittelyn ja viestintätekniikan avulla. Tavoitteena on tukea maailmanlaajuisesti yksilön ja väestön terveyttä.” (Ensio & Saranto 2004, 11.)

Kommunikaatiolla on suuri vaikutus potilasturvallisuuteen, koska kommunikaatiota koskevat ongelmat ovat myötävaikuttajana noin 65 prosentissa tapahtuneista haittatapahtumista (Sandlin 2007, Kinnunen & Peltomaa 2009, 86 mukaan). Elizabeth Dayton ja Kerm Henriksen (2006) toivat esille Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) potilasturvallisuus- ja terveystieteiden konferenssissa viisi tekijää, jotka vaikeuttavat tehokasta kommunikointia. Keskeytykset voivat häiritä työn sujuvuutta sekä vaikuttavat kielteisesti turvalliseen ja tehokkaaseen työskentelyyn. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien kouluttaminen eri koulutusjärjestelmissä voi rajoittaa kommunikaation tehokkuutta. Hierarkkinen arvojärjestys voi osaltaan vaikeuttaa viestintää, koska asioista ei välttämättä uskalleta puhua. Terveystieteiden vastuualueiden epäselvyyden vuoksi ei aina tiedetä kenelle vastuu kuuluu. Tämä aiheuttaa sekaannusta ja asettaa potilaat vaaraan. Potilaan siirtyessä terveydenhuollon organisaatioiden välillä saattaa tärkeitä tietoja jäädä siirtymättä. (Friesen, Hughes & Zorn 2007.)

Ongelmat kirjallisessa ja suullisessa kommunikaatiossa saivat terveydenhuollon toimijat huolestumaan. Vähäinen tieto voi johtaa vaaratapahtumiin. (Haig, Sutton & Whittington 2006, 167.) Kommunikoinnin ja tiedonkulun parantamiseksi on monessa Yhdysvaltalaisessa sairaalassa otettu käyttöön SBAR-työkalu (Haig ym.

2006, 169). SBAR-työkalussa tilanne (S=situation) määrittää mitä juuri sillä hetkellä tapahtuu. Taustassa (B=background) selvitetään mitkä olosuhteet ovat vaikuttaneet tilanteen syntyyn. Arvio (A=assessment) on mielipide siitä, mikä tilanne on ja ehdotuksessa (R= recommendation) kuvataan sitä miten ongelma ratkaistaan. (Haig ym. 2006, 171.) SBAR-työkalun käyttö on parantanut suullista ja kirjallista tiedonkulkua, mikä puolestaan on edistänyt potilasturvallisuutta (Haig ym. 2006, 174).

Lääkkeet

Lääkehoito on olennainen osa terveydenhuollon toimintaa sekä tärkeä osa lääketieteellistä hoitoa. Parhaimmillaan se on moniammatillista organisaatioiden ja yksiköiden rajoista riippumatonta yhteistyötä. Lääkehoidon toteutuminen perustuu lääkärin, potilaan sekä lääkehoidon toteuttajan vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. (Turvallinen lääkehoito 2006, 3,36–37.) Keskeinen osa potilasturvallisuutta on lääkkeiden ja lääkehoidon turvallisuus. Lääkehoidon turvallisuus jakautuu kahteen eri osa-alueeseen; lääke- ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus keskittyy lääkkeen farmakologisiin ominaisuuksiin, niiden tuntemiseen, myyntilupiin ja lääkkeen turvalliseen valvomiseen. Lääkitysturvallisuus puolestaan sisältää lääkkeiden käyttöön ja lääkehoitojen toteuttamiseen liittyvät asiat. (Toivo & Airaksinen 2006, 334–335.)

Lääkelaisissa (395/1987) määritellään lääkkeen tarkoittavan valmistetta tai ainetta, joka sisäisesti tai ulkoisesti käytettynä parantaa, lievittää tai ehkäisee sairautta ja sen oireita. Lain mukaan lääkkeeksi katsotaan myös sisäisesti ja ulkoisesti käytettävien aineiden yhdistelmä, jonka käyttötarkoituksena on ihmisen tai eläimen elintoimintojen palauttaminen, korjaaminen, muuttaminen tai sairauden syyn ja terveydentilan selvittäminen. (Lääkelaki 1987/395, 3 §.) Määräyksen lääkehoidon toteuttamisesta tekee lääkäri. Lääkehoito toteutetaan lääkärin antamien ohjeiden mukaisesti, jolloin on erityisen tärkeää, että toteuttava osapuoli ymmärtää määräyksen ja ohjeet oikein sekä osaa toimia niiden mukaisesti. (Turvallinen lääkehoito 2006, 37.)

Kuten muillakin hoitotyön osa-alueilla, myös lääkehoidossa tapahtuu virheitä. Lääkehoitoprosessiin liittyvää estettävissä olevaa virhettä sanotaan lääkehoitopikkeamaksi (Turvallinen lääkehoito 2006, 16). Näitä poikkeamia lääkehoidon toteuttajan näkökulmasta voi ilmetä lääkemääräyksissä, lääkemääräysten vastaanotossa, lääkkeisiin liittyvässä neuvonnassa ja ohjeissa, lääkkeenjaossa, lääkkeen saattamisessa toimintakuntoon, lääkkeen annossa sekä lääkehoidon seurannassa. Lisäksi poikkeamia voidaan tarkastella lääkärin, avoterveydenhuollon, apteekin sekä potilaan näkökulmasta. (Turvallinen lääkehoito 2006, 36–41.)

Koulutus, perehdytys ja osaaminen

Henkilöstön osaaminen ja ammattitaito on keskeinen edellytys potilasturvallisuudelle, koska pelkkien virheiden välttäminen ei pelkästään riitä. On osattava antaa turvallisesti oikea hoito oikeaan aikaan. Koulutuksen ja perehdytyksen tulee taata, että henkilöstön osaaminen ja määrä vastaavat sairauksien edellyttämää tasoa. Osaaminen tulee huomioida myös henkilöstön vaihtuessa ja työtehtävien muuttuessa. Uusille tilapäistyöntekijöille ja opiskelijoille annettavan perehdytyksen tulee olla riittävää ja vastata heille osoitettuja vastuualueita. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 183–184.)

Vaatimuksia terveydenhuollon ammattihenkilöiden pätevydestä, koulutuksesta ja valmiuksista määritellään säädöksillä:

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (L 559/1994)

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä (A 564/1994)

(Haapa-Laakso, Tapanainen & Vallimies-Patomäki 2000, 9.)

Lain tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla siten, että terveydenhuollossa toimivalla henkilöllä on toimintaan vaadittava koulutus, riittävä pätevyys sekä valmiudet ammatilliseen toimintaan. Lain tarkoituksena on myös järjestää terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden valvontaa sekä heidän tarkoituksenmukaisen yhteistyön hel-

pottamista. (Haapa-Laakso ym. 2000,9; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, 1 §.)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstä säädetään myös täydennyskoulutusvelvoitteesta. Tämän mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään ammattitoimintaansa määrittäviin säädöksiin ja määräyksiin. Työnantajan vastuulla on järjestää työntekijälle mahdollisuus osallistua ammatilliseen täydennyskoulutukseen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, 18 §.)

Laitteet, tarvikkeet ja laitteiden käyttö

Terveydenhuollon laitteeksi ja tarvikkeeksi kutsutaan instrumenttia, laitteistoa, välinettä ja materiaalia sekä sen asianmukaiseen toimintaan tarvittavaa ohjelmitoa. Laitteenvalmistaja on tarkoittanut laitteen käytettäväksi ihmisen sairauden, vamman tai vajavaisuuden diagnosointiin, ehkäisyyn, tarkkailuun, hoitoon, lievitykseen tai kompensointiin. Laitteita käytetään myös anatomian tai fysiologisen toiminnon tutkimiseen, korvaamiseen tai muunteluun ja hedelmöitymisen säätelyyn. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010, 5 §.)

Laitteen ja tarvikkeen on täytettävä sitä koskevat vaatimukset. Sen tulee olla käyttötarkoituksen mukainen ja sen tulee saavuttaa sille suunniteltu toimivuus ja suorituskyky. Laitteen tarkoituksenmukainen käyttö ei saa vaarantaa käyttäjän, potilaan tai muun henkilön turvallisuutta tai terveyttä. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010, 6 §.) Laitteen tai tarvikkeen valmistajalla on velvollisuus huolehtia laitteen asianmukaisesta valmistamisesta. Lisäksi terveydenhuollon laitetta käyttävällä ammattilaisella pitää olla asiaankuuluva koulutus ja kokemus. Käytössä olevassa laitteessa on myös oltava turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet. (Kauppinen & Nihtinen. 2008, 20.)

Ammattimaisen käyttäjän velvollisuutena on toteuttaa tarpeelliset toimenpiteet laitteen toimintavarmuuden turvaamiseksi. Laitteen kunto tulee olla lain edellyttämällä tasolla. Laitteen käyttöpaikka, käytön turvallisuuteen vaikuttavat raken-

nusosat ja siihen liittyvät laitteet ja tarvikkeet eivät saa vaarantaa laitteen suorituskykyä eivätkä käyttäjän, potilaan tai muun henkilön turvallisuutta tai terveyttä. Lisäksi käyttöä koskevat ohjeet ja menettelyt tulee olla asianmukaisia. Terveydenhuollon laitetta tai tarviketta käyttävällä henkilöllä tulee olla käytön vaatima riittävä koulutus ja kokemus. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010, 24 §.)

Lääkinnällisiä laitteita koskevan uuden lainsäädännön tarkoituksena on laitteiden ammattimaisten käyttäjien velvollisuuksien selkeyttäminen. Lainsäädännön tavoitteena on parantaa lääkinnällisten laitteiden turvallisuutta sekä edistää potilasta ja työturvallisuutta. (Uusi lääkinnällisiä laitteita koskeva lainsäädäntö parantamaan potilasturvallisuutta 2008.)

Kattava ja vaikuttava laiteturvallisuuden valvonta on nykyisen lainsäädännön puitteissa mahdotonta. Laitteiden määrä markkinoilla kasvaa ja ne monimutkaistuvat. Lainsäädännöllä onkin varmistettava viranomaisten käytössä olevien valvontamenetelmien riittävyys. Tehokas valvonta hyödyttää myös elinkeinoelämää. Laki lääkinnällisistä laitteista korvaisi terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetun lain. (Uusi lääkinnällisiä laitteita koskeva lainsäädäntö parantamaan potilasturvallisuutta 2008.)

Terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuutta valvoo ja edistää Lääkelaitos. Laitteista aiheutuvia vaaratilanteita valvotaan ja arvioidaan vaaratilanneilmoitusjärjestelmän avulla. Laitteen käyttäjällä ja valmistajalla on velvollisuus ilmoittaa vaaratilanteista Lääkelaitokselle. Myös ulkomaiset valmistajat ja EU-viranomaiset tekevät ilmoituksia. Lääkelaitos huomioi eri tuoteryhmiin kohdistuvia vaaratilanteita ja arvioi niiden riskejä vaaratilannejärjestelmän kautta. Lääkelaitos julkaisee ammattilaisille tarkoitettua tietoa ja edistää näin laitteiden turvallista käyttöä. Lääkelaitoksen Internet-sivuilla voi tehdä sähköisen vaaratilanneilmoituksen terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. (Kauppinen & Nihtinen, 2008, 20.) Kauppinen (2008, 3) mukaan voimavarat pitää kohdentaa sinne missä riskien mahdollisuus on suuri. Näin vaalitaan potilasturvallisuutta. Lääkelaitoksen strategian mukaisesti terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden valvonnassa ja

tarkastustoiminnassa kiinnitetään jatkossa eniten huomiota korkean riskin tuotteisiin ja lisätään tarkastusten määrää.

