

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2011

Heidi Alanne & Katja Rantanen

HAIPRON KÄYTTÖ JA ILMOI- TUSAKTIIVISUUTEEN VAIKUT- TAVAT TEKIJÄT TURUN KOTI- HOIDON HOITAJIEN KOKEMA- NA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Alanne Heidi & Rantanen Katja

HAIPRON KÄYTTÖ JA ILMOITUSAKTIIVISUUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT TURUN KOTIHOIDON HOITAJIEN KOKEMANA

HaiPro on vaaratapahtumien raportoimiseen kehitetty sähköinen järjestelmä, joka on käytössä yli 50 terveydenhuollon organisaatiossa. HaiPron avulla sen käyttäjät voivat kehittää toimintatapojaan potilasturvallisemmiksi oppimalla virheistään ja puuttamalla ongelmien syntymekanismiin. HaiPro-järjestelmään hoitajat tai muut ilmoittajat tekevät ilmoituksia vaaratapahtumista ja niihin johtaneista olosuhteista. Vaaratapahtuma jaetaan haittatapahtumaan, jossa potilaalle aiheutuu haittaa ja läheltä piti -tapahtumaan, jossa haitta on onnistuttu välttämään.

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää millaiseksi hoitajat kokevat HaiPron käytön ja mitkä tekijät heidän kokemuksiansa mukaan vaikuttavat ilmoitusaktiivisuuteen. Tavoitteena on antaa hoitotyön esimiehille tietoa siitä, miten motivoida hoitajia käyttämään HaiProta enemmän. Tutkimusaineisto on kerätty tammi-helmikuussa 2011 kymmenellä teemahaastattelulla Turun kotihoidon hoitajilta kahden lähialueen sisällä. Opinnäytetyö liittyy Turun ammattikorkeakoulun ja Turun sosiaali- ja terveystoimen toteuttamaan HoiDok-projektiin, jonka tarkoituksena on jalkauttaa rakenteinen kirjaamismalli ja parantaa kirjaamisen laatua kokonaisuudessaan.

Hoitajat kokivat HaiPron helppokäyttöiseksi. Kiireen he kokivat tärkeimpänä ilmoitusten tekoa estävänä tekijänä. Muita ilmoitusaktiivisuutta vähentäviä tekijöitä olivat tapahtumien vähättely, syyllistäminen, hyödyttömyys ja osaamattomuus. Suurimpana ilmoitusaktiivisuutta lisäävänä tekijänä koettiin järjestelmän hyödyllisyyden ymmärtäminen potilasturvallisuutta parantavana tekijänä. Muita ilmoitusaktiivisuutta parantavia tekijöitä olivat syyllistämätön, potilasturvallisuutta korostava ja avoin ilmapiiri sekä tarvittavat resurssit kuten atk-aidot. Hoitajat kertoivat HaiProta käytettävän ainoastaan lääkehoitoon liittyvissä tilanteissa.

HaiPron käytön laajentaminen koskemaan kaikkia vaaratapahtumia systemaattisesti parantaisi potilasturvallisuutta. Tulevaisuudessa olisi hyvä tutkia millaisia vaikutuksia räätälöidyllä koulutuksella on ilmoitusaktiivisuuteen ja miten tällaista koulutusta tulisi järjestää.

ASIASANAT:

Potilasturvallisuus, riskin hallinta, hoitotyö, kotihoito.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nurse

May 2011 | 53 pages + 1 attachment

Alanne Heidi & Rantanen Katja

USAGE OF HAIPRO AND ISSUES EFFECTING ON THE ACTIVITY OF REPORTING, AS SEEN BY THE HOME CARE NURSES IN TURKU

HaiPro is an electronic, computer based system developed for reporting patient safety events, which is used by over 50 different health care organisations. With HaiPro its users can develop their procedures to be safer for patients by learning from their mistakes and interfere with the origins of the problems. Healthcare staff uses HaiPro system to report on different kinds of patient related safety events and events that led to them. Safety events are divided in two different sub categories, which are: adverse event, when patient suffers harm and near-miss incident, where the harm has been avoided.

This thesis is qualitative research and its aim is to clarify how nurses experience usage of HaiPro, and which aspects, as they experienced it, are affecting the usage of HaiPro. The goal is to give superiors in nursing knowledge how to motivate nurses to use HaiPro more often. Research material has been collected over the time period of January-February of the year of 2011, with ten theme interviews. The subjects for interview were part of Turku's home care nurses within two different health care regions. This thesis is connected to HoiDok-project which is a project done by University of applied sciences of Turku and Municipal Health Care and Social Services Department. Its purpose is to develop the quality of loggings.

Nurses experienced that the HaiPro-system is easy to use. Nurses felt that they are too busy to report. Other matters that effects on the activity on reporting are the following: Underrating the situation, to be incriminated, uselessness, and plain ignorance. Biggest motivator for using the system was to understand how HaiPro-system helps to develop patient safety. Other issues to increase the usage of the system were: unincriminating, patient safety centric open atmosphere, and to develop resources needed like computer skills. In the interview, all the nurses told that they only use HaiPro in situations related strictly on medical care.

To expand the usage of HaiPro to involve all safety events systematically would improve patient safety. In the future, it would good to do a research over which kind of effect tailored education has on reporting activity, and how this kind of education should be arranged.

KEYWORDS:

Patient safety, risk management, nursing, home care.

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 POTILASTURVALLISUUS JA SIIHEN LIITTYVÄT KÄSITTEET	8
3 VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTI	9
3.1 Raportoinnin tarpeellisuus	9
3.2 Raportoinnin pääperiaatteet	10
4 HAIPRO	12
4.1 Säädökset HaiPron taustalla	12
4.2 HaiPro-ilmoituksen käsittelyprosessi	13
4.3 Raportointijärjestelmien käyttöönotkokokemuksia	15
4.4 Ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavat tekijät	15
5 KOTIHOITO	18
5.1 Kotihoito työympäristönä	19
5.2 Kirjaaminen kotihoidossa	20
5.3 Potilasturvallisuus kotihoidossa	21
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	23
7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	23
7.1 Aineiston hankinta	23
7.2 Aineiston analysointi	25
8 TUTKIMUKSEN ETIIKKA	26
8.1 Tutkittavien itsemääräämisoikeus	26
8.2 Vahingoittamisen välttäminen	27
8.3 Yksityisyys ja tietosuoja	27
9 LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI	28
9.1 Haastatteluaineiston luotettavuus	28
9.2 Analyysin luotettavuus	30
9.3 Raportoinnin ja tulosten luotettavuus	31
10 TULOKSET	32
10.1 HaiPron käyttö hoitajien näkökulmasta	33
10.2 Ilmoitusaktiivisuutta estävät tekijät	34

10.2.1	Kiire	35
10.2.2	Tapahtumien vähättely	36
10.2.3	Syyllyttäminen	36
10.2.4	HaiPron hyödyttömyys	37
10.2.5	Osaamattomuus	37
10.3	Ilmoitusaktiivisuutta edistävät tekijät	39
10.3.1	Hyödyllisyys	39
10.3.2	Työpaikan ilmapiiri	41
10.3.3	Resurssit	42
11	JOHTOPÄÄTÖKSET	43
11.1	HaiPron käyttö hoitajien kuvaamana	43
11.2	Ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavat tekijät hoitajien kokemana	44
12	POHDINTA	48
	LÄHTEET	50

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

KUVAT

Kuva 1. HaiPro-ilmoituslomake 14

KUVIOT

Kuvio 1.	Ilmoitusaktiivisuutta estävät tekijät	34
Kuvio 2.	Kiire	35
Kuvio 3.	Osaamattomuus	38
Kuvio 4.	Ilmoitusaktiivisuutta edistävät tekijät	39
Kuvio 5.	Hyödyllisyys	40
Kuvio 6.	Ilmapiiri	41
Kuvio 7.	Resurssit	42

KÄYTETYT LYHENTEET JA SANASTO

HaiPro	Lyhennelmä sanoista haittatapahtumien raportointiprosessi (STM 2008, 11). Kehitetty vaaratapahtumien ilmoittamiseen (HaiPro).
Potilasturvallisuus	Toiminnot ja periaatteet, joilla varmistetaan ettei hoidosta aiheudu haittaa potilaalle (STAKES 2006, 6).
Vaaratapahtuma	Potilasturvallisuuden käsite, joka jakautuu haittatapahtumaan ja läheltä piti -tapahtumaan (STAKES 2006, 6).
Haittatapahtuma	Tilanne, jossa potilaalle aiheutuu hetkellistä tai pysyvää haittaa (STAKES 2006, 6).
Läheltä piti -tapahtuma	Tilanne, jossa potilaan turvallisuus on vaarantunut, mutta haitta on pystytty välttämään (STAKES 2006, 7).
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö.
WHO	World Health Organisation.

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on tänä päivänä noussut esille sekä alan ammattilaisten että tavallisten kansalaisten keskuudessa. Iltapäivälehtien lööpit vahinkotilanteista nostattavat kansalaisten tunteita ja ammattilaisten tietoisuus potilasturvallisuuden lisäämisen mukanaan tuomista hyödyistä antavat lisää motivaatiota panostaa asiaan. Päättäjiä kiinnostavat myös potilasturvallisuuden parantamisesta tulevat säästöt. Useissa maissa tehtyjen tutkimusten perusteella on havaittu, että jopa kymmenen prosenttia potilaista kokee hoitojakson aikana haittatapahtuman (Doubi 2009, 7).

Työn tarkoitus on selvittää millaiseksi hoitajat kokevat HaiPron käytön ja mitkä tekijät heidän kokemuksiansa mukaan vaikuttavat ilmoitusaktiivisuuteen. Tavoitteena on antaa hoitotyön esimiehille tietoa siitä, miten motivoida hoitajia käyttämään HaiProta enemmän. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla Turun kotihoidon työntekijöiltä.

Opinnäytetyö liittyy HoiDok-projektiin, jonka tarkoituksena on jalkauttaa rakenteinen kirjaamismalli Turun sosiaali- ja terveystoimeen ja parantaa kirjaamisen toteutumista kokonaisuudessaan. Hyvä kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta hoidon jatkuvuuden näkökulmasta (Saranto & Ikonen 2007, 187) kun taas puutteellinen kirjaaminen lisää riskiä vaaratapahtumien syntyyn (Kinnunen & Peltomaa 2009, 80). Osana kirjaamisen laatua näyttäytyy vaaratapahtumien systemaattinen kirjaaminen ja kartoittaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön 2009 julkaisemassa potilasturvallisuusstrategiassa on tavoitteena vuoteen 2013 mennessä saada vaaratilanteiden raportointi sekä niistä oppiminen vakiintuneeksi käytännöksi (STM 2009, 16–17). Tämän toteuttamiseen on useissa suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa käytössä HaiPro-raportointijärjestelmä.

2 POTILASTURVALLISUUS JA SIIHEN LIITTYVÄT KÄSITTEET

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Se määritellään toiminnoiksi ja periaatteiksi, joita terveydenhuollossa toimivat yksilöt ja organisaatiot toteuttavat varmistukseksi hoidon turvallisuuden ja estääkseen potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden sekä lääke- ja laiteturvallisuuden. Potilaan kannalta se tarkoittaa, ettei hoidosta aiheudu haittaa. (STAKES 2006, 6.)

Vaaratapahtuma jakautuu kahteen käsitteeseen, haittatapahtumaan ja läheltä piti -tapahtumaan. Haittatapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaalle aiheutuu haittaa, jonka tunnusmerkkinä on ei-toivottu fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, emotionaalinen tai taloudellinen vaikutus. Haitta voi olla hetkellinen tai pysyvä. Läheltä piti -tapahtumassa potilaan turvallisuus on vaarantunut, mutta haitta on pystytty välttämään joko sattumalta tai vaara on havaittu ajoissa ja siihen on puututtu. (STAKES 2006, 5-7.)

Laatu tarkoittaa yleisesti palvelun virheettömyyttä ja vakioisuutta, johon kuuluu vastaaminen asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin. Oleellista on palvelun sopivuus ja hyväksyttävyyys. Erilaisia näkökulmia hoidon laadun tarkasteluun ovat potilas- sekä asiantuntijälähtöisyys ja toisaalta organisaation, hallinnon, yhteiskunnan tai rahoituksen näkökulma. (Kvist 2004, 19–20.) Terveystieteiden laadun avaintekijöitä ovat turvallisuus, korkeatasoisuus ja priorisoidusti toteutettu hoito (Snellman 2009, 32). Potilaan hoitotietojen pitää olla kirjattuna systemaattisesti ja mahdollisimman ajantasaisesti. Näin ne ovat käytettävissä helposti ja nopeasti. Tämä parantaa hoidon jatkuvuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

Hoidon laatua edistää hoitohenkilöstön hyvinvointi sekä ammattitaidon ylläpitäminen ja kiireetön työilmapiiri (Kvist ym. 2006, 112). Kiire ja riittämätön henkilö-

kuntamäärä ovatkin suurimmat hoidon laatua heikentävät tekijät(Kvist 2004, 164), jotka myös osaltaan lisäävät läheltä piti -tilanteiden ja syyllisyyden määrää (Leino-Kilpi 2003, 87).

3 VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTI

Institute of Medicine'n julkaisu *To Err Is Human: Building a Safer Health System* vuonna 2000 näyttää saaneen aikaan kansainvälisen kiinnostuksen potilasturvallisuuden parantamiseksi (Turunen & Partanen 2008, 291). Kolmessatoista Euroopan maassa on joko käytössä tai suunnitteilla kansallinen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, joista suurinta osaa on kehitetty 2000-luvulla. Maiden välillä on merkittäviä eroja, mutta kolme päätyyppiä on havaittavissa: raportoidaan vain vakavat haittavaikutukset, raportoidaan vain tietyillä erikoisaloilla tai raportoidaan maan laajuisesti koko terveydenhuollon alueella. Viimeiseksi mainittu on käytössä vain Iso-Britanniassa, Tanskassa ja Irlannissa. Yhdysvalloissa ja Australiassa kansallinen raportointijärjestelmä on ollut käytössä jo pitkään. (Doubi 2009, 7, 20, 26, 28.) Tanskassa on ollut vuoden 2004 alusta asti voimassa potilasturvallisuuslaki, joka velvoittaa klinisen henkilökunnan ilmoittamaan vaaratapahtumista (Wendelboe & Häkkinen 2006).

3.1 Raportoinnin tarpeellisuus

Potilasturvallisuuteen liittyvien ongelmien kartoittamiseen tarvitaan helposti koko terveydenhuoltohenkilökunnan ulottuvilla olevia raportointijärjestelmiä ja riittävä koulutus niiden käyttöön. Ilmoitusten tilastointiin on kehitettävä tarkoituksenmukaisia järjestelmiä, jotta niiden tuottamaa tietoa voidaan jakaa kansainvälisesti ja vertailla erilaisten raportointijärjestelmien tuloksia toisiinsa. Lisäksi tulee voida tunnistaa ja kehittää tapoja, joilla voidaan vähentää potilaisiin kohdistuvia haittoja. (WHO 2010, 3.) Raportointijärjestelmästä saadaan paras hyöty, kun ilmoittaminen on luottamuksellista. Kun ilmoittajat eivät tunne oloaan uhatuksi, ilmoittamisaktiivisuus lisääntyy. (WHO 2005, 18.)

Terveysthuollossa on havahduttu raportoimaan vaaratapahtumia vasta nyt, vaikka monilla muilla turvallisuuskriittisillä aloilla, kuten ilmailussa, systemaattinen raportointi on ollut käytössä jo pitkään. Raportoinnin tavoitteena on havaita toiminnassa ilmenevät turvallisuutta vaarantavat tekijät, jotta niiden luomiin haasteisiin voidaan vastata ja täten kehittää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. (Pietikäinen ym. 2010, 8.)

Vaaratapahtumien raportoinnin tavoitteena on se, että potilasturvallisuutta vaarantavien tilanteiden määrä ja luonne tulevat selvyteen työyksikön sisällä ja täten havaitaan niiden syntymekanismi. Pyrkimyksenä on löytää ne tekijät, joihin työympäristössä voidaan tehdä muutoksia ja estää vaaran toistuminen. Samalla halutaan ylläpitää henkilöstön tietoisuutta olemassa olevista riskeistä, joka lisää yksilön motivaatiota turvallisiin toimintatapoihin. (Knuutila ym. 1/2007, 15.) Organisaatiolle tarjoutuu näin mahdollisuus ymmärtää omien perustehtäviensä luonne ja niiden kehittämismahdollisuudet tulevaisuudessa (Pietikäinen ym. 2010, 1). Toisaalta tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta muiden tekemien virheiden kautta kehittämällä organisaatioiden välisiä, jopa kansainvälisiä rekistereitä haittatapahtumista. Näin voidaan välttää samojen virheiden toistuminen uudelleen ja uudelleen eri toimintaympäristöissä. (WHO 2005, 7.)

3.2 Raportoinnin pääperiaatteet

On haastavaa saada haittatapahtumien raportointijärjestelmästä sellainen, että se on toisaalta käyttäjäystävällinen, mutta sillä saadaan kuitenkin kerättyä tarpeeksi tarvittavaa tietoa (Doubi 2009, 38). Haittatapahtumien raportointi kannattaa pitää nimettömänä ja vapaaehtoisena, silloin voidaan saada selville kiusallisia tapahtumia, joiden ilmoittamisen kynnyksellä omalla nimellä olisi korkeampi ja syyllistäminen vähenee. Toisaalta nimettömän ilmoittamisen haasteena on saada tarpeeksi yksityiskohtaista tietoa tapahtuneesta. (Pietikäinen ym. 2010, 9-10.)

WHO:n suosituksen (2005, 10) mukaiset pääperiaatteet raportointijärjestelmille ovat (1) haittatapahtumien raportointijärjestelmien tärkeimpänä tehtävänä on potilasturvallisuuden lisääminen terveydenhuollon virheistä oppimalla, (2) raportoinnin on oltava turvallista ja ilmoittajaa ei saa rangaista tai muuten syyllistää, (3) raportoinnista on hyötyä vain jos se johtaa rakentavaan tulokseen ja (4) tietojen analysointiin ja levitykseen tarvitaan asiantuntijoita ja rahallista panostusta.

Vaaratapahtumien raportointi ei itsessään paranna potilasturvallisuutta, vaan hyödyt saadaan siitä, miten ilmoituksiin reagoidaan. Ilmoituksia ja vaaratapahtumiin johtaneita syitä tulee analysoida ja kehittää organisaatiossa tapoja, joilla niiden toistuminen voidaan estää. (WHO 2005, 11.) Usein ilmoituksia kerätään valtavia määriä, mutta niiden analysointi jää toteuttamatta (WHO 2005, 50; Koivunen ym. 2007, 13–14).

Vaaratapahtumien raportoinnille on oltava selkeät yhteisesti sovitut tavat, jotka ovat kaikkien organisaation jäsenten tiedossa ja sopivat kyseisen organisaation toimintaan (Pietikäinen ym. 2010, 24). Kaikkien tiedossa oleva tavoite ja strategia tavoitteiden saavuttamiseen on tärkeää. Hoitohenkilökunta motivoituu näin paremmin käyttämään raportointisysteemiä, kun he tietävät, mitä hyötyä raportoinnista on. Henkilökunnan jatkuva koulutus raportoinnista, vaaratilanteiden tunnistamisesta ja sen hyväksymisestä, että virheitä tapahtuu kaikille, mahdollistavat raportoinnin onnistumisen. (Kinnunen 2009, 123.)