Potilas ja läheiset

Jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus saada laadukasta ja hyvää hoitoa. Hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään pitää kunnioittaa ja hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan hoidossa ja kohtelussa on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon hänen äidinkielensä, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3 §.)

Hoidon turvallisuuden edistämiseksi potilas, asiakas ja hänen läheisensä otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilas kertoo oireistaan, toiveistaan ja huolistaan sekä kysyy hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa ja neuvontaa omasta sairaudestaan, sen hoidosta ja mahdollisista riskeistä ja odotettavissa olevista tuloksista. Tieto tulee antaa potilaalle niin, että potilas ymmärtää sen. Haittatapahtuman sattuessa potilaalle on kerrottava siitä avoimesti ja jos potilas haluaa, myös hänen läheisilleen. Tapahtuma ja sen mahdolliset seuraukset käydään yhdessä heidän kanssaan läpi. Avoimuuden tukemiseksi anteeksipyyntö on paikallaan. Ilmapiirin ollessa luottamuksellinen, potilas uskaltaa ja hänellä on mahdollisuus tuoda esiin turvallisuudessa havaitsemansa puutteet. Puutteisiin puututaan välittömästi ja avoimesti. Yhtenäiset toimintatavat haittatapahtumien jälkipuinnissa auttavat henkilöstöä toimimaan avoimesti. Osallistaan avoimuutta edistävät haittatapahtumista saadun tiedon analysointi ja julkistaminen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 16.)

Potilasvahinkolaki koskee Suomessa annetun terveydenhuollon- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneen henkilövahingon korvaamista potilasvakuutuk-

sesta. Myös lääkkeen toimittaminen kuuluu terveyden- ja sairaanhoitoon silloin, kun siitä on lääkemääräys. Tässä laissa potilaana pidetään myös veren, kudoksen tai elimen luovuttajaa sekä lääketieteellisen tutkimuksen tervettä tutkittavaa. (Potilasvahinkolaki 585/1986, 1 §.)

Toimintatavat

Toimintatapoihin kuuluu tehtävien, työmenetelmien, toiminta- ja menettelytapojen, ohjeiden ja tarvittaessa muun työn suorittamisen ohjauksen ja avun saamisen huomiointi (Millaisia tapahtumia ilmoitetaan 2009, 7). Yleisesti sovitut, aikaisempaan tutkimustietoon ja kokemukseen pohjautuvat käytännöt ovat olennainen osa potilasturvallisuuden parantamista. Moniammatillisuus toimintatapojen kehittämisessä, ilmapiirin avoimuus sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat tärkeitä huomioitavia asioita potilasturvallisuuden edistämiseksi. Perusta turvallisuuskulttuurille kehittyi jo ammattihenkilöitä koulutettaessa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 14.) Turvallisuuskulttuuri nähdään yhtenä järjestelmällisenä potilasturvallisuutta kehittäväksi toimintatapana. Siihen sisältyy arviointi ja siihen liittyvät ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä jatkuva organisaation toimintojen kehittäminen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 20.)

Tiimin tai ryhmän toiminta

Katzenbach ja Smith (1993, 45) kuvaavat kirjassaan tiimin tarkoittavan pientä ryhmää, jonka jäsenillä on toisiaan täydentäviä taitoja. Tiimin jäsenet ovat sitoutuneita toimimaan vastuullisesti yhteisten tarkoitusten ja tavoitteiden hyväksi. Yksilöiden ja isompien organisaatioissa toimivien ryhmien ei katsota suoriutuvan tehtävistään yhtä hyvin kuin vastuullisesti toimiva tiimi. Tämä korostuu etenkin silloin, kun toiminta edellyttää työntekijöiltä moninaisia taitoja, harkintakykyä ja kokemusta. (Katzenbach & Smith 1993, 9.) Tiimityö on työskentelyä pysyvässä ryhmässä tai tiimissä, jolla on yhteinen tehtävä ja jolla on mahdollisuus itse suunnitella työtään. Ryhmä on kahden tai useamman ihmisen muodostama jatkuvassa

vuorovaikutuksessa oleva yhteisö tai joukko, jolla on yhteiset tavoitteet. Työelämässä ryhmiä ja tiimejä voidaan perustaa hoitamaan jatkuvaa tehtävää, tuotantoa tai vain jotain rajattua tehtävää varten. (Tilastokeskus 2006.)

Koivukosken ja Palomäen (2009, 15) mukaan tiimin toiminnassa on kaksi ulottuvuutta. Tiimi työskentelee yhteisten tavoitteiden lisäksi työtehtävän määrittelemän perustehtävän toteuttamiseksi. Kun tiimiä aletaan muodostaa, on sille luotava yhteiset pelisäännöt. Pelisäännöt ovat yhdessä mietittyjä tiimin toiminnan tapoja sekä periaatteita, joiden pohjalta tiimissä työskennellään. Ne pohjautuvat organisaation arvoihin, strategiaan ja toimintasuunnitelmaan, joissa tiimien perustehtävät on määritelty. (Koivukoski & Palomäki 2009, 48.)

Työympäristö ja -välineet, resurssit

Usein haattatapahtuman taustalla ovat huono tiedonkulku, liiallinen työpaine, liian pitkään jatkunut työrupeama, vähäinen henkilökunnan määrä tai vaatimusten ja osaamisen välillä vallitseva ristiriita. Myös nopea tai huonosti suunniteltu organisaatiossa tapahtuva muutos, monimutkaiset hoitoketjut sekä katkokset yhteistyössä toimivien toimintayksiköiden välillä vaikuttavat haattatapahtuman syntyyn. Lisäksi tilojen ja laitteiden vajavaisella suunnittelulla sekä riittämättömällä laitteiden huollolla tai koulutuksella laitteiden käyttöön on osansa haattatapahtuman syntyyn. Hyvin toteutetulla laadun- ja riskienhallinnalla voidaan ehkäistä haattatapahtumia. Näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen noudattaminen ja näiden pohjalta luotujen turvallisten hoitokäytäntöjen avulla virheen mahdollisuus pienenee. Hoitoprosessien analysointi sekä turhien ja epäolennaisten vaiheiden poistaminen onkin tärkeää. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 187.)

Tapaturmariskejä voidaan pienentää pitämällä hyvä järjestys toimitiloissa, hankkimalla asianmukaisia laitteita, huoltamalla ja tarkistamalla niitä säännöllisesti sekä kouluttamalla työntekijöitä käyttämään laitteita turvallisesti. Lisäksi tulee huolehtia riittävästä valaistuksesta ja pukeutua olosuhteiden edellyttämällä tavalla. (Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille 2005, 24.) Henkilöturvallisuussuunnittelulla pyritään ylläpitämään toimintayksi-

kön työntekijöiden, palvelujen käyttäjien ja toimintayksikössä satunnaisesti vieraillevien henkilöiden turvallisuus. Suunnittelun tavoitteena on ehkäistä henkilöihin kohdistuvaa fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa sekä muita vaaratilanteita. (Turvallisuuksuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille 2005, 25.)

Työympäristön kehittäminen on keskeisin osa turvallisuustyötä työpaikoilla. Työturvallisuuslaki velvoittaa parantamaan työympäristöä ja työolosuhteita työntekijän työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Samalla lain tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja ja muita työstä ja työympäristöstä johtuvia työntekijöiden fyysisiä ja henkisiä terveyshaittoja. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 1 §.)

Organisaatio ja johto

Tavoite- ja tehokkuusmalli on yleisin tapa määritellä organisaatio. Mallin mukaan organisaatio on huolellisesti suunniteltu järjestelmä, jolle on asetettu erilliset tavoitteet, jotka organisaatio pyrkii tehokkaasti toteuttamaan. Organisaation tyypillisimmät ominaisuudet ovat tavoitteellisuus ja tehokkuus. Organisaation olemassaolon tarkoitus pohjautuu sen asettamiin tavoitteisiin. Organisaation täytyy toistuvasti suunnitella ja kehittää toimintaansa pyrkiessään tehokkuuteen. (Harisalo 2008, 17.) Turvallisuuskriittisellä organisaatiolla tarkoitetaan organisaatiota, joka käsittelee vaaroja tai uhkia, jotka huonosti hallittuina voivat aiheuttaa ihmisille tai ympäristölle vahinkoa (Reiman & Oedewald 2008, 17).

Potilasturvallisuutta edistävän toimintakulttuurin tyypillinen piirre on organisaation johdon vastuun ottaminen näkyvästi potilasturvallisuudesta. Johto ei voi delegoida tätä vastuuta eteenpäin. Potilasturvallisuutta korostetaan kaikessa toiminnassa johdon toimesta, silloin johto varmistaa että toiminta ja työolosuhteet takaavat turvallisen hoidon toteuttamisen. Johdon vastuualueisiin kuuluvat myös taloudellisten ja ympäristöllisten riskien huomioiminen osana potilasturvallisuuden edistämistä. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 182.)

Organisaation johdolla on päävastuu potilasturvallisuudesta ja se luo edellytykset potilasturvallisuuden toteutumiseksi toimintayksiköissä. Johdon tehtävänä on riittävän henkilökunnan määrän ja riittävän osaamisen varmistaminen sekä luoda työolosuhteet, missä hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Kaikki päätökset, myös taloudelliset, on tehtävä potilasturvallisuus muistaen. Toimintayksiköissä tulee määritellä johdon ja henkilöstön vastuu potilasturvallisuudesta ja työskentelyn laadusta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 14.)

Turvallisuusriskien analysoinnissa sekä riskeihin varautumisessa on johdolla olennainen vastuu. Lisäksi sillä on vastuu laadun- ja riskienhallinnan toteuttamisesta sekä haittatahtumista saadun tiedon jakamisesta hyödynnettäväksi tiimien, organisaation ja palvelujärjestelmän kehittämisessä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 15.)

Organisaation johdon ja esimiesten tehtävänä on vaaratapahtumaan osallisten työntekijöiden tukeminen selvittelyjen ja mahdollisten seurauksien kaikissa vaiheissa. Syylistämättömyyden periaate kuuluu keskeisesti potilasturvallisuuden edistämiseen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 2009, 15.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttävien organisaatioiden toimintamenetelmiä ja kehittämisideoita potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tarkoituksena on lisäksi selvittää miten vaaratapahtumien raportointi on vaikuttanut toimintamenetelmien syntyyn. Tutkimuksen tavoitteena on saada potilasturvallisuutta edistävät toimintamenetelmät kaikkien HaiPro -järjestelmää käyttävien organisaatioiden käyttöön. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja toteuttaessa potilasturvallisuutta tukevia toimia.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia potilasturvallisuutta kehittäviä toimintamenetelmiä HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttävillä organisaatioilla on käytössä?
2. Millaisia potilasturvallisuutta kehittäviä toimintamenetelmiä organisaatioilla on suunnitteilla?
3. Miten HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on vaikuttanut toimintamenetelmien syntyyn?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Aihe tutkimukseen löytyi Lahden ammattikorkeakoulun (LAMK) opiskelijoiden sähköisen oppimisolun opinnäytetöiden aihearkkiasivustolta. Tutkimuksen työelämän yhteistyötahona toimi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän (PHSOTEY) keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen ylihoitaja. Tutkimuslupa haettiin yhteistyötaholta. Muiden organisaatioiden vastaajat antoivat luvan tutkimukseen kyselyyn vastaamalla. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Kyselyn laadintavaiheen neuvonantajina toimivat VTT:n erikoistutkija, HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmän ylläpitäjä ja PHSOTEY:n yhteistyöhenkilö.