Raportoinnin tulee olla rankaisematonta, sillä mikäli raportoinnin perusteella seuraa rangaistus, henkilökunta jättää helposti ilmoittamatta kaikki sellaiset tapahtumat, jotka on mahdollista salata. Helpoiten rankaisemattomuus toteutuu, kun ilmoittaminen on luottamuksellista eli ilmoittajan tai potilaan henkilöllisyys ei näy ilmoituksesta. Luottamuksellisuus itsessäänkin parantaa ilmoittamisaktiivisuutta. Raportointijärjestelmän on myös hyvä olla erillinen tahosta, jolla on mahdollisuus antaa rangaistuksia. Ilmoitusten analysoinnin on oltava tehokasta, asiantuntevaa ja ajanmukaista. Raportointijärjestelmien tarkoituksena on keskit-

tyä muutoksiin, joita voidaan tehdä organisaatiossa tai työympäristössä, ei yksilöjen toiminnassa. Lisäksi järjestelmän pitää voida vastata ilmoitusten tuomaan informaatioon, jotta parannuksia potilasturvallisuudessa todella tapahtuu. (WHO 2005, 50–51.)

4 HAIPRO

HaiPro on lyhennelmä sanoista haittatapahtumien raportointiprosessi (STM 2008, 11). Se on vaaratapahtumien ilmoittamiseen kehitetty raportointijärjestelmä, joka perustuu nimettömään ja vapaaehtoiseen käyttöön. Lokakuussa 2010 sitä käytettiin kehittämään yksiköiden sisäisiä toimintamalleja jo yli 50 erikokoisessa suomalaisessa terveydenhuollon organisaatiossa. HaiPro-raportointijärjestelmän käyttäjille tarjoutuu mahdollisuus oppia ilmoittamistaan virheistä ja organisaatiotasolla saadaan tietoa esimerkiksi varautumisen riittävydestä. (HaiPro.)

4.1 Säädökset HaiPron taustalla

Sosiaali- ja terveysministeriön 2009 julkaisemassa potilasturvallisuusstrategiasa on tavoitteena vuoteen 2013 mennessä saada vaaratilanteiden raportointi sekä niistä oppiminen vakiintuneeksi käytännöksi. Raportointien järjestelmällinen analysointi auttaa parantamaan potilasturvallisuutta. (STM 2009, 16–17.) Asianmukaiset potilasasiakirjat takaavat sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturvan (STM 2001, 10).

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) sanotaan, että terveydenhuollon ammattilaisten täytyy ammatissaan käyttää kokemuseräistä tietoa potilasta hoitaessaan. Tätä kokemuseräistä tietoa saadaan potilasturvallisuuden kohdalla juuri raportointijärjestelmän kautta. Silloin myös noudatetaan osaltaan potilaan oikeutta saada laadultaan hyvää hoitoa, joka mainitaan laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785). Eettisten ohjeistusten mu-

kaan hoitohenkilöstöllä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996, Lähihoitajan eettiset ohjeet 2006).

Myös esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi, jonka on tarkoitus tulla voimaan 1. toukokuuta 2011, käsitellään laatua ja potilasturvallisuutta. Lain hengen mukaan tulisi terveydenhuollon toimintayksiköiden johdon sekä työntekijöiden olla sitoutunutta edistämään potilasturvallisuutta. Tähän liittyy haittatapahtumien seurantaohjelma, jonka avulla voidaan kehittää potilasturvallisuutta. (Eduskunta 2010.) Euroopan yhteisön komission Potilasturvallisuusjulistuksessa painotetaan myös työpaikkojen avointa ilmapiiriä virheiden ja laiminlyöntien selvittämiseksi. Työpaikkojen pitäisi myös toteuttaa potilasturvallisuuteen liittyviä hankkeita. (Euroopan yhteisön komissio 2005.)

4.2 HaiPro-ilmoituksen käsittelyprosessi

HaiPro-raportointityökalun käyttäjiä ovat ilmoittajien lisäksi erilaiset vastuuhenkilöt. Käsittelijät ja potilasturvallisuusvastaavat eri hierarkiatasoilla voivat lukea ja käsitellä eli analysoida ilmoituksia sekä seurata tilastoja. Linjaesimiehet ja linjajohto eivät voi käsitellä ilmoituksia, mutta heillä on oikeus lukea lomakkeita ja/tai seurata tilastoja. Organisaatio- ja henkilötiedoista huolehtivat ylläpitäjä tietyn organisaation tasolla ja järjestelmän pääkäyttäjät kaikkien organisaatioiden tasolla. (HaiPro 2008.) Ilmoitusten käsittelijän tulee olla työympäristön asiantuntija ja hänen pitää olla koulutautunut havaitsemaan kehittämiskohteita. (WHO 2005, 50.)

HaiPro-ilmoituksen käsittelyprosessi alkaa, kun vaaratapahtumasta tehdään havainto. Ilmoittaja kirjaa havainnon järjestelmään ilmoituslomakkeella (kuva 1.), joka lähettää käsittelijälle sähköpostia ilmoituksesta. Käsittelijä päättää vaatiiko havainto lisätietoja ja pyytää niitä tarvittaessa. Ilmoittajan syötettyä tarvittavat lisätiedot järjestelmään käsittelijä saa uutta postia ilmoituksesta, tämä menettely voidaan tarpeen mukaan toistaa useitakin kertoja. Kun lisätietojen tarvetta ei enää ole, käsittelijä kirjaa tapahtuman järjestelmään analysoituaan tiedot ja

päättää vaatiiko havainto toimenpiteitä. Käsittelijä voi määritellä toimenpiteet ja niiden toteuttajan itse tai siirtää päätöksenteon ylemmälle tasolle. Käsittelijä kirjaa tehdyt toimenpiteet järjestelmään ja prosessi on täten valmis. Mikäli havainto ei vaadi toimenpiteitä, käsittelijä perustelee sen järjestelmään, jolloin prosessi on valmis jo tässä vaiheessa. Valmiin käsittelyn tulokset siirtyvät ylemmälle tasolle ja tilastoihin. (HaiPro-prosessi.)

[Ohje](#)

In English | På svenska

HaiPro - Demokohde - Potilasturvallisuusilmoitus

Ilmoituksen pvm: 31.3.2010

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Osasto/yksikkö	Lomakkeen täyttäjän yksikkö (*) Valitse	
	Yksikkö, jossa tapahtui Valitse	
Ilmoittajan ammattiryhmä (*)	Valitse	
Tapahtuma	Tapahtuma-aika (*) Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Tapahtumapaikka Valitse	Tapahtuman luonne (*) <input type="radio"/> Läheltä piti <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Tapahtui potilaalle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus
Tapahtuman tyyppi	Ei tiedossa	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. <input type="text"/> Kuvaava lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. <input type="text"/> Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää? <input type="text"/>	

Tallenna [Tulosta ilmoitus](#)

Kuva 1. HaiPro-ilmoituslomake (HaiPro 2010)

4.3 Raportointijärjestelmien käyttöönotkokokemuksia

Hyksin Peijaksen sairaalassa toteutettiin vuoden 2004 aikana neljän kuukauden projekti, jossa kerättiin vaaratapahtumailmoituksia. Ennen projektia henkilökuntaa koulutettiin tekemään ilmoituksia VIIVI-lomakkeelle ja heille korostettiin, ettei tarkoituksena ollut etsiä syyllisiä vaan löytää virheisiin johtaneet syyt. Ilmoitusten tekoaktiivisuus vaihteli osastosta riippuen ja aktiivisuus väheni projektin alusta. Vähemmän ilmoituksia tekevien osastojen henkilökuntien mukaan kyseessä ei ollut innostuksen puute, vaan epätietoisuus siitä, mitä pitää ilmoittaa. Yleisesti ottaen henkilökunta oli innostunut projektista ja toivoi ilmoitusten teon jatkuvan edelleen. He uskoivat, ettei haettu syyllisiä, vaan ratkaisuja potilasturvallisempiin toimintatapoihin. Virheiden määrä oli usealle yllätys ja kun vaaratilanteet tulivat ilmoitusten myötä julki, ruvettiin potilasturvallisuuden eteen tekemään toimenpiteitä. (Mustajoki 2005, 2623–2625.)

Vuoden 2007 alussa Vaasan keskussairaalassa aloitettiin työskentely HaiPron käyttöönottoa varten, joka tapahtui kesäkuun alussa sairaalan kaikissa 57 yksikössä. Neljän kuukauden käytön jälkeen voitiin Vaasassa jo todeta HaiProsta olleen hyötyä. Ilmoituksia oli tehty 74 %:ssa yksiköistä ja niitä oli tullut yhteensä 265 kappaletta. Potilasturvallisuutta lisääviä toimenpiteitä oli tehty ilmoitusten perusteella. Vaasan keskussairaalassa oli havaittu ongelma-alueiden havaitsemisen olevan helppoa ja samalla oli saatu todisteita siitä, miten ongelmiin oli puututtu. Lisäksi keskustelu oli muuttunut aktiivisemmaksi ja avoimemmaksi, samalla tietoisuus oman toiminnan vaikutuksista oli lisääntynyt. (Kinnunen 2008, 43,53,74–77.)

4.4 Ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavat tekijät

Hoitajat tekevät virheistä haittatapahtumailmoituksen 15–50 %:ssa tapauksista virheen vakavuudesta riippuen. Esimerkiksi lääkehoitoon liittyvistä virheistä jää jopa 90 %:a raportoimatta. (Lundgren-Laine & Suominen 2006, Antonow ym.

2000, 42–48 mukaan.) Suurimpina syinä raportoimattomuuteen nähdään rangaistuksen ja syyllistämisen pelko työyhteisössä tai potilaiden sekä omaisten taholta. Muita syitä ovat, ettei haittatapahtumaa koeta merkitykselliseksi tai se on ollut läheltä piti -tapahtuma. (Hughes & Ortiz 2005, 21; Kinnunen 2009, 126.) Toisaalta Koivusen ym. (2007, 13–14) mukaan ammattitaidottomaksi leimaaminen tai rangaistuksen pelko eivät olleet merkittäviä ilmoitusaktiivisuutta alentavia tekijöitä. Pietikäinen ym. (2010, 9) korostavat Amalberti ym. (2006) mukaan, että organisaation sisällä tavanomaisiksi muotoutuneita haittatapahtumia voi olla vaikea tunnistaa ja ne saattavat jäädä siksi ilmoittamatta.