Tutkimuksen alustavat tulokset esiteltiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän järjestämässä valtakunnallisessa potilasturvallisuuspäivässä syyskuussa 2010. Potilasturvallisuuspäivää varten laadittiin tutkimuksen tavoitteista, tarkoituksesta ja tutkimuskysymyksistä sekä alustavista tuloksista kaksi julistetta. Tapahtumaan osallistuvilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Opinnäytetyö kokonaisuudessaan tulee HaiPro -järjestelmän ylläpidon Internet -sivustolle. Lisäksi valmistuneesta opinnäytetyöstä lähetetään tieto kyselyn vastaanottaneille henkilöille.

4.1 Kohderyhmä ja tutkimusaineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin erikoissairaanhoidon organisaatioita eri puolilta Suomea. Kohderyhmän organisaatioiden tuli käyttää HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää ja kyselyyn vastaavien henkilöiden työkennellä vaaratapahtumailmoitusten parissa.

Kohderyhmän organisaatiot valittiin HaiPro -järjestelmää käyttävien organisaatioiden tietokannasta. Valinnan toteutti HaiPro -järjestelmän ylläpidosta vastaava Awanic Oy, joka kokosi organisaatioista sähköisen jakelulistan kyselyn lähettämistä varten. Jakelulistan tarkoituksena oli, että tiedot organisaatioista ja kyselyn

vastaajista eivät tule tutkijoiden tietoon. Kysely lähetettiin sillä hetkellä HaiPro -järjestelmää käyttäviin erikoissairaanhoidon organisaatioihin. Organisaatioita oli 29 ja valittuja vastaajia 31. Tutkimuksen edetessä huomattiin, että jakelulistassa oli mukana neljä perusterveydenhuollon organisaatiota. Näiden organisaatioiden edustajat ottivat tutkijoihin yhteyttä sähköpostitse ja heitä ohjeistettiin olemaan vastaamatta. Tutkimuksessa haluttiin selvittää potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä ja HaiPro -järjestelmän vaikutusta toimintamenetelmien syntyyn. Tutkimuksen toimeksiannossa määriteltiin tutkimuksen koskevan HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmän tapahtumaluokkia (LIITE 2). Tutkimusprosessin alussa aihe todettiin melko laajaksi, joten kysely rajattiin HaiPro -järjestelmän käsittelijän oppaassa esitettävien myötävaikuttavien tekijöiden mukaisesti (LIITE 3).

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä Webropol -kysely- ja tiedonkeruusovelluksella. Sovelluksen käyttöä varten käytiin kyselyn laadintaan ja analysointiin liittyvät koulutukset PHSOTEY:n keskussairaalassa. Saatekirje (LIITE 4) ja kyselylomake (LIITE 5) lähetettiin sähköisesti jakelulistalla vastaajien sähköpostiin. Kyselyn vastausajaksi annettiin kaksi viikkoa. Kyselylomake suunniteltiin puolistrukturoidun haastattelun ja teemahaastattelun periaatteita soveltaen. Puolistrukturoidussa haastattelussa esitetään kaikille samat kysymykset, mutta vastaajille ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan heillä on mahdollista vastata kysymyksiin omin sanoin (Eskola & Suoranta 1998, 87). Koska kyselyn vastaajat olivat eripuolilta Suomea, toteutettiin tutkimus haastattelun sijaan sähköpostikyselynä. Sekä määrällisessä että laadullisessa tutkimuksessa tutkija voi olla etäällä tutkittavasta. Laadullisessa tutkimuksessa ei tutkijalla ja tutkittavalla tarvitse välttämättä olla läheistä yhteyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 194.)

Kyselylomake koostui 20 kysymyksestä, joista kaksi oli strukturoituja ja 18 avoimia. Strukturoitujen kysymysten oli tarkoitus selvittää, miten pitkään HaiPro -järjestelmä oli yksikössä tai organisaatiossa ollut käytössä sekä millä tasolla (ei yhtään - jonkin verran - kohtalaisesti - paljon - hyvin paljon) vastaajat arvioivat järjestelmän vaikuttaneen toimintamenetelmien syntyyn. Avoimet kysymykset sijoitettiin pareittain yhdeksän teeman alle, jotka koostuivat vaaratapahtuman syn-

tyyn myötävaikuttavista tekijöistä. Myös HaiPro -järjestelmän vaikutuksesta toimintamenetelmien syntyyn kysyttiin avoimella kysymyksellä. Kysely muodostettiin pääosin avoimista kysymyksistä, koska tämä antoi vastaajille mahdollisuuden kertoa monipuolisemmin organisaatiossa olevista toimintamenetelmistä. Strukturoidut kysymykset olisivat voineet rajoittaa vastauksia.

Kyselylomake esitettiin ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista PHSOTEY:n keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen 15 osastonhoitajalla. Esitestauksen yhteydessä vastaajille lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja esitestauksen tarkoituksesta. Vastauksia esitestaukseen saatiin yhteensä kolme. Esitestauksessa saadussa palautteessa kuvattiin aihe hyväksi ja ajankohtaiseksi. Saadusta palautteesta huomattiin kyselyn olevan raskas vastata ja kysymykset koettiin liian laajoiksi. Kyselyn ensimmäisessä versiossa käytettiin sanaa käytänne kuvaamaan potilasturvallisuuden edistämistä tukevia keinoja. Sana käytänne miellettiin kuvaavan enemmän vakiintuneita toimintakeinoja ja se koettiin epäkäytännölliseksi. Esitestauksessa toivottiin käytänteen tilalle konkreettisempaa termiä. Tämän ohella kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä testattiin kuudella ulkopuolisella lukijalla.

4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analyysi

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä. Tutkimuksella pyrittiin saamaan selville toimintatapoja ja -menetelmiä, joilla erikoissairaanhoidon yksiköissä edistetään potilasturvallisuutta. Yhteistä laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille on saada aineistosta selville toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21). Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 161) mukaan laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja pyrkimys kohteen kokonaisvaltaiseen tutkimiseen. Yleisellä tasolla laadullisen tutkimusmenetelmät tarkoitus on löytää aineistosta tosiasioita, eikä vain todentaa jo tiedossa olevia. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.)

Tutkimuksen aineiston käsittely aloitettiin kunkin tutkijan itsenäisellä perehtymisellä aineiston sisältöön. Tämän jälkeen jokainen koodasi aineiston helpommin käsiteltävään muotoon. Koodaamisessa käytettiin induktiivista eli aineistosta lähtevää menettelyä. Induktiivisessa koodauksessa tutkittavasta aineistosta kehitetään käsitteitä tai selkiytetään aiempia käsitteitä sekä jaotellaan niiden välisiä yhteyksiä (Rantala 2010, 114). Koodaamisella tarkoitetaan aineiston pilkkomista niin, että siitä tulee helpommin tulkittavaa. Tällöin aineistoa käydään systemaattisesti läpi ja tulkitaan. (Eskola & Suoranta 1998, 156; Rantala 2010, 115.) Koodaaminen mahdollistaa aineiston joustavan tarkastelun, jolloin siitä voidaan etsiä haluttuja kohtia sekä ryhmitellä aineistoa uudelleen (Eskola & Suoranta 1998, 156).

Koodaamisen jälkeen aineistoa käsiteltiin teemoittelemalla (LIITE 6), jonka avulla aineistosta saadaan nostettua tutkimusongelmaa selventäviä teemoja. Tutkimusaineistosta on löydettävä tutkimuskysymysten kannalta olennaiset asiat sekä eroteltava niitä. Onnistunut teemoittelu rakentuu teorian ja aineistosta saadun tiedon ympärille. (Eskola & Suoranta 1998, 175–176.)

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä etsittiin käytössä olevia potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä. Kyselyn vastauksista muodostettiin kahdeksan pääteemaa. Jokaisen pääteeman alle muodostettiin yhdestä neljään alateemaa. Toisessa tutkimuskysymyksessä tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuutta edistäviä suunnitteilla olevia toimintamenetelmiä. Vastauksista muodostui kaksi pääteemaa ja pääteemojen alle yhteensä yhdeksän alateemaa. Kolmannessa tutkimuskysymyksessä haluttiin tutkia miten HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on vaikuttanut potilasturvallisuutta edistävien toimintamenetelmien syntyyn. Tämän alle muodostettiin neljä alateemaa.

Alateemat pitävät sisällään konkreettisia esimerkkejä käytössä olevista toimintamenetelmistä. Käytössä ja suunnitteilla olevien käytäntöjen ylä- ja alateemat ovat osittain samankaltaisia. Tämä johtuu siitä, että vastaukset ovat organisaatiokohtaisia ja organisaatiot ovat eri vaiheissa potilasturvallisuuden toteutuksen ja suunnittelun osalta. Tuloksissa alateemojen sisältöä on tarkennettu pelkistetyillä ilmauksilla ja suorilla lainauksilla kyselylomakkeen vastauksista.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Käytössä olevat toimintamenetelmät

Tiedonkulku ja kommunikointi jaettiin suulliseen ja kirjalliseen alateemaan. Kyselyn useissa vastauksissa tuotiin esille säännöllisten osastokokouksien tärkeys. Osastokokouksissa käsiteltiin tapahtuneet potilasturvallisuutta vaarantavat asiat ja mietittiin korjaustoimenpiteitä. Kommunikoinnissa vastaajien mukaan tulee käyttää paljon toistamista, jotta voidaan varmistaa asian tulleen ymmärretyksi. Vastaajien mukaan moniammatillisten kokousten pitäminen on tärkeää. Myös työvuoro-kohtaista suullista raportointia pidettiin tärkeänä.

”Joissain yksiköissä on käytössä jatkuvat sovitut tapaamiset, joissa käsitellään HaiPro ilmoituksiin liittyviä asioita, mietitään korjaustoimenpiteitä jne.”

”Kommunikoinnissa käytetään paljon toistamista. Kun esim. annetaan suullisia määräyksiä, toistetaan määräykset. Potilaiden ohjauksessa käytetään myös toistamista, jotta voidaan varmistaa potilaan ymmärtäneen esim. kotihoito-ohjeet oikein.”

Kirjallisessa kommunikoinnissa sähköpostin käyttöä ja kirjallisia tiedotteita pidettiin hyvinä menetelminä. Vastauksissa kerrottiin osastoilla pidettävän uusien asioiden vihkoa tai palaverivihkoa, johon kirjattiin osastokokouksissa käsitellyt asiat. HaiPro -ilmoituksista laadittujen raporttien laittaminen Intranettiin kaikkien luettavaksi koettiin hyödylliseksi.

”Raportit kootaan kuukausittain yhteiseen intranettiin kaikkien luettavaksi, niistä poistetaan kaikki sellainen tieto, jonka avulla voidaan yksikkö tunnistaa.”

Kokemuksen hyödyntäminen tuli esille opiskelijaohjauksen, työparityöskentelyn ja perehdyttäjäparin yhteydessä. Vastaajien mukaan lyhytaikaisten sijaisten tulee aina työskennellä toisen työparina. Lisäksi on tärkeää toimia neuvonantajana senkin jälkeen, kun työparityöskentely lakkaa.

”Perehdyttäjäparissa pyritään huomioimaan myös ns. ”mestari & kisälli” -periaate, eli kokenut hoitaja ja noviisi työparina, jolloin kokeneempi hoitaja perehdyttää myös noviisia opiskelijaohjaukseen, myös hiljaista tietoa siirtyy.”