Vaasan keskussairaalassa oli vuonna 2007 tehty kysely, jossa kysyttiin oliko yksikössänne tapahtunut viimeisen kuukauden aikana lääkehoidossa läheltä piti - tai haittatapahtuma. Vastanneista 56 %:a vastasi, ettei ole. Siitä voitiin päätellä, etteivät ihmiset tunnista vaaratapahtumia, koska on todennäköistä, että kaikissa yksiköissä joissa toteutetaan lääkehoitoa, tapahtuu ainakin yksi läheltä piti -tapahtuma kuukauden aikana. Vaaratapahtumien tunnistaminen olisi siis yksi este HaiPron käytölle. (Kinnunen 2008, 59.) Samankaltaista pohdintaa oli myös aikaisemmin esitettyssä Peijaksen sairaalan tapauksessa (Mustajoki 2005, 2623–2625). Avelinin ja Lepolan (2008, 44) tutkimuksesta Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveyskeskussairaalasta käy ilmi, että läheltä piti -tilanteiden kirjaamisessa oli ongelmia eivätkä kaikki olleet sisäistäneet mitä tapahtumia HaiProhon kirjataan.

Jotkut osastonhoitajista kokivat Vaasan keskussairaalassa aluksi HaiPron käytön vain lisäävän työmäärää, eivätkä uskoneet sen käytön tuovan hyötyä haittoja enemmän. Tiedottamisen tuloksena osastonhoitajat saatiin kuitenkin vakuutettua HaiPron hyödyllisyydestä. Osastonhoitajien sitoutuminen koettiin tärkeäksi, jotta he voisivat motivoida työntekijöitä käyttämään raportointijärjestelmää. (Kinnunen 2008, 55.)

Vaasassa huomattiin, että tyytyväisyys nykytilanteeseen oli HaiPron käyttöä estävä tekijä. Kaikki osastot eivät kaikesta huolimatta ottaneet Vaasassa Hai-

Prota käyttöön. Osastonhoitajat ja työntekijät olivat niillä osastoilla sitä mieltä, että asiat ovat ennenkin saatu puhuttua ilman tällaista järjestelmää. (Kinnunen 2008, 80.)

Vaasassa keskussairaalassa eri yksiköiden välillä oli ollut suurtakin eroa ilmoitusaktiivisuudessa. Järjestelmän aktiivista käyttöä lisäsi se, että koko henkilökunta ymmärsi ilmoitusten tekemisen tärkeyden ja huomasi siitä seuraavat positiiviset muutokset. Esimiesten koettiin olevan tässä avainasemassa. Niissä osastoissa, joissa ilmoittaminen oli aktiivisinta, olivat osastonhoitajat myötämie-lisiä HaiPron suhteen ja kannustivat työntekijöitä tekemään ilmoituksia. (Kinnunen 2008, 72–80.) Elleivät työntekijät koe ilmoituksista seuraavan toimenpiteitä, seuraa turhautumista, joka johtaa ilmoitusaktiivisuuden laskuun (Koivunen ym. 2007, 13–14). Avelin ja Lepola (2008, 48) huomasivat tutkimuksessaan, että kaikille työntekijöille ei ollut sisäistynyt ilmoitusten teon tärkeys ja koska ilmoituksia ei oltu käsitelty osastokokouksista, oli ilmoitusaktiivisuus laskenut.

Hoitotyöntekijöiden on vaikea keskittyä kirjaamiseen, koska työpisteissä on rauhatonta, tietokoneita on liian vähän ja sähköiset järjestelmät ovat hidaskäyttöisiä ja monimutkaisia (Hallila 2005, 14). Sinervon ja von Fieandtin (2005, 60) tutkimuksessa, joka liittyy TIVA-hankkeeseen, käy ilmi, että jopa kolmasosalla sosi-aali- ja terveysalan työntekijöistä on puutteita tietotekniikan perusosaamisessa ja muun muassa potilas- tai asiakastietojärjestelmien käytössä. Myös asenne tietotekniikkaa kohtaan on pelokas ja omiin taitoihin ei uskota. Yllättävää tutkimuksessa oli se, ettei tämä ole ainoastaan ikääntyvien työntekijöiden ongelma. Työpaikoilla on liian vähän koneita ja ohjelmia käytettävissä ja nekin olivat osit-tain vanhentuneita. Avelinin ja Lepolan (2008, 44) tutkimuksen mukaan osa hoi-tajista jännitti sähköisen lomakkeen täyttöä.

Vaasan keskussairaalassa pidetyissä koulutustilaisuuksissa kävi ilmi, että työn-tekijät miettivät miten heillä riittäisi aikaa tehdä ilmoituksia (Kinnunen 2008, 65). Myös Koivusen ym. (2007, 13–14) tutkimuksen mukaan kiireen aiheuttamat unohdukset laskevat ilmoitusaktiivisuutta, lisäksi hoitajat kokevat ilmoittamisen

olevan hankalaa ja aikaa vievää. Myös Avelinin ja Lepolan (2008, 44) tutkimuksen mukaan kiire vähensi ilmoitusten tekoa. Tutkimuksessa hoitajat olivat sitä mieltä, että itse ilmoituksen teko oli helppoa ja ilmoituslomake riittävän selkeä. Pula ammattitaitoisesta henkilöstöstä näkyy erityisesti vanhusten pitkäaikaissairaanhoidossa, hoivassa ja kotihoidossa (Ekroos 2004, 143).

Työntekijöiden korkea työmotivaatio lisää heidän haluaan sitoutua asioiden kehittämiseen, epäkohtien esille tuomiseen ja työn lopputuloksen parantamiseen. Korkeaa työmotivaatiota edistävät mielekäs työ, henkilökohtaisen vastuun tunne, selkeä työnkuva ja rehellinen palaute sekä realistinen tunne omista kyvyistä ja mahdollisuuksista selviytyä annetuista työtehtävistä. Myönteinen ja tiedon jakamiseen kannustava työilmapiiri nostavat osaltaan työmotivaatiota. (Reiman & Oedewald 2009, 54). Ilmapiiriä osastokokouksissa, joissa ilmoituksia käsiteltiin, kuvattiin Hämeenlinnassa positiiviseksi, rakentavaksi ja syyllistämättömäksi. Niissä yritettiin aidosti yhdessä etsiä parempia toimintamalleja. (Avelin & Lepola 2008, 49.)

5 KOTIHOITO

Kotihoito koostuu kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Kotihoidoksi ne voidaan yhdistää, mikäli kunta järjestää itse molemmat. (STM 2011.) Kotipalvelu perustuu sosiaalihuoltolakiin (17.9.1982/710) ja kotisairaanhoidon lakiin (28.1.1972/66). Turussa kotipalvelu ja kotisairaanhoidon on yhdistetty kotihoidoksi, joka on jaettu 21 lähipalvelualueeseen. Kotihoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti ja asiakkaan kanssa tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Tarkoituksena on, että asiakas pystyy pidempään asumaan omassa kodissaan. (Turku 2010.) Vanhukselle eläminen omassa tutussa kodissa antaa kokemuksen elämän jatkuvuudesta ja tuntemuksen oman elämän hallinnasta. Toisaalta kun vanhus joutuu ottamaan apua vastaan pärjätäkseen kotona, saattaa hän tuntea olonsa vaivaantuneeksi ja kotinsa uhatuksi tai vallatuksi. (Pikkarainen 2007, 56–59.)

Kotipalvelu auttaa asiakasta jokapäiväisissä toiminnoissa kotona, kun hänen toimintakykynsä on alentunut esimerkiksi sairauden vuoksi. Kotipalvelun työntekijät auttavat muun muassa hygieniasta huolehtimisesta ja neuvovat asiakasta erilaisten palveluiden käytössä. Erilaiset tukipalvelut, kuten ateriapalvelu, täydentävät kotihoitoa. Kotipalvelussa suurin osa työntekijöistä on kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. (STM 2011.)

Lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimenpiteet, näytteiden otto, lääkityksen valvominen ja asiakkaan voinnin tarkkailu on kotisairaanhoidon tehtäväkenttää. Kotisairaanhoidon piiriin kuuluu myös varsin vaativaakin sairaanhoitoa, kuten saattohoito. Myös omaisten tukeminen ja huomioon ottaminen kuuluu kotisairaanhoidon tehtäviin. Kotisairaanhoidossa suurin osa työntekijöistä on sairaanhoitajia. (STM 2011.)

5.1 Kotihoito työympäristönä

Kotihoidon työntekijät kokevat työnsä sekä henkisesti että fyysisesti rasittaviksi, työ on muuttunut henkisesti kuormittavammaksi ja uupumisoireet ovat lisääntyneet. Henkilöstöryhmien väliset ristiriidat ovat kotihoidon työntekijöillä yleisempiä kuin sairaalassa. Tärkeimpänä syynä tähän koetaan olevan riittämätön henkilöstö, sijaisten vähyys, lyhyet työsuhteet ja henkilöstön vaihtuvuus. Työn raskavuuteen vaikuttavat myös sisäisen ja ulkoisen tiedonkulun ongelmat, osaamisen ja motivaation puute, työnjaon ja suunnitelmallisuuden sekavuus, muutosvastarinta ja motivointikeinojen puute, työmoraaliongelmien sekä laadun vaikea arviointi ja epäselvyys asiakkaiden odotuksista. Hoitajat usein kokevat tietokoneella tehtävien töiden olevan toissijaisia, jotka vähentävät aikaa asiakkaan kanssa tehtävältä työltä. (Kivimäki ym. 2004, 24–31.)

Elorannan ym. (2009, 140–143) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen saattaa aiheuttaa tiettyjä ongelmia. Koska sosiaali- ja terveystoi-

men eri ammattiryhmien toimenkuvat ovat erilaisia, uhkaa asiakkaan hoidon kokonaiskuvan pirstaloituminen. Eri ammattiryhmien välillä oli havaittavissa jännitteitä ja näkemuseroja asiakkaan hoidosta. Vaikka yhteistyö ammattiryhmien välillä oli parantanut tiedonkulkua, hierarkkinen tiedonkulku heikensi sitä. Esimerkiksi kotipalvelun työntekijät kokivat, etteivät saa aina riittävästi tietoa asiakkaan lääketieteellisistä tai sairaanhoidollisista tilanteista. Yhdistymisen myötä asiakkaan itsenäisen toiminnan edistämisen tukeminen oli saanut yhtenäisemmän linjan. Kuitenkin kiire, psykososiaalisen tuen puute, työntekijöiden asenteet ja konkreettisten yhteisten hoidon tavoitteiden puuttuminen heikensivät tätäkin. Yhteisistä toimintatavoista asiakkaan kohdalla oli sovittu nyt entiseen tilanteeseen nähden paremmin. Tutkimuksen mukaan pienillä muutoksilla, kuten tiedonkulun parantamisella, saadaan yhdistymisen etuja hyödynnettyä asiakkaan hoidon parantamiseksi.

5.2 Kirjaaminen kotihoidossa

Kun ihminen tulee kotihoidon asiakkaaksi, tehdään hänelle hoito- ja palvelusuunnitelma yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Heinola 2007, 26–27). Hoito- ja palvelusuunnitelma vastaa sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksia määrittävään lakiin (22.9.2000/812), jonka mukaan toistuvia ja säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma parantaa hoidon jatkuvuutta ja selkeyttää hoitavien henkilöiden vastuunjakoja, täten se on potilasturvallisuutta lisäävä elementti (Päivärinta & Haverinen 2002, 18).

Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen perustuu hoitosuunnitelmaan, jossa näkyy hoidon tarpeet ja tavoitteet, keinot joilla niihin päästään sekä hoidon arviointi (Nissilä 2005, 56–57; Tanttu & Ikonen 2008, 117–118). Hoitosuunnitelma vastaa potilaan asemaa ja oikeuksia määrittävään lakiin (17.8.1992/785). Turun kotihoidossa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelmat eivät ole ajan tasal-

la ja kirjaaminen jää puutteelliseksi. Hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaaminen oli lähihoitajien kohdalla puutteellista, kodinhoitajat ja kotiavustajat eivät kirjanneet lainkaan. Näiden kirjaamiseen liittyvien puutteiden katsottiin haittaavan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä hoidon jatkuvuutta. Osan kirjaamisen heikkoudesta katsottiin johtuvan sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisestä. Sosiaalitoimen alaisena olleilla työntekijöillä oli heikompaa aikaisempaa koulutusta ja osaamista kirjaamisesta. (Alenius & Isosalmi 2010, 39–40, 45–46.)

Rakenteisen kirjaamisen on todettu parantavan potilaan hoidon jatkuvuutta ja helpottavan potilastietoihin tutustumista (Korhonen & Kyllönen 2010, 31), kun toisaalta puutteellinen kirjaaminen lisää riskiä vaaratapahtumien syntyyn (Kinnunen & Peltomaa 2009, 80). Jokaisen toimintayksikön vastaavan johtajan vastuulla on se että yksikön henkilökunnalla on riittävä osaaminen asiakastietojen käsittelyyn ja että työpaikalla on kirjalliset ohjeet asiakastietojen käsittelystä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159).

5.3 Potilasturvallisuus kotihoidossa

Kotihoidossa hoidetaan nykyään yhä sairaampia ja huonokuntoisempia asiakkaita. Oman haasteensa tuovat myös erilaiset erityisryhmät kuten päihdeongelmaiset. Kotihoidon henkilökunnalta vaaditaankin vahvaa ammattitaitoa. Heidän täytyy osata hoitaa asiakasta kokonaisvaltaisesti sekä havainnoida ja reagoida nopeastikin muuttuviin tilanteisiin. (Hägg ym. 2007, 22–23.) Monilla terveydenhuollon organisaatioilla on käytössä HaiPro potilasturvallisuuden parantamiseksi (HaiPro). Turun kotihoidon yksiköissä HaiPro on otettu käyttöön vaiheittain 2009 (Kivelä 15.4.2011).

Kotona asuvien yli 65-vuotiaiden yleisin tapaturma on kaatumistapaturma. Näistä syntyneet vammat saattavat heikentää vanhuksen toimintakykyä oleellisesti ja jopa johtaa laitoshoidon tarpeeseen. Esimerkiksi yli 90 % lonkkamurtumista

johtuu kaatumisesta. Kaatumiset ovat myös yleisin vanhusten tapaturmaisen kuoleman syy. (Hägg ym. 2007, 38.)

lääkäiden ihmisten lääkehoito on usein monimutkaista ja ongelmallista. Tavoitteena lääkehoidossa on vanhuksen hyvinvointi ja itsenäisyyden tukeminen. Lääkkeillä pyritään parantamaan sairauksia ja oireita. Suurimpia ongelmia ovat monien lääkkeiden käyttö yhtä aikaa ja siitä johtuvat lääkkeiden yhteisvaikutukset, lääkkeiden haittavaikutuksille herkistyminen ja virheet lääkkeiden käytössä. Kotihoitajille jää usein lääkkeiden käytön tarkkailu. Kaikki poikkeamat lääkehoidossa sekä lääkkeiden vaikutusten arviointi pitää kirjata potilasasiakirjoihin. (Medina ym. 2006, 323–325.) Kotihoidossa voivat myös sosiaalihuollon työntekijät olla toteuttamassa lääkehoitoa, jos ovat saaneet siihen koulutuksen. Lääkehoidon onnistuminen vaatii monen ammattiryhmän yhteistyötä sekä asiakkaan ohjausta ja motivointia. (Hägg ym. 2007, 91–92.)

Kaikilla yksiköillä, jotka toteuttavat lääkehoitoa täytyy olla lääkehoitosuunnitelma. Siitä täytyy tulla ilmi kaikki lääkehoidon kannalta oleelliset asiat. Siinä pitää olla esimerkiksi se miten lääkehoidon osaamista varmistetaan ja ylläpidetään sekä millaiset lupakäytännöt yksikössä on ja miten lääkehoidolle on suunniteltava seuranta- ja palautejärjestelmä. Lääkehoitosuunnitelma on konkreettinen työväline, jolla lääkehoitoa toteutetaan ja sen laatua arvioidaan. Lääkehoitosuunnitelmassa on myös kerrottava miten lääkehoito kirjataan. (STM 2005, 43–44.) Lääketurvallisuus on olennainen seikka potilasturvallisuudessa, koska nykyisin puolet ehkäistävissä olevista haittatapahtumista liittyy lääkintävirheisiin (Euroopan yhteisön komissio 2005).

Muurisen ja Raatikaisen (2005,16–21) tekemän tutkimuksen mukaan sekä kotihoidon asiakkaat että työntekijät kokivat fyysisen turvallisuuden tärkeäksi asiaksi. Esimerkiksi kaatumisesta varoittamiseen koki tarvetta 64 %:a asiakkaista ja sitä oli henkilökunta antanut 63 %:lle. Lääkehoidossa tutkimuksen mukaan apua sekä tarvittiin että annettiin paljon. Asiakkaista lähes puolet koki tarvitsevansa joskus neuvontaa lääkkeiden otossa ja henkilökunta oli sitä antanut yli puolelle

asiakkaista. Tutkimuksen mukaan fyysinen apu eli päivittäisissä asioissa kuten peseytymisessä asiakkaiden tarpeet ja saatu apu kohtasivat toisensa parhaiten. Vastaavasti psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä apua toivoivat asiakkaat saavansa enemmän.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaiseksi hoitajat kokevat HaiPron käytön ja mitkä tekijät heidän kokemuksiansa mukaan vaikuttavat ilmoitusaktiivisuuteen. Tavoitteena on antaa hoitotyön esimiehille tietoa siitä, miten motivoida hoitajia käyttämään HaiProta enemmän. Tutkimuksessa termillä hoitaja tarkoitetaan kaikkia hoitotyöntekijöitä, termillä lähihoitaja sekä lähi- että perushoitajia ja termillä sairaanhoitaja sekä sairaan- että terveydenhoitajia.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1) Millaiseksi hoitajat kuvaavat HaiPron käytön?
- 2) Mitkä tekijät hoitajien kokemana vaikuttavat HaiPro-ilmoitusaktiivisuuteen ja miten?

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Aineiston hankinta

Tutkittava aineisto hankittiin haastattelemalla yksityishaastatteluina kymmentä Turun kotihoidon työntekijää kahden lähipalvelualueen sisältä. Näistä kuusi oli lähihoitajia ja neljä sairaanhoitajia. Tutkimukseen otettiin sekä lähi- että sairaanhoitajia, koska haluttiin kokonaisvaltainen kuva hoitotyön ammattilaisten kokemuksista. Kummaltakin alueelta arvottiin viisi haastateltavaa, molemmilta

kaksi sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa. Lähihoitajien nimilistasta otettiin joka neljäs ja seuraava henkilö hänen varahenkilökseen. Koska sairaanhoitajia oli huomattavasti vähemmän, otettiin heistä nimilistan mukaan joka toinen ja seuraava hänen varahenkilökseen. Otanta toteutettiin laadullisessa tutkimuksessa yleensä käytettävistä otantamenetelmistä poiketen satunnaisotannalla, sillä tutkittava aineisto on perusjoukon sisällä tarpeeksi homogeenista eli kuka tahansa hoitajista on yhtä hyvä informantti tähän tutkimukseen. Satunnaisotannassa jokaisella perusjoukon jäsenellä on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi (Metsämuuronen 2005, 53). Lähipalvelualueiden esimiehille sovitettiin ja kerrottiin ketkä henkilöt olivat valikoituneet. Toisen alueen palveluesimies sopi haastattelut hoitajien kanssa ja toisen alueen palveluesimiehlä saatiin hoitajien puhelinnumerot. Kaikki hoitajat, jotka olivat valikoituneet haastateltaviksi, suostuivat haastatteluun. Muutaman kohdalla jouduttiin käyttämään varahenkilöä ensisijaisen haastateltavan ollessa lomalla tai muuten estynyt. Haastattelut toteutettiin tammi-helmikuun aikana. Haastattelupaikkoina olivat alueen taukotuvat. Haastattelut nauhoitettiin ja tutkittavilta pyydettiin suostumus tähän. Analysoinnin jälkeen nauhat hävitettiin asianmukaisesti.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu vuorovaikutustilanne, jossa pyritään saamaan tietoa ennalta valituista teemoista. Kysymyksiä tai niiden järjestystä ei ole tarkasti määritelty. Kun kadon määrän halutaan jäävän pieneksi ja aiheesta kaivataan kuvaavia esimerkkejä, haastattelu soveltuu erityisen hyvin tiedonhankintametodiksi. Haastattelu antaa mahdollisuuden täsmentää vastauksia ja vastauksia saadaan kattavammin vaikka tutkittavilla olisi alhainen motivaatio. (Hirsjärvi & Hurme 1985, 15, 36.)