Ammattiosaamisen ylläpito ja kehittäminen jakautui suunnitelmallinen kouluttaminen ja koulutusmuodot alateemoihin. Suunnitelmalliseen koulutukseen vastauksista poimittiin yksiköittäin laaditut koulutussuunnitelmat, koulutuskortin käyttö sekä ulkoisten koulutusten hyödyntäminen sisäisten koulutusten ohella. Koulutuksen suunnitelmallisuuteen kuuluu tärkeänä osana koulutuspalautteiden anto. Koulutusmuodoiksi vastaajat mainitsivat verkkokurssit, videokoulutukset ja -konsultaatiot sekä tentit. Vastaajat kuvasivat kollegiaalisen tiedonjakamisen myös koulutusmuodoksi. Tällöin koulutuksessa käynyt jakaa koulutuksessa saamansa tiedon työyhteisön muille jäsenille.

”Joku koulutuksessa käynyt opettaa muita= jakaa tietoa aktiivisesti.”

”Verkkokursseja: lääkehoidon osaaminen, tietosuojatietoturva, säteilyturva, HaiPro -koulutukset”

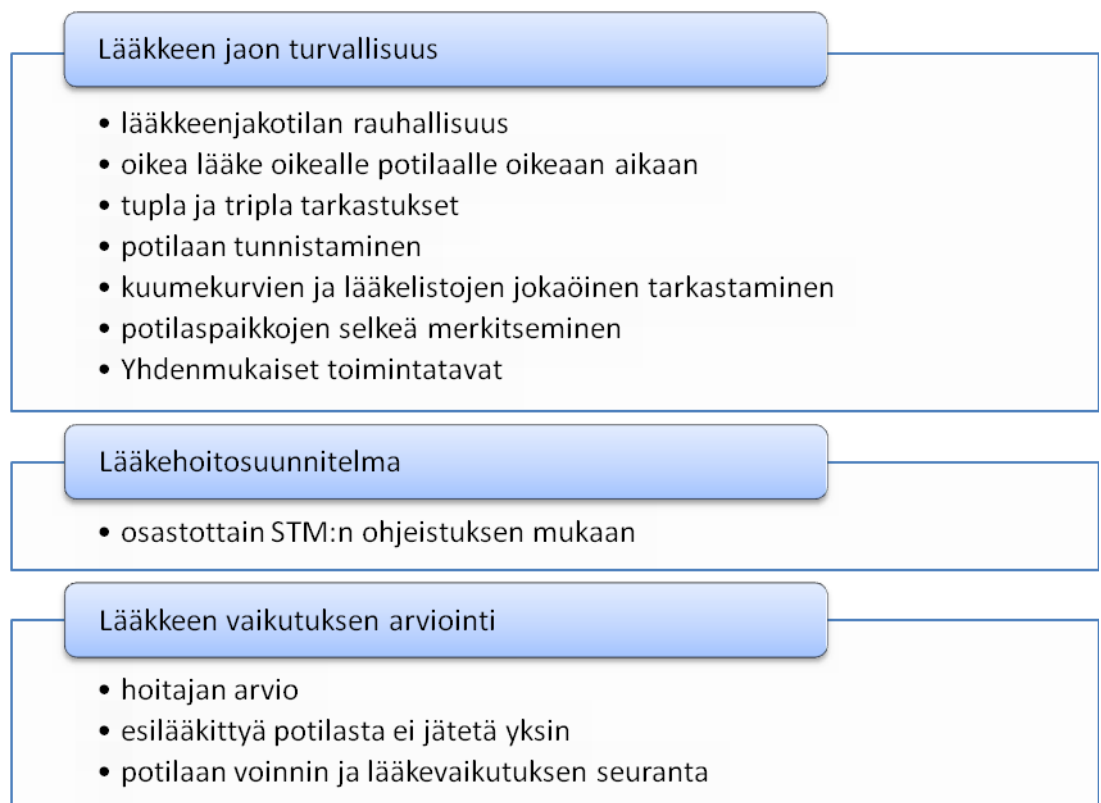
Laiteturvallisuus koostettiin seuraavista alateemoista: laitteiden turvallisen käytön mahdollistaminen ja laitteiston yhteneväisyys. Käyttöönotto-opastuksen yhteydessä pidettiin tärkeänä sitä, että mahdollisimman moni osallistuisi ja paikalla olisi mahdollisuuksien mukaan firman kouluttaja. Laitteiden huoltoa ja tarkastusta on vastausten mukaan tarkennettu. Laitteiden turvallinen käyttö mahdollistuu kirjallisten ja päivitettyjen ohjeiden avulla. Laitteiston yhteneväisyyttä pyritään yhden

vastaajan mukaan turvaamaan valtakunnallisilla laitetoimittajilla ja huoltosopimuksilla.

*”Kun osastolle tulee uusi laite, mahdollisimman moni paikalla ope-
tuksessa (usein firman kouluttaja) ja opettavat sitten niitä, jotka ei-
vät paikalla olleet.”*

*”Laitteiden ja tarvikkeiden yhteishankinnat sairaanhoitopiirissä ja
erityisvastuualueella.”*

*Lääketurvallisuuden pääteemoiksi muodostettiin lääkkeenjaon turvallisuus, lääke-
hoitosuunnitelma ja lääkkeen vaikutuksen arviointi. Alateemat ovat kuvattu kuvi-
ossa 1.*



Kuvio 1. Lääketurvallisuuden teemat.

*”Hoitajan arvioitava kunkin potilaan kohdalla esim. laitojen nostoa
vuoteessa. Jokaista potilasta kun ei voi jättää laitojen sisään vaan
sen vuoksi, että ovat saaneet unilääkettä tai voimakasta kipulääket-*

tä. Kokemus antaa silmää. Vaikka potilasta ohjeistetaan soittamaan apua esim. wc-reissuille lääkityksen alaisena, eivät aina suinkaan tee niin.”

”Potilaan voinnin ja lääkevaikutusten seuranta toteutuu henkilökunnan seurannalla ja oikea-aikaisella tiedottamisella (suullinen ja sähköinen) mm. lääkärille ja muulle työryhmälle.”

Potilaan ja omaisten huomioimisen pääteeman alle muodostettiin ensimmäiseksi alateemaksi asiakaslähtöisyys. Potilaan kanssa täytetään esitietolomake, johon tulee kaikki tarvittava tieto hoidon kannalta. Lisäksi potilaan toiveet otetaan huomioon ja ne kirjataan. Vastaajat mainitsivat, että potilaalla on mahdollisuus valita itse oma lääkäriinsä ja näin saada yksilöllistä hoitoa. Tilat on suunniteltu potilaslähtöisesti niin, että potilas saa tarvittaessa yksityishuoneen sekä potilaan läheisten on mahdollista käyttää omaisten huonetta. Lisäksi potilaille on olemassa erilaisia spesifejä palveluja esimerkiksi päihteiden käyttäjille. Monikulttuurisuuttakin on opiskeltu, jotta voitaisiin ymmärtää paremmin potilasta. Potilaille on tarkat potilasohjeet, jotka käydään huolellisesti heidän kanssaan läpi. Vastauksissa kerrottiin potilaiden omasta vaaratapahtumailmoituksesta. Potilaille annetaan esite mahdollisuuksista ilmoittaa vaaratapahtumista.

Toiseksi alateemaksi muodostettiin palvelujen hyödyntäminen. Monialaisia palveluja voidaan hyödyntää potilaan ja omaisten huomioimisessa. Vastaajien mukaan näitä palveluita on vartija-, tulkki- ja potilasasiamiespalvelut.

Organisaatio ja johto. Ensimmäiseksi alateemaksi muodostettiin koulutus. Vastauksissa korostettiin esimiesten ja johdon koulutusta ja HaiPro -järjestelmän käyttöönoton merkitystä.

”Erilaisiin potilasturvallisuutta / työturvallisuutta käsitteleviin koulutuksiin on pystytty osallistumaan muutaman työntekijät panostuksella, ja he ovat tuoneet infoa työryhmälle”

”Koulutuksiin on ollut mahdollista osallistua laajasti.”

Asenteet ja tuki muodostettiin toiseksi alateemaksi. Potilasturvallisuutta pidetään arvona, mikä puolestaan vaikuttaa myönteisesti potilasturvallisuusasioihin panostamiseen. Johdossa ja hallituksessa käydään säännöllisesti läpi potilasturvallisuusasioita. Lisäksi potilasturvallisuutta edistävää toimintaa tuetaan taloudellisesti ja siihen halutaan resursoida.

*”Resurssien riittävyys on edellytys hyvälle potilashoidolle. Erilais-
ten potilasturvallisuutta edistävien hankkeiden resursoinnin turva-
minen on ollut hyvää. (haipro, aseptinen turvallisuus, sairaala-
apteekin perustaminen)”*

*”Kaikkeen potilasturvallisuutta kehittävään toimintaan suhtaudu-
taan positiivisesti ja se nähdään tärkeänä”*

Työympäristö ja resurssit pääteeman alle muodostettiin neljä teemaa; tiimin ja ryhmän toiminta, työtyytyväisyys, moniammatillisuus sekä toimintaohjeet. Vastauksissa kerrottiin sijaisten heikosta saatavuudesta, henkilökunnan vähäisestä määrästä sekä paljosta työstä ja kiireestä. Henkilökunnan määrä on laskettu vastaamaan pääosin työmäärää ja työvuorosunnittelulla on pyritty työn mahdollisimman tasapuoliseen jakamiseen. Lisäksi katsottiin tärkeäksi, että tiimissä on aina mukana kokeneempi hoitaja. Vastauksissa nostettiin esiin sovittujen, kirjattujen työtapojen noudattamisen merkitys osana tiimien/ryhmien toimintaa. Myös selkeä työnjako ja valmiiksi mietityt vastuut sekä avoin ilmapiiri katsottiin vaikuttavan myönteisesti toimintaan. Hoitoryhmätyöskentelymalli ja hoitoryhmien omien tiimien pitäminen koettiin hyväksi toimintamenetelmäksi.

”Tiimissä täytyy aina olla mukana kokeneempi hoitaja”

”Pyritään mahdollisimman avoimeen ilmapiiriin jotta mm. ongelmista ja kuormittavista asioista voitaisiin puhua ja ratkoa yhdessä ilman syyllistämistä, tai asioiden henkilöitymistä”

Myös vuosittaiset työhyvinvointikartoitukset ja korjaavien toimenpiteiden tekeminen niiden perusteella sekä säännölliset työtyytyväisyyskyselyt nähtiin osana työympäristöön, -välineisiin ja resursseihin liittyviä toimintamenetelmiä.

Eri ammattiryhmien osaamisen hyödyntäminen nähtiin osana potilasturvallisuutta edistävää toimintaa. Moniammatilliset ryhmät, joita perustetaan uusien toimintojen suunnittelua varten, mainittiin hyväksi menetelmäksi. HaiPro -analyysiryhmän toiminta mainittiin myös. Lisäksi työsuojeluhenkilö nostettiin esiin.

”Perustettu HaiPro -analyysiryhmä, joka tarkastelee yksittäisiä ilmoituksia, joista on ollut potilaalle vakavia seurauksia tai jotka ovat muuten merkittäviä.”

”Työsuojelu on osa potilasturvallisuutta”

Vastauksissa tuotiin esille, että intranetiä käytetään erilaisten toimintaohjeiden jakamiseen eri yksiköihin. Työprosessien sanottiin olevan kuvattuina arkipäivän käyttöä varten ja olennaisena pidettiin niiden olevan kirjattuina. Myös ohjeiden säännöllinen päivittäminen tuotiin esille. Erilaisten tehtäväkuvausten määrittelyä pidettiin tärkeänä, jotta jokainen työntekijä tietää mitä työnkuvat tarkoittavat. Monissa vastauksissa tuotiin esiin tarkistuslistojen käyttö.