Haastattelut toteutettiin teemahaastattelurungon avulla (liite 1). Haastattelurunko esitettiin kahdessa ensimmäisessä haastattelussa. Koska runkoon ei tullut tämän perusteella muutoksia, otettiin nämä haastattelut tutkimusmateriaaliin mukaan. Tutkimuskysymyksiin haetaan vastauksia teemoilla HaiPron käyttö (1. tutkimuskysymys) ja ilmoitusaktiivisuus (2. tutkimuskysymys).

7.2 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto saatetaan analysoitavaan muotoon litteroimalla eli kirjoittamalla puhtaaksi (Grönfors 1985, 156). Haastattelijat litteroivat sanasta sanaan kumpikin omat haastattelunsa, jonka jälkeen niistä tulostettiin kummallekin paperiversiot.

Tutkimuksen tekijät tutustuivat huolellisesti koko aineistoon. Aineiston analyysi aloitettiin valitsemalla analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikkö tarkoittaa aineiston osaa, josta löytyy tutkimukseen liittyvä merkitys ja se voi olla yksittäisestä sanasta laajempaan kokonaisuuteen eli sen koko riippuu tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 136). Aineiston perusteella ajatus analysointiyksikkönä oli sopivin, sillä yksittäinen sana tai lause eivät olisi antaneet oikeita tuloksia. Ajatuksen pituus vaihteli muutamasta sanasta muutamaaan lauseeseen.

Haastatteluista saadut vastaukset luokitellaan ja niiden välisiä suhteita tutkitaan (Syrjäläinen 1994, 90). Tämä aloitettiin siten, että tekijät alleviivasivat litteroidusta materiaalista itsenäisesti analyysiyksikköjä. Tämän jälkeen tekijät vertailivat poimittuja ilmauksia keskenään. Analyysiyksiköt pelkistettiin muutamiksi sanoiksi ja koottiin pelkistettyinä paperille. Pelkistysten samankaltaisuuksia etsittiin ja ryhmiteltiin sekä samalla luokiteltiin. Luokitteluja tehtiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Vanhat teoriat eivät ohjanneet luokkien muodostumista. Luokkia koottiin yhteen ja yleistettiin eli abstrahoitettiin vaiheittain. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 135–137.)

Abstrahoinnin jälkeen syntyneitä luokkia ja niiden välisiä suhteita vertailtiin. Saatuja tuloksia verrattiin myös aikaisempiin tutkimustuloksiin, joita on käsitelty tutkimuksen teoriaosassa. Tuloksinassa tutkijan täytyy tehdä omia johtopäätöksiä analyysin tulosten perusteella sekä pyrkiä selkeyttämään ja nostamaan esiin tutkimuksessa merkittäviksi nousseita asioita (Hirsjärvi 2001, 211).

8 TUTKIMUKSEN ETIIKKA

Tieteellisen tutkimuksen yksi pääperiaatteista on eettisyys. Korkeakoulujen yleisesti käyttämät tutkimuksen eettiset periaatteet ovat tutkimuseettisen neuvottelukunnan Helsingin julistuksen mukaisesti laatimat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172–173.)

8.1 Tutkittavien itsemääräämisoikeus

Tutkimukseen osallistumisen pitää olla vapaaehtoista ja osallistujan pitää voida keskeyttää haastattelu kesken. Suostumus voidaan pyytää joko kirjallisesti tai suullisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4-5.) Haastateltavilta kysyttiin suostumus haastatteluun ja heille tähdennettiin, että he voivat milloin tahansa keskeyttää haastattelun. Tutkittavilla on oikeus riittävään tietoon tutkittavasta asiasta ja kuinka kauan aikaa siihen heiltä menee ja mitä heidän täytyy konkreettisesti tehdä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 5-6). Haastateltaville kerrottiin kysyttäessä heidän suostumustaan haastatteluun, että tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa hoitajien kokemuksista HaiProsta. Heille kerrottiin, että tutkimus tehdään haastattelemalla ja yhteen haastatteluun menee noin puoli tuntia. Tutkittavilla on oikeus tietää tutkijan yhteystiedot, kerätyn aineiston käyttötarkoitus sekä säilytystapa ja tutkimuksen julkaisuaika ja -paikka (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 6). Haastateltaville kerrottiin miten tutkimuksen tekijöihin saa tarvittaessa yhteyden sekä se, että tutkimusraportti lähetetään hallintoylihoitajalle ja se julkaistaan Turun ammattikorkeakoulun verkkosivuilla toukokuun aikana. Heille kerrottiin myös, että heidän esimieheltään voi pyytää apua, jos ei itse osaa etsiä koulun verkkosivuilta tutkimusraporttia.

8.2 Vahingoittamisen välttäminen

Tutkittavia kuuluu kohdella arvokkaasti ja haastattelun aikana tutkijan tulee arvioida tutkittavan käyttäytymistä niin, että jos tutkittava vaikuttaa väsyneeltä, pelokkaalta tai muuten sellaiselta, että haluaisi keskeyttää haastattelun, pitää tutkijan se keskeyttää (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7). Haastateltavia kohdeltiin kunnioittavasti ja heidän mielipiteitään kuunneltiin eikä niitä väheksytty. Haastattelutilanne pyrittiin pitämään miellyttävänä ja haastateltavia tarkkailtiin mahdollisen keskeyttämishalun varalta. Tällaista ei kuitenkaan ilmennyt vaan haastateltavat tuntuivat olevan mielellään tilanteessa. Tutkimustulosten täytyy olla hyvin perusteltuja kaikki näkökulmat huomioiden ja vaikka tutkimustulokset eivät välttämättä miellyttäisi tutkimuksen kohteena olleita, täytyy ne esittää totuuden mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 7-8). Tuloksia pyrittiin analysoimaan huolellisesti ja tulokset esitettiin niin kuin ne ovat tutkimuksen mukaan. Kaikkien hoitajien näkökulmat huomioitiin ja kaikkien kannat otettiin yhtä arvokkaina huomioon. Tutkimustulokset on esitetty neutraalisti ja turhaa provosointia on pyritty välttämään.

8.3 Yksityisyys ja tietosuojaja

Yksityisyyden suoja on tutkimuseettisesti tärkeä periaate. Tutkittavien tunnistetietoja eli esimerkiksi nimeä, ikää ja koulutustaustaa ei saa turhaan kysyä vaan niiden kysymiseen pitää olla tutkimuksen kannalta merkitystä. Tunnustuksellisia aineistoja ei saa turhaan säilyttää ja jos niitä tutkimuksessa käytetään, täytyy niiden säilytyksessä olla huolellinen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 8-9.) Haastateltavilta kysyttiin ikää, hoitoalan kokemusta, työvuosia kotihoitossa sekä koulutustaustaa, koska kirjallisuuskatsauksen perusteella voi epäillä, että näillä seikoilla saattaisi olla vaikutusta tutkittavaan aiheeseen. Aineistot säilytettiin huolellisesti. Aineiston arkistoinnille tulee olla tutkittavien lupa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 11). Haastatelluilta ei kysytty arkistointilupaa, vaan heille luvattiin asianmukaisesti tuhota haastatteluaineistot. Haastattelunauhat ja litteroidut haastattelut on hävitetty asianmukaisesti. Tutkimusjulk-

kaisussa, joka on julkinen, pitää tarkoin harkita onko tarpeellista, että tutkittava tunnustetaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 11). Tutkimusraportissa ei ole tutkimuksen kannalta olennaista tunnistaa haastateltavia. Tämän takia heidän anonyymiuttaan pyrittiin varmentamaan muuttamalla autenttiset lainaukset yleiskielelle, eikä kenenkään mielipiteen kohdalla mainittu tunnistetietoja.

9 LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen samalla tavoin kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa tulosten tulkinta on aina tutkijasta riippuvaa ja siihen vaikuttaa hänen persoonallinen näkemyksensä. (Nieminen 1998, 215–216.) Laadullisessa tutkimuksessa on vaarana, että tutkija vakuuttuu tutkimuksen aikana päätelmiensä kuvaavan todellisuutta, vaikkei niin olekaan. Tätä kutsutaan holistiseksi harhaluuloksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 159.) Koska kaksi tutkijaa ovat tehneet päätelmiä yhdessä ja erikseen, on holistisen harhaluulon mahdollisuus pienentynyt.

9.1 Haastatteluaineiston luotettavuus

Koska tarkoituksena on kuvata ilmiötä kokonaisuudessaan, on tarkoituksenmukaista valita niitä henkilöitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät ilmaisemaan itseään hyvin. Tutkija joutuu siis miettimään onko satunnaisotanta paras mahdollinen tapa valita tutkittavat. (Nieminen 1998, 216.) Tutkittavien valintaan vaikuttavat asiat sekä heidän taustatietonsa tulee olla tarkasti selvitettyjä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160). Tutkittavat on valittu nimilistasta satunnaisotannalla ammattinimike huomioiden. Tähän on päädytty, koska jokainen työntekijä on yhtä hyvä informantti. Näin myös sen mahdollisuus pienenee, että tutkittaviksi tulisi ainoastaan asioista kiinnostuneita työntekijöitä.

Haastatteluteemojen tulee käydä ilmi raportissa. Liian suppeat haastattelukysymykset saattavat aiheuttaa sen, että tutkittava ei pysty tuomaan omaa näkemystään kokonaisuudessaan esille. Tällöin tutkija on luultavimmin laatinut kysymykset omasta näkökulmastaan painottaen hänen mielestään tärkeitä asioita. Liian väljät kysymykset taas tuottavat turhaa aineistoa tutkijalle. (Nieminen 1998, 217.) Haastatteluteemat on luotu kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja testattu kahdessa ensimmäisessä haastattelussa. Koska haastatteluteemat osoittautuivat hyviksi, niitä ei muutettu. Tulosten luotettavuuden lisäämiseksi asioita kysyttiin sekä suorilla että epäsuorilla kysymyksillä. Näin saadaan varmemmin monipuolisesti aineistoa.

Vapaamuotoisten haastattelujen ongelmana on, että haastateltava saattaa joko tahattomasti tai tahallaan jättää olennaisia asioita kertomatta tai antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia. Tutkijan pitää arvioida kuinka totuuden mukaisesti haastateltava vastaa kysymyksiin. Haastattelupäiväkirjan pito lisää tältä osin tutkimuksen luotettavuutta. (Nieminen 1998, 217.) Haastatteluissa on pyritty luomaan luottamuksellinen ilmapiiri ja korostettu haastateltaville, että heitä ei voi tutkimustuloksista tunnistaa. Haastattelupäiväkirjaa pidettiin, johon kirjattiin haastattelujen jälkeen tuntemuksia haastattelutilanteista. Haastattelijoiden kokemattomuus heikentää haastatteluiden luotettavuutta, koska he olivat itsekin jännittyneitä haastattelutilanteissa. Osassa haastattelutilanteista haastatteliijoille jäi tuntemus sosiaalisesti hyväksyttävien vastausten antamisesta. Tätä on tulosten tulkinnassa otettu huomioon. Tämä vähentää kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkittavan tapahtuman ja haastattelun välinen aika saattaa vaikuttaa haastattelutuloksiin. Tutkittava on esimerkiksi unohtanut tapahtuneesta jotain tai käsitellyään asiaa muiden ihmisten kanssa on hänen käsityksensä asiasta muuttunut. (Nieminen 1998, 217.) Tutkimusaihe kerrottiin tutkittaville tutkimuseettisistä syistä etukäteen, joten tutkittavat ovat saattaneet tutustua aiheeseen etukäteen sekä keskustella siitä muiden työntekijöiden ja esimiehen kanssa. Vastauksista kävi ilmi, että osa haastateltavista oli tutustunut aiheeseen etukäteen. Tämä

vaikutti tulokseen niin, että haastateltavat tunsivat aiheen todellista tilannetta paremmin.

9.2 Analyysin luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija tulkitsee aineistoa luomalla luokituksia, jotka ovat aineistosta lähtöisin. Tämä vaatii tutkijalta luovuutta ja kykyä tarkastella asioita monista eri näkökulmista. Ei ole yhtä oikeaa tapaa tehdä tulkintaa vaan tutkijan persoonallisuus vaikuttaa siihen. (Nieminen 1998, 219.)

Tutkijan pitää pystyä perustelemaan luokitteluperusteensa ja esittämään ne tutkimusraportissa niin selkeästi, että lukija pystyy arvioimaan luokittelun onnistumista (Nieminen 1998, 219). Luokittelun pitää olla perusteltu ja looginen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 163). Luokittelut tehtiin aineistolähtöisesti ja loogisesti. Tutkijat luokittelivat aineistot ensin erikseen, jonka jälkeen saatuja luokkia verrattiin keskenään. Luokittelut olivat suurimmaksi osaksi yhteneväiset. Aineistoa tutkimalla pienistä yhteneväisyseroista päästiin yksimielisyyteen. Näin loogisuus ja perusteltavuus paranivat.

Aineiston analyysi etenee yksittäisestä konkreettisesta tasosta yleiseen abstraktiin tasoon. Luokkien pitää olla tutkimuksen luotettavuuden kannalta toisensa poissulkevia. (Nieminen 1998, 219.) Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu myös se, että luokitukset kattavat koko aineiston sekä se, että aineisto on tarpeeksi monipuolista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160–162). Haastatteleaineisto alkoi kylläntyä viimeisten haastattelujen kohdalla, joten voidaan olettaa, että aineisto on tarpeeksi monipuolista. Koska tutkijat luokittelivat aineiston ensin itsenäisesti, varmisti se myös sitä, että aineisto käytettiin kokonaan ja luokittelu kattoi sen kokonaisuudessaan.

9.3 Raportoinnin ja tulosten luotettavuus

Voidaan katsoa, että laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. Erilaiset lähestymistavat tutkittavaan asiaan vaativat erilaiset kriteeristöt luotettavuuden kannalta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160.)

Raportin pitää olla selkeästi kirjoitettu, jotta lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä sekä arvioimaan siinä onnistumista. Tutkijan pitää saada lukijansa vakuuttuneeksi luokitteluista sekä tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Niemi 1998, 220.) Lukijalle pitää välittyä myös kuva tutkimuksen vahvuuksista ja rajoituksista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160). Raportti on pyritty kirjoittamaan niin selkeästi, että lukijan on helppo seurata aineiston luokittelua.

Autenttisia lainauksia käytetään raportoinnissa tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi sekä siksi, että lukijan on näin helpompi seurata aineiston analysointia. Suorien lainausten kohdalla tutkijan tulee huomioida mahdollinen tutkittavan tunnistamisvaara. Alkuperäisten lainausten muuttaminen yleiskielelle onkin suositeltavaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 160–161.) Aineistosta otetuista lainauksista olisi puhetyylin vuoksi osa haastateltavista ollut tunnistettavissa, joten kaikki lainaukset on muutettu yleiskieltä vastaaviksi. Lainaukset on valittu helpottamaan analysoinnin seuraamista. Selkeästi kirjoitettu raportti ja asianmukaiset autenttiset lainaukset yhdessä parantavat tutkimuksen uskottavuutta.

Tulosten siirrettävyys tarkoittaa tulosten yleistettävyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 158–160) eli tulisiko muilta Turun kotihoidon lähipalvelualueilta samansuuntaisia tuloksia kuin tässä tutkimuksessa. Koska tulokset tutkittujen lähipalvelualueiden välillä vaihtelivat suuresti, tutkimuksen siirrettävyys heikkenee.

Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että prosessin kulku on seurattavissa. Vahvistettavuus on laadullisessa tutkimuksessa haastava osa-alue, sillä eri tutkijat saattavat saman aineiston perusteella päätyä eri tulkintoihin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Raportti on pyritty kirjoittamaan siten, että tutkijoiden ajatusprosesseja on helppo seurata ja siitä näkyy, miten luokittelu on syntynyt. Omalta osaltaan vahvistettavuutta parantaa kahden tutkijan yhteistyö.

Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja ovat Medic, Medline ja Cinahl. Hakusanoja olivat potilasturvallisuus (patient safety), hoitotyö (nursing), dokumentaatio (documentation), turvallisuushallinta (safety management), riskin hallinta (risk management), lääketieteelliset virheet (medical errors) ja kotisairaanhoido (home care services). Tiedonhaussa on käytetty myös HaiPron, WHO:n ja STM:n internetsivuja sekä mekaanista hakua esimerkiksi kirjoista ja hoitotieteellisistä lehdistä. Kirjoitusprosessissa on huolellisesti pyritty välttämään plagiointia.

10 TULOKSET

Tutkimusta varten haastateltiin neljää sairaanhoitajaa ja kuutta lähihoitajaa. Sairaanhoitajien keski-ikä oli 43,5 vuotta ja vaihteluväli oli 40–47 vuotta. Keskimäärin he olivat olleet hoitoalalla 19 vuotta ja kotihoidossa töissä 15 vuotta. Hoitoalalla he olivat työskennelleet 10 vuodesta 23 vuoteen ja kotihoidossa seitsemästä vuodesta 23 vuoteen. Lähihoitajien keski-ikä oli 39,7 vuotta ja vaihteluväli 24–58 vuotta. Hoitoalalla he olivat keskimäärin työskennelleet keskimäärin 5 vuotta ja kotihoidossa 10 vuotta. Hoitoalalla he olivat työskennelleet kahdesta yhdeksään vuoteen ja kotihoidossa he olivat olleet yhdestä vuodesta kahteenkymmeneen. Joukossa oli sellaisia lähihoitajia, jotka olivat ennen työskennelleet kotipalvelussa kodinhoitajina tai kotiavustajina ja kouluttautuneet myöhemmin lähihoitajiksi.

Tutkimuksen tuloksissa kuvataan ensin HaiPro-raportointijärjestelmän käyttöä hoitajien näkökulmasta keskittyen HaiPron mekaaniseen käyttöön. Ilmoitusaktii-

visuuteen vaikuttavat tekijät on jaettu karkeasti estäviin ja edistäviin kokonaiskuvan selkeyttämiseksi.

10.1 HaiPron käyttö hoitajien näkökulmasta

Kaikki hoitajat kertoivat työpaikalla käytettävän HaiProta vain lääkehoitoon liittyviin poikkeamiin. Vain yksi hoitajista pohti, että ilmoituksia pitäisi tehdä muistakin vaaratilanteista. Hoitajat tunnistivat omien kokemustensa mukaan hyvin vaaratapahtumia. Kun erilaisista vaaratilanteista hoitajien kanssa keskusteltiin, kävi ilmi, että hoitajien näkemykset vaaratilanteista olivat hyvin vaihtelevat. Sairaanhoidajat tunnistivat paremmin myös läheltä piti -tilanteet vaaratapahtumiksi kuin lähihoitajat. Osa hoitajista koki vasta vakavan haittatapahtuman vaaratilanteena. Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat tunnistettiin paremmin kuin muut.

Mielestäni ei ole ollut mitään niin tärkeää, että mistään olisi ollut mitään haittaa... lääkkeissä nyt jotain, mutta hyvin vaarattomia.

Haastatelluista sairaanhoitajista kolme tunsii HaiPron käsittelyprosessin eli tiesivät mitä ilmoitukselle tapahtuu sen tekemisen jälkeen. Yksi sairaanhoitajista ei tuntenut käsittelyprosessia lainkaan. Suurimmalle osalle lähihoitajista käsittelyprosessi oli vieras. Muutama tiesi, että ilmoituksia kootaan ja niitä käsitellään, kuitenkin tarkempaa tietämystä ei ollut.