”Keskeiset ohjeet ja prosessikuvaukset ekstranetissa yhteisessä tietokannassa kaikkien työntekijöiden käytettävissä”

”Tarkistuslistoja opetellaan hyödyntämään, missä se on tarpeen. Toisten laatimia ohjeita ja tarkistuslistoja hyödynnetään.”

5.2 Suunnitteilla olevat toimintamenetelmät

Potilaan turvallisuuden varmistaminen pääteeman alle muodostettiin viisi alateemaa: potilasturvallisuussuunnittelu, turvallisuuden varmistamisen apuvälineitä, potilaslähtöisyys ja moniammatillisuus.

Potilasturvallisuuden suunnittelussa vastauksissa korostettiin potilasturvallisuussuunnitelman laatimista. Vastaajat pitivät tärkeänä sitä, että ensin testataan tietotaso ja siitä saatavan tiedon perusteella tehdään oma osa potilasturvallisuussuunnitelmaan. Lisäksi lääkehoitosuunnitelman päivittäminen mainittiin olevan ajankoh- taista.

*”Potilasturvallisuus-suunnitelman laatiminen tulee lähitulevaisuu-
dessa kyseeksi.”*

*”Teemme kyselyn laiteturvallisuusosaamisesta ja tietämyksestä. Täl-
tä pohjalta tulossa osio potilasturvallisuussuunnitelmaan.”*

Vastaajien mukaan turvallisuutta koskeva tieto tulisi koota yhteen ja laittaa In- tranettiin kaikkien luettavaksi. Vastauksissa korostettiin myös, että suunnitteluvai- heessakin tulee ottaa resurssien takaaminen huomioon.

*”Organisaation tulisi taata työn tekemiseen riittävästi resursseja.
Ilman riittäviä resursseja ei toimintamenetelmäkään auta!”*

Turvallisuuden varmistamisen apuvälineet alateemassa kuvattiin apuvälineitä tur- vallisuuden valmistamiseksi. Teeman sisältö on kuvattu kuviossa 2.

Turvallisuuden varmistamisen apuvälineitä

- viivakoodillisten rannekkeiden käyttöönotto
- tarkistuslistojen kehittäminen osastoittain (potilaan kotiuttaminen, siirto toiseen laitokseen, leikkaussali jne.)
- tarkistuslistojen hyödyntämisen opettelu
- lääkkeenjakeille huomioliivit
- toisten laatimien ohjeiden ja tarkistuslistojen hyödyntäminen

Kuvio 2. Turvallisuuden varmistamisen apuvälineet.

”Kehitellään eri osastoille heille tarpeellisia tsek-listoja, esim. potilaan kotiuttamiseen, potilaan siirtoon yliopistolliseen keskussairaalaan jne.”

Potilaslähtöisyys -alateema muodostui potilaiden mukaan ottamisesta omaa hoitoaan ja mahdollisia hoitoa koskevia virheitä koskien. Vastauksissa kerrottiin suunnitteilla olevasta potilaille suunnatusta vaaratapahtumaraportoinnista.

”Potilaiden aktivointi mukaan ilmoittamaan havaintojaan. Olemme laatineet seinäjulisteen potilaille tiedottamiseksi. Potilaan mahdollisuus HaiPro -ilmoituksen kirjaamiseen suunnitteilla.”

Alateema moniammatillisuus muodostettiin eri ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä. Vastaajat korostivat moniammatillisuuden tärkeyttä virheiden ennaltaehkäisyn suunnittelussa. Myös potilasjärjestön edustajan osallistumista työryhmiin pidettiin tärkeänä. Vastaajien mukaan tulisi tehdä yhteistyötä potilasturvallisuustavaavien verkoston kautta.

”Jotain moniammatillista palaveria tulisi miettiä. Esimerkiksi HaiPro -ilmoituksia tekevät eri ammattiryhmät, mutta juuri koskaan ei yhdessä istuta pohtimaan, missä meni pieleen tai mitä olisi pitänyt tehdä toisin.”

Toiseksi yläteemaksi muodostettiin *henkilökunnan informointi ja valmistaminen potilasturvallisuustyöhön*. Yläteema koostuu alateemoista koulutus, potilasturvallisuuden motivointi, sähköinen tiedotus ja yhteinen palvelujärjestelmä. Koulutuksen, tiedotuksen ja perehdytyksen suunnittelussa pyritään jatkossa ottamaan huomioon muun muassa vaaratapahtumista saatava tieto.

”Koulutusta, tiedotusta ja perehdytystä suunnitellaan mm. vaaratapahtumista saatavan tiedon, prosessien mittaustulosten sekä muiden havaintojen perusteella.”

Lääkehoidon osaamista varmistetaan verkko-opinnoilla. Myös potilasturvallisuudenosaamiskoulutusta on tarkoitus toteuttaa verkkopohjaisesti. Lisäksi suunnitellaan on verkkotentti käsihygieniasta. Työnopastusta ja mahdollisesti myös valmistajan suoraa opetusta pyritään järjestämään silloin, kun laitteiden ja välineiden käytössä ja osaamisessa huomataan puutteita. Vakavien tapahtumien analysointimenetelmän suunnittelu tuotiin esiin vastauksissa. Potilasturvallisuuden pyritään motivoimaan henkilökuntaa potilasturvallisuusraporttien ja vuosikilpailujen avulla, joissa palkinnot jaetaan erilaisin perustein.

Sähköistä tiedottamista pyritään tehostamaan tiedonkulun ja kommunikoinnin lisäämiseksi. Lisäksi intranettiin oli suunnitteilla turvallisuussivusto, johon oli tarkoituksena koota kaikki turvallisuuteen liittyvä tieto. Intranettiin on myös tarkoitus lisätä jo olemassa olevia hyviä käytänteitä kaikkien yksiköiden hyödynnettäväksi. Osaksi laadunvalvontaa on myös suunnitteilla lisätä laatuportaaliin ohjeet.

Yhdenmukainen palvelujärjestelmä on kehitteillä ja maakunnallisen palvelujärjestelmän pilotointi aloitetaan 2010. Lisäksi on suunnitteilla maakunnallinen potilastietojärjestelmä, johon tulisi yhteinen lääkenäyttö.

”Maakunnallinen yhteinen potilastietojärjestelmä tuo tullessaan mahdollisuuden yhtenäiseen lääkehoidon kirjaamiseen ja parantaa tietoa potilaan kokonaislääkityksestä”

5.3 HaiPro -järjestelmän vaikutus toimintamenetelmien kehittämiseen

HaiPro -järjestelmän vaikutus teeman alle muodostettiin neljä alateemaa: vaikutus HaiPro -järjestelmän ollessa käytössä vähän aikaa, riskikohtien tunnistaminen, suhtautumisen muuttuminen ja oppiminen yksiköiden välillä. Yksiköissä joissa HaiPro -järjestelmä oli ollut vain vähän aikaa käytössä, sanottiin järjestelmällä olleen vaikutusta joidenkin yksittäisten toimintatapojen syntyyn. Erikseen mainittiin tietoisuuden lisääntyminen sekä tarkemman analyysin kehittyminen. Osa vastaajista totesi organisaation tai yksikön olevan vasta heräämässä HaiPro -raportointiin ja pyrkimyksenä oli saada henkilökunta ymmärtämään ilmoitusten tärkeys.

”Kokemusta vasta lyhyeltä ajalta, mutta toimintamuutoksia on jo tapahtunut. Erityisesti lisännyt tietoisuutta, tarkempaa analyysiä ja toimintatapojen kehittämistä tulee varmaan, kun järjestelmästä on enemmän kokemusta.”

Vaaratapahtumista raportoinnin ilmaistiin useassa vastauksessa vaikuttaneen riskikohtien tunnistamiseen. Raportoinnista koettiin eräässä vastauksessa olevan hyötyä ongelmien olemassa olon tunnistamiseen sekä tunnistamaan kohtia, joissa niitä esiintyy. Raportoinnin kautta saadun tiedon perusteella ongelmakohtat ovat tulleet tietoisuuteen niin organisaatio- kuin yksikkötasolla. Yhdessä vastauksessa tuotiin esille vaaratilanteiden tunnistamisen auttaneen välttämään vaaratilanteiden ja haittatapahtumien toistumista.

”Ilmoitusten kautta on päästy nopeasti kiinni tapahtumiin ja miettimään yhdessä mitä asialle voidaan tehdä ja sitä kautta muuttamaan tai kehittämään toimintamenetelmiä ripeästi.”

HaiPro -järjestelmän käytön sanottiin yhdessä vastauksessa vaikuttaneen organisaation kulttuurin muuttuneen hiukan avoimemmaksi koskien potilasturvallisuutta. Vaaratilanteiden raportoinnin koettiin saaneen aikaiseksi enemmän keskustelua potilasturvallisuudesta sekä vaaratilanteiden ennakoinnista. Vaaratilanteista oli

vastausten perusteella myös otettu opiksi. HaiPro -järjestelmän käytön sanottiin auttaneen myös jatkuvan kehityksen idean sisäistämisessä.

Vastauksissa tuotiin esille myös raportoinnin vaikuttaneen yksiköiden välisen vuorovaikutuksen parantumiseen. Yhdessä vastauksessa kerrottiin yksiköiden välisistä ongelmista tapahtuneen yhdessä oppimista. Raportoinnilla koettiin olleen vaikutusta myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

”Ilmoitukset ovat muuttaneet käytänteitä ja tiedonkulun ongelmia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja eri yksiköiden välillä”

6 POHDINTA

6.1 Johtopäätökset

Tarkoituksena opinnäytetyössä oli selvittää HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttävien organisaatioiden potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä sekä HaiPro -järjestelmän vaikutusta menetelmien syntyyn. Tutkimusaineisto hankittiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka koostui kahdesta strukturoidusta ja kymmenestä teemoihin jaetusta avoimesta kysymyksestä. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla.

Tulosten perusteella organisaatioissa oli käytössä tiedonkulkuun ja kommunikointiin, kokemuksen hyödyntämiseen, ammattitaidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen, lääke- ja laiteturvallisuuteen sekä työympäristöön ja resursseihin liittyviä potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä. Organisaation johdon antaman tuen ja asenteiden koettiin olevan merkityksellisiä potilasturvallisuuden kannalta. Resursien turvaamista pidettiin tärkeänä tekijänä hyvälle hoidolle ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Suomen ensimmäisessä potilasturvallisuusstrategiassa korostetaan johdon vastuuta potilasturvallisuuden edistämiseksi. Strategian mukaan johdon tulee varmistaa organisaation toiminta niin, että henkilökuntaa on riittävästi ja

että se on ammattitaitoista toimimaan turvallisuutta edistävasti. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013, 14.) Tiedonkulkuun ja kommunikointiin liittyviä toimintamenetelmiä tuli esille niin suullisia kuin kirjallisiakin. Osastokokouksia pidettiin tärkeinä osastolla tapahtuneiden vaaratapahtumien yhteisessä käsittelyssä. Raporttien säännöllinen kokoaminen HaiPro -ilmoituksista organisaation intranettiin tuotiin myös esille hyvänä toimintamenetelmänä.

Tuloksista selvisi, että organisaatioissa käytettiin työntekijöiden kokemuksen hyödyntämistä potilasturvallisuuden edistämiseksi. Organisaatioissa käytettiin niin sanottua asiantuntija-oppija -periaatetta opiskelijaohjauksessa, työparityöskentelyssä sekä perehdyttäjäparin työskentelyssä. Ammattiosaamisen ylläpitämistä ja kehittämistä seurattiin erilaisin koulutuskortein sekä yksiköittäin toteutetuin koulutussuunnitelmin. Henkilöstön kouluttamisessa hyödynnettiin erilaisia menetelmiä, kuten verkkokursseja ja videokoulutuksia Laiteturvallisuutta edistävinä toimintamenetelminä tuotiin esille laitekoulutusten järjestäminen otettaessa uutta laitetta käyttöön sekä tarpeen mukaan muutoinakin. Keskeinen edellytys potilasturvallisuuden turvaamiselle on osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta. Koulutus ja perehdytys ovat keino taata henkilökunnan osaaminen vastaamaan vaadittua tasoa. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 183.) Käytössä olevan laitteiston yhteneväisyys ilmaistiin yhtenä potilasturvallisuutta edistävänä menetelmänä. Lääkehoidon turvallisuus pyrittiin mahdollistamaan rauhoittamalla lääkkeenjakotilannetta, lääkkeiden kaksois- ja kolmoistarkistamisella sekä potilaan henkilöllisyyden varmistamisella. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistusta lääkehoitosuunnitelmaan laatimisesta oli hyödynnetty turvaamaan lääkehoidon toteutusta.

Suunnitteilla olevat potilasturvallisuutta edistävät toimintamenetelmät keskittyivät potilasturvallisuuden suunnitteluun, potilaslähtöisyyteen ja turvallisuuden varmistamisen apuvälineisiin. Vastauksissa korostettiin potilasturvallisuussuunnitelman laatimista lähitulevaisuudessa. Potilasturvallisuussuunnittelulla hallitaan riskejä ja laadunhallinnan kokonaisuutta. Suunnittelussa korostuu johdon vastuu (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–

2013, 17). Tulosten mukaan potilaan ottaminen mukaan hoitoon ja mahdollinen potilaille suunnattu vaaratapahtumaraportointi parantaisivat potilaiden turvallisuutta. Suomen ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian mukaan potilas, asiakas sekä hänen läheisensä tulee ottaa mukaan hoidon turvallisuuden edistämiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että potilasta tulee hoitaa yksimielisesti hänen kanssaan potilasta kuunnellen ja antaen hänen osallistua omaan hoitoonsa sekä hoidon suunnitteluun. Turvallisuuden parantumiseksi potilaan kanssa keskustellaan mahdollisista hoitoon kohdistuvista riskeistä sekä odotettavissa olevista tuloksista. Mikäli haittatapahtuma sattuu, siitä kerrotaan avoimesti potilaalle ja tapahtuma mahdollisine seuraamuksineen käydään läpi. Luottamuksellisen ilmapiirin kautta potilaat uskaltaavat kertoa hoitohenkilökunnalle turvallisuuteen vaikuttavista puutteista. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 183; Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013, 15–16.)

Suunnitteilla oleviin toimintamenetelmiin vastaajat listasivat myös henkilökunnan informointiin ja potilasturvallisuustyöhön valmistamiseen vaikuttavia asioita. Näihin katsottiin sisältyvän sähköinen tiedottaminen, henkilökunnan koulutus, potilasturvallisuuteen motivointi sekä yhteisen palvelujärjestelmät luominen. On havaittu, että turvallisuusriskit piilevät erityisesti tiedonhallinnan, organisaatiouudistusten, uuden teknologian ja uusien hoitokäytänteiden käyttöönottoon. Näihin pyritään vaikuttamaan henkilöstön osaamisesta ja ammatillisesta kehittämisestä huolehtimalla. Lisäksi organisaatioiden tulisi hyödyntää muiden hyviä potilasturvallisuuteen liittyviä käytäntöjä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013, 16.) Koulutuksessa ja perehdytyksessä pyritään jatkossa huomioimaan paremmin vaaratapahtumista saatava tieto. Pelkkä virheiden välttäminen ei riitä, koska henkilöstön osaaminen ja ammattitaito on laajassa merkityksessä potilasturvallisuuden takaamisessa (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 183).

HaiPro -järjestelmän vaikutukset menetelmien syntyyn perustuivat tulosten mukaan riskikohtien tunnistamiseen, potilasturvallisuuteen suhtautumisen muuttumiseen ja oppimiseen yksiköiden välisistä ongelmista. Osastolla on mietitty yhdessä kehittämisideoita potilasturvallisuuden parantamiseksi HaiPro -järjestelmän kautta

tehtyjen ilmoitusten pohjalta. Raportointi on myös johtanut korjaaviin toimenpiteisiin, kuten erilaisten muistilistojen käyttöönottoon, välineiden uusimiseen sekä lääkkeiden tarkistusmenetelmien vakiintumiseen.

Tuloksista kävi ilmi, että organisaatiot ovat toisiinsa nähden eri tasolla potilasturvallisuutta edistävässä toiminnassa (LIITE 7). Tämä selvisi käytössä ja suunnitteilla olevien toimintamenetelmien suhteista eri vastaajien välillä. Osalla vastaajista oli suunnitteilla toimintamenetelmiä, joita toisilla oli jo käytössä. Organisaatioiden väliset erot tulivat esille myös vastaajien arvioidessa HaiPro -raportointijärjestelmän vaikutuksesta toimintamenetelmien syntyyn. Yksiköissä tai organisaatioissa joissa HaiPro -järjestelmä oli ollut vähän aikaa käytössä, kuvattiin sen saaneen pääasiassa aikaan keskustelua vaaratapahtumista. Joitakin yksittäisiä toimintamenetelmien muutoksia raportointijärjestelmän käyttöönotto oli tuottanut. Näissä yksiköissä tai organisaatioissa koettiin HaiPro -järjestelmän käytön kuitenkin lisänneen tietoisuutta vaaratapahtumista.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikessa tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi yksittäisessä tutkimuksessa tulee arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisin arviointikriteerein. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Tuomi 2007, 149.) Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen kirjallisuuden yhteydessä painotetaan raportin kokonaisluotettavuuden tarkastelua ja kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen kirjallisuudessa mittauksen luotettavuuden tarkastelu korostuu. Mittauksen luotettavuuden tarkastelu ei kuitenkaan tarkoita sitä, että raporteissa ei kiinnitettäisi huomiota tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen. (Tuomi 2007, 149.)

Määrällisessä tutkimuksessa mittauksen luotettavuutta kuvataan käsitteillä reliabiliteetti ja validiteetti (Tuomi 2007, 149). Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen toistettavuus tarkoittaa siis kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Jos kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulok-

seen, voidaan tällöin tulosta pitää reliabelina. Tutkimuksen arviointiin liittyy myös validiteetti, joka tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä menetelmän on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että tutkimuslomakkeiden kysymyksiin vastaajat ovat voineet käsittää kysymykset eri tavoin kuin tutkija ne on itse ajatellut. Jos tällöin tutkija käsittelee saatuja tuloksia edelleen alkuperäisen oman ajattelunsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–231.) Reliabiliteetin ja validiteetin lisäksi kokonaisluotettavuuteen vaikuttavat käsittelyvirheet, mittausvirheet, peitto- ja kattovirheet sekä otantavirheet (Tuomi 2007, 150).

Laadullisissa tutkimuksissa reliabiliteetti ja validiteetti ovat tulkittu eri tavoin. Näiden käsitteiden käyttöä kvalitatiivisen tutkimuksen yhteydessä on kritisoitu siksi, että ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja käsitteenä ne vastaavat lähinnä vain määrällisen tutkimuksen tarpeita. Laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, mutta tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus kohdentuu kaikkiin tutkimuksen vaiheisiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 232; Tuomi 2007, 150.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arviointiin Kylmän ja Juvakan (2007, 128) esittämien kriteerien mukaan: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Uskottavuus on myös sen osoittamista tutkimuksessa. Tällöin tutkimustulosten tulee vastata tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta ja tutkijan on varmistuttava siitä. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa siten, että tutkija on tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa riittävän pitkään tai käy keskustelua toisten samaa aihetta tutkivien kanssa. Riittävän pitkä aika mahdollistaa sen, että tutkimukseen osallistuvan näkökulman ymmärtäminen avartuu tutkijalle. Tämä on tärkeää, koska laadullisessa tutkimuksessa kiinnostus suuntautuu erityisesti tutkimukseen osallistujan näkökulmaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tämän opinnäytetyöprosessin tekemiseen on käytetty lähes vuosi, joten tällöin tutkijoilla on ollut riittävän pitkä aika syventyä aiheeseen sekä aiheen tarkoitukseen ja

tavoitteisiin. Tutkijat ovat myös keskenään käyneet keskustelua tutkimusprosessista erityisesti siltä osin kun tutkimusta on työstyetty itsenäisesti koodaamis- ja teemoitteluvaiheessa.

Vahvistettavuus on osa koko tutkimusprosessia, joka edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi pääpiirteissään seurata sen kulkua. (Yardley 2000, Kylmä & Juvakka 2007, 129 mukaan.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen vaiheet on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti. Tällöin lukijalla on mahdollista ymmärtää mitä on tehty ja miksi.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkijana. Se edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijä arvioi oman vaikutuksensa aineistoon ja tutkimusprosessiin. (Mays & Pope 2000, Malterud 2001, Horsburgh 2009, Kylmä & Juvakka 2007, 129 mukaan.) Opinnäytetyön tekijöille tutkittavien organisaatioiden yhteystiedot eivät tulleet missään tutkimusprosessin vaiheessa esille. Tämä mahdollistaa sen, että henkilökohtaiset mielipiteet tai siteet eivät vaikuttaneet tutkimusprosessiin.

Siirrettävyys on tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tapauksiin. Tutkimuksen tekijän tulee antaa riittävästi kuvailevaa tietoa esimerkiksi tutkittavista ja ympäristöstä, jotta lukija pystyy arvioimaan siirrettävyyden mahdollistumista. (Lincoln & Cuba 1985, Kylmä & Juvakka 2007, 129 mukaan.) Tässä opinnäytetyössä on kuvattu tutkimuksen tarkoitus ja tavoite mahdollisimman tarkasti. Lisäksi on raportoitu miten tutkimustuloksiin on päädytty. Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistuneet henkilöt on esitelty siinä määrin kuin ne ovat tulleet tutkijoiden tietoon.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Kyselytutkimuksen toteuttamisessa on useita eettisiä ongelmia. Kysymykset täytyy esittää yksiselitteisesti ja niin, että ne eivät johdattele vastaajaa. Kysely pitää myös esitestauttaa kriittisillä vastaajilla. Esitestauksen tarkoituksena on edellä mainittujen virheiden välttäminen. Näin kyselyä voidaan korjata ennen todellisen kyselytutkimuksen toteuttamista. Kyselyn kriittinen tarkasteleminen on tarpeen, koska tutkija saattaa sokeutua omalle kyselylomakkeelleen. (Mäkinen 2006, 93.) Tämän opinnäytetyön kyselylomake esitestattiin Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveystyöryhmän keskussairaalan osastonhoitajilla. Osastonhoitajat antoivat palautetta, jonka pohjalta kyselylomaketta korjattiin. Mäkisen (2009, 93.) mukaan tutkimukseen osallistumisen täytyy olla maksutonta. Kyselyn vastaajat käyttävät omaa aikaansa vastaamiseen, mikä on jo itsessään arvokasta. Opinnäytetyön kysely toteutettiin sähköisenä kyselynä ja siihen vastaaminen oli täysin ilmaista.

Haastateltaville pitää selvittää, miten anonymiteetti on tarkoitus turvata (Mäkinen 2006, 93). Tutkimukseen osallistuvalla täytyy antaa mahdollisuus säilyttää anonymiteettinsä niin halutessaan, oli kyseessä yksityishenkilö tai organisaatio. Tutkimuksen kannalta anonymiteetin säilyttämisellä on useita etuja. Tutkijan on helpompi käsitellä tutkimuksessaan arkojakin asioita eikä hänen tarvitse pelätä aiheuttavansa haittaa tutkittaville. Anonymiteetti myös edistää tutkimuksen objektiivisuutta. Tutkittavien on helpompi olla rehellisiä, mikä helpottaa olennaisten tietojen keräämistä. (Mäkinen 2006, 114.) Tutkijan täytyy tehdä kaikkensa tutkittavien anonymiteetin säilyttämisen eteen, jos niin on sovittu. (Mäkinen 2006, 115). Opinnäytetyön kyselyä varten saatiin valmis postituslista Awanic Oy:ltä, jossa ei näkynyt vastaanottajien tietoja. Tutkimuksen missään vaiheessa tutkijat eivät saaneet tietää ketä kyselyyn vastasi ja mistä organisaatiosta tai yksiköstä oli kyse. Tämä kerrottiin tutkittaville saatekirjeessä (LIITE 4), joka lähetettiin kyselylomakkeen liitteenä.

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet. Tutkittavien suojaan kuuluu olennaisesti se, että tutkija selvittää osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit niin, että tutkittavat ymmärtää mitä nämä asiat tarkoittavat. Lisäksi tutkittaville tulee kertoa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkijan tulee varmistua siitä, että tutkittava on ymmärtänyt, mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistujien hyvinvoinnin turvaaminen on myös merkittävä osa tutkimuksen tiedonhankintaa. Heille ei saa aiheuttaa kipua tai vahinkoa ja heidän hyvinvointinsa on asetettava tutkimuksen valmistumisen edelle. Tutkimustietojen luottamuksellisuus tulee myös selvittää tutkimukseen osallistujille. Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen ja kaikki osallistujat jäävät nimettömiksi. Ensisijaisesti tutkimukseen osallistujilla on oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa. Tutkija ei saa vaarantaa tutkimuksen rehellisyyttä ja hänen tulee noudattaa lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi 2007, 145-146.)

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä vastausten perusteella ilmeni useita kehityskohteita ja sitä kautta jatkotutkimusaiheita. Käytännön hoitotyötä tekevien näkökulma olisi ollut hyödyllinen tässä opinnäytetyössä. Tämän kaltainen näkökulma voisi mieluummin olla oma tutkimus, koska tämä oli suunnattu enemmänkin vaaratapahtumailmoitusten parissa työskenteleville. Lisäksi hyödyllistä olisi tutkia organisaatioiden johdon näkökulmaa potilasturvallisuudesta ja sen edistämisestä.

Yhtenä jatkotutkimusaiheena olisi tutkia jokaista myötävaikuttavaa tekijää erikseen, jotta kutakin osa-aluetta voisi tutkia syvällisemmin kuin tässä opinnäytetyössä on tutkittu. Tämä mahdollistaisi laajemman näkemyksen potilasturvallisuutta edistävästä toimintamenetelmistä aihealueittain. Lisäksi voitaisiin tutkia eri organisaatioiden välisiä eroja potilasturvallisuussuunnittelun ja toteutuksen osalta.

Tämän opinnäytetyön kyselyn voisi toteuttaa samankaltaisena uudelleen muutamman vuoden kuluttua. Mielenkiintoista olisi tietää mitä uusia toimintamenetelmiä on otettu käyttöön ja mitä sillä hetkellä on suunnitteilla.

LÄHTEET

About the Danish Society for Patient Safety [viitattu 4.9.2010]. Saatavissa:

http://patientsikkerhed.dk/en/about_the_danish_society_for_patient_safety/about_the_society/.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Ensio, A & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

European Union Network For Patient Safety. 2008. Areas on Focus [viitattu 2.10.2010]. Saatavissa:

http://90plan.ovh.net/~extranetn/index.php?option=com_content&task=view&id=3&Itemid=4.

Friesen, M. A., Hughes, R. G. & Zorn, M. 2007. Communication: patient safety and the nursing work environment. Tennessee Nurse [viitattu 31.10.2010]. Saatavissa: http://findarticles.com/p/articles/mi_m5PXR/is_1_70/ai_n25003168/.

Haapa-Laakso, P. Tapanainen, M-L & Vallimies-Patomäki, M. 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa - Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvottelukunta.

Haig, K. M., Sutton, S. & Whittington, J. 2006. National Patient Safety Goals: “SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians”. Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety 32 (3), 167-175.

Harisalo, R. 2008. Organisaatioteoriat. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Henkilötietolaki 523/1999. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Katzenbach, J. R. & Smith, D. K. 1993. The Wisdom of Teams - Creating the High-Performance Organization. Boston: Harvard Business School Press.

Kauppinen, T. 2008. Terveystieteiden laitteen valvonnassa tehtävä valintoja. Tabu - Lääketietoa lääkelaitokselta. 16.vuosikerta. 2/2008. Lääkelaitos [viitattu 31.10.2010]. Saatavissa:

http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/tabu_tabu22008.pdf.

Kauppinen, T. & Nihtinen, P. 2008. Tabu - Lääketietoa lääkelaitokselta. 16.vuosikerta. 1/2008. Lääkelaitos [viitattu 2.10.2010]. Saatavissa:

http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/tabu_tabu12008.pdf.

Kielilaki 423/2003. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423>.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77-97.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapah-
tusten raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Lääkelaitos: Helsinki.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. 2000. To Err Is Human - Build-
ing a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, In-
stitute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press [viitattu
31.10.2010]. Saatavissa:

http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R1.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Sipoo: Silverprint.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutki-
muksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M.
(toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lehtokari, O. 2007. Hoitotyön tiedonhallinta äitiyshuollossa. Kuopio: Kuopion
yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Läkelaki 395/1987. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395>.

Mattke, S., Kelley, E., Scherer, P., Hurst, J., M.L.G Lapetra & the HCQI Expert Group Members. 2006. Health Care Quality Indicators Project – Initial Indicators [viitattu 31.10.2010]. Saatavissa: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_481685177056;jsessionid=1ddtqsg43tu9.delta.

Millaisia tapahtumia ilmoitetaan. 2009. Versio 30.12.2009. HaiPro [viitattu 15.8.2010]. Saatavissa:

http://www.haipro.fi/ohjeet/Millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan_30122009.pdf.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 20/2006, 2459-2470.

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 17–27.

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT tiedotteita 2456. Helsinki: Edita Prima Oy.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO, Työpapereita 28/2006. Helsinki: Stakes.

Potilasturvallisuuden työkalut –työvaliokunta. 2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 181-190.

Potilasvahinkolaki 585/1986. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>.

Rantala, I. 2010. Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: WSOY.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri - Teoria ja arviointi. VTT Publications 700. Helsinki: Edita Prima Oy.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 63-76.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskriittiset organisaatiot – Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sanastokeskus. 1993. Tiedonhallinta. Sanastokeskus [viitattu 4.4.2010]. Saatavissa: <http://www.tsk.fi/cgi-bin/netmot.exe?UI=figr&qfind=tiedonhallinta>.

Suomen perustuslaki 731/1999. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 29–41.

Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. HaiPro, etusivu. [viitattu 30.09.2010]. Saatavissa: <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>.

Tilastokeskus. 2006. Tiimityö [viitattu 14.5.2010]. Saatavissa:

http://www.ttk.fi/files/1299/Tyoympariston_arviointi.pdf.

Toivo, T. & Airaksinen, M. 2006. Lääkehoidon turvallisuutta ja potilasturvallisuutta kuvaava käsitteistö - Lääkehoidon turvallisuussanaston kokoaminen. Dosis 4/2006, 329-346.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue - Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turunen, H. & Partanen, P. 2008. Potilasturvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen – läheltä piti tilanteista ja virheistä systemaattisesti oppimalla. Hoitotiede, 20 (5), 291–291.

Turvallinen lääkehoito - Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:13. Helsinki: Yliopistopaino.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

Uusi lääkinnällisiä laitteita koskeva lainsäädäntö parantamaan potilasturvallisuutta. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 5.11.2010]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1277489>.

Woodward, S. 2006. Seven steps to patient safety for primary care – The full reference guide. National Patient Safety Agency.

World Alliance For Patient Safety - Forward Programme 2008-2009. 2008. WHO [viitattu 31.10.2010]. Saatavissa:

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf.

Ödegård, S. 2006. Säker Vård - patientskador, rapportegrin och prevention. Doktorsavhandling i folkhälsovetenskap. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

KUVALÄHTEET

KUVA 1. Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Lääkelaitos: Helsinki.

KUVA 2. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

LIITTEET

LIITE 1. Potilasturvallisuutta ohjaava keskeinen lainsäädäntö.

Suomen perustuslaki 731/1999

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Potilasvahinkolaki 585/1986

Henkilötietolaki 523/1999

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999

Kielilaki 423/2003

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007

LIITE 2. Tapahtumatyytit.

1. Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyvä
2. Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä
3. Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
4. Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
5. Muuhun hoitotoimenpiteeseen liittyvä
6. Laboratorio- tai kuvantamistutkimukseen liittyvä
7. Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä
8. Aseptiikkaan liittyvä
9. Tapaturma
10. Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä
11. Väkivalta, pahoinpitely
12. Muu

LIITE 3. Tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät.

Tekijätyyppi	Myötävaikuttavia tekijöitä
1. Kommunikointi ja tiedonkulku	1. Suullinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää 2. Kirjallinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää 3. Käytettävissä olevan tiedon hyödyntäminen puutteellista
2. koulutus ja perehdytys, osaaminen	1. Tiedot ja taidot 2. Pätevyys, kelpoisuus 3. Koulutuksen ja ohjauksen saatavuus ja riittävyys
3. Laitteet ja tarvikkeet	1. Laitteiden ja tarvikkeiden käytettävyys (ergonomia) 2. Toimintakunto, huolto 3. Laitteen saatavuus, sijoitus 4. Käyttöohjeiden saatavuus ja ymmärrettävyys
4. Lääkkeet	1. Lääkkeen suora vaikutus tapahtuman syntyyn
5. Potilas ja läheiset	1. Sairauden vakavuus tai pulmallisuus 2. Sekava, päihtynyt tai väkivaltainen potilas 3. Henkilökohtaiset ominaisuudet 4. Kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät 5. Itsetuhoinen potilas
6. Toimitavat	1. Tehtävän koostumus ja selkeys 2. Työmenetelmät, toimintatavat 3. Ohjeiden ja muun tehtävään liittyvän kirjallisen tiedon saatavuus ja käyttö 4. Päätöksenteon apuvälineet 5. Tutkimustulosten saatavuus ja tarkkuus
7. Tiimin/ryhmän toiminta	1. Työn valvonta, johtaminen 2. Työnjako 3. Yhteistyö ja tuki 4. Tiimin kulttuuri, "henki"
8. Työympäristö, -välineet, resurssit	1. Henkilökunnan/miehityksen määrä ja laatu 2. Työkuormitus, vuorojärjestelyt ja -käytännöt, aikapaine 3. Potilas- ja muiden tietojärjestelmien toiminta- ja käyttöongelmat 4. Fyysinen ympäristö (tilat, olosuhteet)
9. Organisaatio ja johto	1. Taloudelliset resurssit ja rajoitukset 2. Toimintaperiaatteet ja johtamiskäytännöt 3. Organisaatiokulttuuri ja arvot

LIITE 4. Saatekirje.

Hyvä potilasturvallisuusvastaava,

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta ja teemme opintoihimme kuuluvaa opinnäytetyötä potilasturvallisuudesta. Tarve opinnäytetyölle tuli Päijät-Hämeen keskussairaalan potilasturvallisuusvastaavalta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä ja kehittämissideoita HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmää käyttävillä organisaatioilla/yksiköillä on käytössä sekä suunnitteilla. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa HaiPro -järjestelmän vaikutuksesta toimintamenetelmien syntyyn.

Teidät on valittu vastaajaksi HaiPro -järjestelmän kautta. Kysely koskee vain erikoissairaanhoitoa ja kyselylomake lähetetään kunkin organisaation potilasturvallisuusvastaavalle. Kyselyyn osallistuvia organisaatioita/yksiköitä on arviolta 34. Kyselyn vastausaika on 26.8–9.9.2010. Alustavat tutkimustulokset esitellään Päijät-Hämeen keskussairaalassa syyskuussa 2010 järjestettävässä potilasturvallisuuspäivässä. Lopulliset tulokset ovat nähtävissä opinnäytetyössämme. Kysely on lähetetty Teille Awanic Oy laatiman jakelulistan välityksellä. Kysely toteutetaan anonymikyselynä ja henkilötietonne eivät tule missään vaiheessa tietoomme. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastaamalla tähän kyselyyn annatte luvan vastaustenne käyttöön opinnäytetyössämme.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että vastaatte kyselyyn. Vastaminen tapahtuu sähköisesti Webropol -kysely- ja tiedonkeruusovelluksella, jonne pääsette tämän viestin lopussa näkyvän erillisen linkin kautta. Osallistumalla tutkimukseen Te autatte kokoamaan yhteen hyviä potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä. Tieto opinnäytetyön valmistumisesta ja tuloksista välitetään kaikille kyselyn vastaanottajille.

Tämän linkin kautta pääsette vastaamaan kyselyyn:
<http://www.webropol.com/P.aspx?id=463330&cid=93976500>

Yhteistyöstä kiittäen

Hanna-Leena Koljonen

Tiina Määttä

Taija Timonen

LIITE 5. Kyselylomake.

Potilasturvallisuutta edistävät toimintamenetelmät

Kyselyyn vastaaminen

Hyvä vastaaja,

Sivun alalaidassa näette kyselyssä edistymisen prosentteina. Voitte missä tahansa vaiheessa keskeyttää kyselyyn vastaamisen Keskeytä -painikkeesta ja palata vastaamaan kyselyyn painikkeen kautta saatavien ohjeiden mukaisesti. Vastaathan kyselyyn viimeistään 9.9.2010.

1. HaiPro -vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto

HaiPro – järjestelmä on ollut käytössä organisaatiossanne

- puoli vuotta
- puoli vuotta – yksi vuosi
- 1-2 vuotta
- yli kaksi vuotta

2. Tiedonkulku ja kommunikointi

Tarkastele tässä suullista, kirjallista ja sähköistä kommunikaatiota henkilöiden, ryhmien ja organisaatioyksiköiden välillä.

Kuvaa joitakin Teillä käytössä olevia hyviä toimintamenetelmiä tiedonkulkuun ja kommunikointiin liittyen.

Millaisia uusia toimintamenetelmiä Teillä on suunnitteilla?

3. Koulutus, perehdytys ja osaaminen

Tarkastele henkilökunnan tietoa, taitoja, kokemusta, perehtyneisyyttä, koulutusta sekä ohjausta työhön.

Kuvaa joitakin koulutukseen, perehdytykseen ja osaamiseen liittyviä käytössänne olevia toimintamenetelmiä.

Millaisia uusia toimintamenetelmiä Teillä on suunnitteilla?

4. Laitteet, tarvikkeet ja laitteiden käyttö

Tarkastele laitteiden ja tarvikkeiden saatavuutta, käytettävyyttä, ohjeistusta ja toimintakuntoa.

Kuvaa joitakin laitteisiin, tarvikkeisiin ja laitteiden käyttöön liittyviä käytössänne olevia toimintamenetelmiä.

Millaisia uusia toimintamenetelmiä Teillä on suunnitteilla?

5. Lääkkeet

Tarkastele lääkkeen tai lääkityksen suoraa vaikutusta tapahtuman syntyyn (esimerkiksi potilas on lääketokkurassa kaatunut, potilas ei ole saanut hänelle määrättyä lääkettä).

Kuvaa miten lääkkeen tai lääkityksen vaikutus on otettu huomioon varmistaessa potilaan turvallisuutta.

Mitä uutta olette suunnitelleet?

6. Potilas ja läheiset

Tarkastele potilaaseen ja hänen läheisiinsä liittyviä asioita (esimerkiksi sairauden vakavuus, päihtyneisyys, aggressiivisuus ja kulttuuritausta).

Millaisia toimintamenetelmiä organisaatiossanne/yksikössänne on käytössä potilaiden ja läheisen yksilöllisen tilanteen huomioimisessa?

Millaisia uusia toimintamenetelmiä Teillä on suunnitteilla?

7. Toimintatavat

Tarkastele työprosesseja, työmenetelmiä, toimintaa hoitoprosesseissa sekä ohjausta ja ohjeita (esimerkiksi työmenetelmien käytännöllisyys tai ajankohtaiset ohjeet).

Millaisia työprosesseihin tai -menetelmiin liittyviä toimintamenetelmiä organisaatiossanne/yksikössänne on käytössä?

Mitä uutta olette suunnitelleet?

8. Tiimin / ryhmän toiminta

Tarkastele tapahtumaan osallistuneiden ihmisten tavoitteellista toimintaa työyhteisönä (esimerkiksi työn valvonta, johtaminen, tehtävien jako, ongelmanratkaisu ja tuki).

Millaisia tiimien / ryhmien toimintaan vaikuttavia toimintamenetelmiä organisaatiossanne/yksikössänne on käytössä?

Mitä uutta olette suunnitelleet?

9. Työympäristö ja -välineet, resurssit

Tarkastele fyysisiä ja psyykkisiä työolosuhteita (esimerkiksi henkilökunnan määrä, työn määrä, tauotus, lepoajat, kiire, tilojen riittävyys, melutaso sekä potilastietojärjestelmät ja niiden toimintahäiriöt).

Millaisia työympäristöön, -välineisiin ja resursseihin liittyviä toimintamenetelmiä organisaatiossanne/yksikössänne on käytössä?

Millaisia uusia toimintamenetelmiä Teillä on suunnitteilla?

10. Organisaatio ja johto

Tässä kohdassa on tarkoitus tarkastella esimerkiksi taloudellisia resursseja ja rajoituksia, toimintaperiaatteita ja johtamiskäytäntöjä sekä organisaatiokulttuuria ja sen arvoja.

Millaisin menetelmin organisaationne/yksikkönne ja sen johto on tukenut sekä mahdollistanut potilasturvallisuutta edistävää toimintaa?

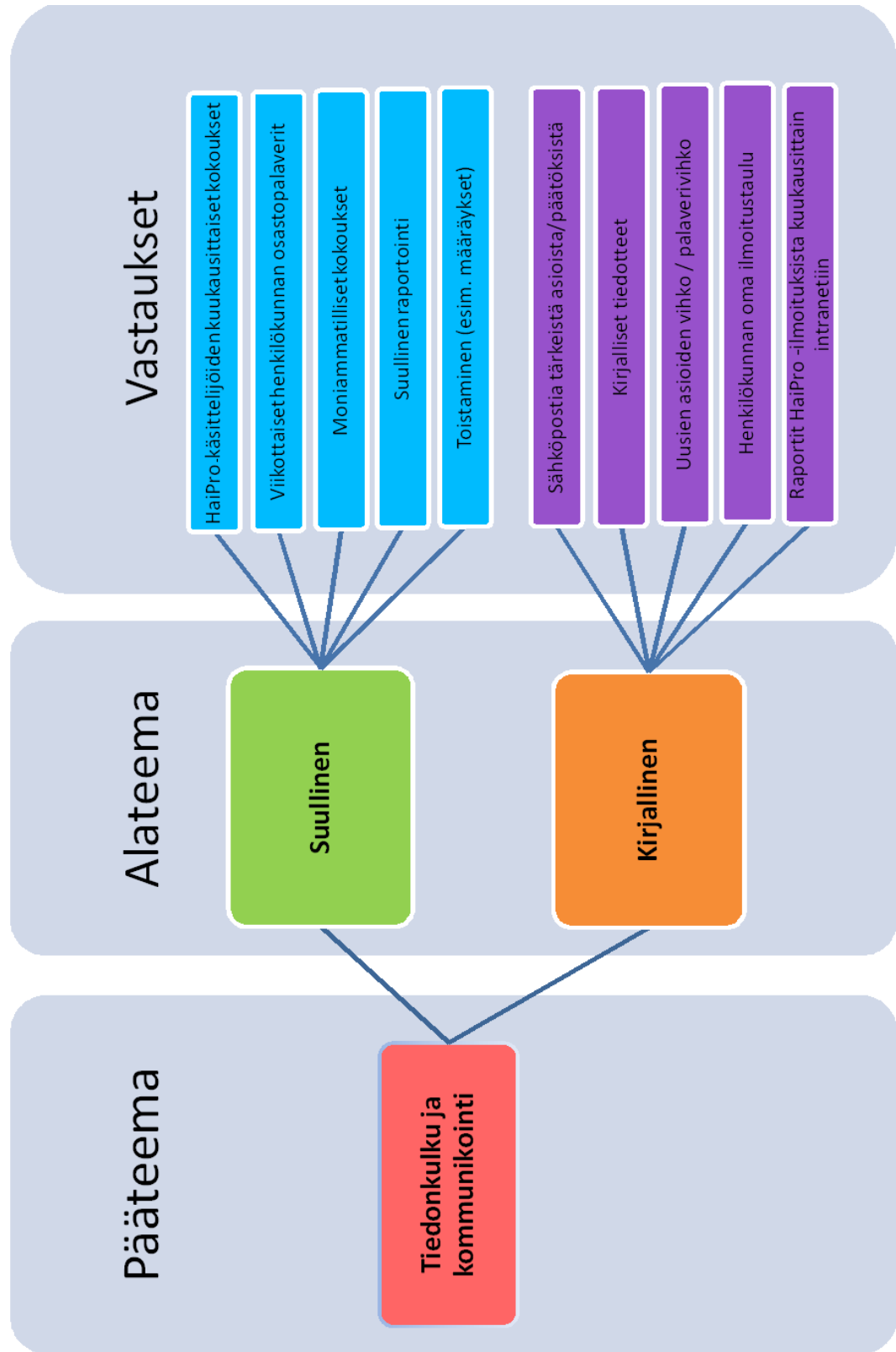
11. HaiPro -järjestelmän vaikutus potilasturvallisuutta edistäviin toimintamenetelmiin

Kuinka paljon HaiPro -järjestelmä on vaikuttanut toimintamenetelmien syntyyn?

- ei yhtään
- jonkin verran
- kohtalaisesti
- paljon
- hyvin paljon

Kuuaa miten vaaratapahtumien raportoinnista saatu tieto on auttanut kehittämään potilasturvallisuutta edistäviä toimintamenetelmiä.

LIITE 6. Esimerkki teemoittelusta.



LIITE 7. Diagrammit HaiPro -järjestelmän käyttöajasta organisaatiossa ja sen merkityksestä toimintamenetelmien syntyyn.