Kolme sairaanhoitajaa oli tehnyt HaiPro ilmoituksia ja yksi oli tehnyt niitä työkaaverin avustamana. Lähihoitajista vain kaksi oli tehnyt ilmoituksia ja neljä ei ollut tehnyt yhtäkään ilmoitusta. Suurin osa hoitajista muisteli HaiPron tulleen sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen aikoihin. Kuitenkin hoitajat olivat sitä mieltä, että ilmoitusten tekemisestä oli aloitettu puhumaan vasta lähiaikoina.

Ilmoituksia paljon tehneet hoitajat kokivat lomakkeen täytön olevan helppoa. Hoitajat, jotka olivat tehneet ilmoituksia vähän tai ei lainkaan kokivat epävarmuutta ilmoituksen täytöstä. He kuitenkin pohtivat lomakkeen täytön helpottuvan, jos ilmoituksia vain alkaisi tehdä. Vaikka suurin osa hoitajista mainitsi, että

lomake oli helppo löytää, oli se osalle epäselvää. Jotkut hoitajat kokivat vaikeudeksi ilmaista itseään selkeästi ja lyhyesti ilmoitukseen.

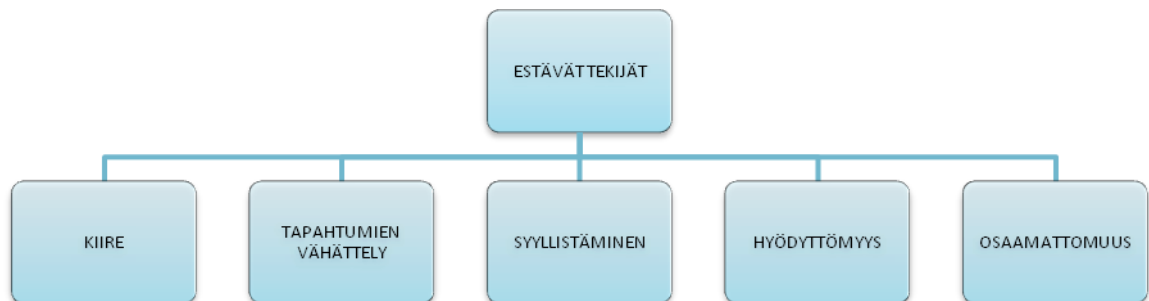
Se on ihan helppo täyttää ja siinä ei ole liikaa klikkailua ja vaihtoehtoja.

Pitäisi varmaan tehdä enemmän, että se tulisi helpommaksi.

Hoitajien iällä tai hoitoalalla työskentelyn pituudella ei tuntunut aineiston perusteella olevan suurtakaan merkitystä ilmoitusaktiivisuuteen. Suurempi merkitys tuntui olevan koulutustasolla.

10.2 Ilmoitusaktiivisuutta estävät tekijät

Estävillä tekijöillä tarkoitetaan niitä asioita, jotka heikentävät ilmoitusaktiivisuutta. Aineiston perusteella estävät tekijät jakoutuivat seuraavan kuvion mukaisesti.



Kuvio 1. Ilmoitusaktiivisuutta estävät tekijät

Kysyimme estäviä tekijöitä sekä suoralla kysymyksellä että epäsuorilla. Molemmilla tavoilla samat asiat nousivat esille. Sama tekijä oli toiselle hoitajalle estävä ja toiselle edistävä tekijä, kuten atk-aidot. Kaikilla estävillä tekijöillä ei ollut yhtä suuri vaikutus ilmoitusaktiivisuuteen. Osa estävistä tekijöistä aiheutti sen etteivät hoitajat tehneet ollenkaan ilmoituksia, kun taas osa vähensi ilmoitusaktiivisuutta ajoittain.

10.2.1 Kiire

Suurimmaksi estäväksi tekijäksi nousi kiire, jonka lähes kaikki hoitajat mainitsivat. Hoitajat kuvailivat kiirettä monella eri tavalla. Aineiston perusteella kiire muodostuu seuraavan kuvion mukaisista luokista.



Kuvio 2. Kiire

Monet hoitajat kuvailivat työtaakan lisääntyneen sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen jälkeen. Hoitajat kokivat työmäärän olevan suuri ja kirjallisten töiden vievän muutenkin paljon aikaa potilastyöltä. HaiPro-ilmoitusten koettiin lisäävän työmäärää.

Itsellä on tuhat asiaa mielessä ja puhelin soi melkein koko ajan.

Tiimiläisillä on niin kiire, että he eivät ehtisi tekemään niitä.

Osa kertoi ilmoituksen tekemisen unohtuvan, kun sitä ei ehdi tekemään pian tapahtuman jälkeen. Ilmoituksen tekeminen voi työmäärän vuoksi siirtyä jopa seuraavaan päivään ja jotkut kertoivat tekevänsä kerralla monta ilmoitusta. Tietokoneiden vähyden muutama lähihoitaja koki ongelmalliseksi sillä he joutuivat odottamaan pääsevänsä kirjaamaan. Tämän vuoksi monesti koneella ehtii tehdä vain aivan pakolliset kirjaukset ja HaiPro-ilmoitus jää tekemättä. Jokaisella sairaanhoitajalla oli oma tietokone, joten koneiden vähyys ei koskenut heitä. Koska osa lähihoitajista teki HaiPro-ilmoituksen sairaanhoitajan kanssa, oli yhteisen ajan löytäminen haastavaa.

10.2.2 Tapahtumien vähättely

Toiseksi suurimmaksi estäväksi tekijäksi hoitajat kuvailivat tapahtumien vähättelyn. Tällä tarkoitetaan sitä, että tapahtunutta vaaratilannetta ei koettu niin vakavaksi, että siitä olisi kannattanut tehdä HaiPro-ilmoitusta. Osa hoitajista kuvaili, että haitan pitää olla vakava ennen kuin siitä kannattaa tehdä ilmoitus. Hoitajat eivät myös nähneet muita kuin lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia niin merkittäviksi, että niistä kannattaisi tehdä ilmoituksia.

En ole nähnyt sitä sellaisena, että se olisi niin iso juttu.

Läheltä piti -tilanteita kaikki hoitajat eivät koe sellaiseksi, joita pitäisi kirjata HaiProhon. He kokivat, että vasta sellaiset tilanteet, joissa asiakkaalle on tapahtuneesta seurannut haittaa, pitää ilmoittaa. Jotkut hoitajat mainitsivat myös, että usein toistuvista tilanteista ei tehdä lainkaan tai toistuvasti ilmoituksia. Hoitajat kokivat turhaksi toistaa samankaltaisista tapahtumista tehtäviä ilmoituksia, koska kokivat yhden ilmoituksen asiasta riittävän.

Se on jo huomioitu ennen kuin vahinko on tullut.

Sellaisia on jäänyt kyllä tekemättä, koska välillä niitä sattuu niin usein.

10.2.3 Syyllistäminen

Kaikki hoitajat kertoivat työpaikan ilmapiirin syyllistämättömäksi eli sellaiseksi, jossa virheisiin ei etsitä syyllistä ja virheen tekijä ei ole ammattitaidoton. Kuitenkin osa heistä uskoi muiden työntekijöiden pelkäävän syyllisten hakemista. Haastattelutilanteissa tuli silti sellainen tuntuma, että nämä samat hoitajat kokivat itsekin työpaikalla olevan syyllistämistä. Näiden hoitajien vastauksista sai kuvan työpaikasta, jossa virheitä peitellään ammattitaidottomaksi ja huolimattomaksi leimaamisen pelossa. Kuitenkin vain harva hoitaja koki HaiPron olevan sitä varten, että työntekijöiden ammattitaitoa tarkkaillaan tai ajatteli osan työntekijöistä kokevan HaiPron olevan syyllisten löytämistä varten.

Koska me (sairaanhoitajat) ollaan nyt sitten lähihoitajien urkkijoita ja etsitään niitä virheitä tai he kokevat sen tietekin niin.

Meillä ollaan aika varovaisia vielä ja aika hiljaa siitä, jos joku tekee virheen.

Varmaan halutaan seurata millaisia työntekijöitä me olemme.

10.2.4 HaiPron hyödyttömyys

Muutama lähihoitaja koki HaiPron hyödyttömäksi. Osa näistä hoitajista koki heidän työpaikallaan puhuttavan muutenkin asioista niin avoimesti, että virhetilanteet tulevat ilmi ja asioihin puututaan. Tiimi- ja kuukausipalavereissa näiden hoitajien kertomana puhuttiin tapahtuneista vaaratapahtumista, potilasturvallisuudesta ja toimintatapojen kehittämisestä. Kaikki sairaanhoitajat kokivat HaiPron hyödylliseksi.

Koska minun mielestä se on ihan turhaa, koska me puhumme muutenkin avoimesti kaikesta.

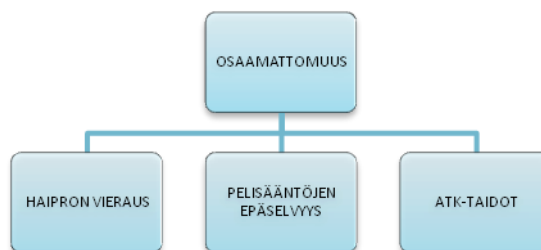
HaiPro-ilmoitusten käsittelyprosessin heikko tuntemus aiheutti aineiston perusteella kokemuksen ilmoitusten hyödyttömyydestä. Lähihoitajista suurimmalle osalle käsittelyprosessi oli vieras, kun taas sairaanhoitajista lähes kaikki tunsivat sen. Hyödyttömyyden tuntemus oli yhteydessä heikkoon ilmoitusaktiivisuuteen.

Minä toivon, että jos niitä tehdään, niin siitä olisi jotain hyötyä vastaisuudessakin.

Ettei niitä tehdä vain tekemisen ilosta, että joku oikeasti paneutuu niihin.

10.2.5 Osaamattomuus

Ilmoitusaktiivisuutta heikensi osaltaan se, etteivät kaikki hoitajat osanneet tehdä ilmoituksia. Osaamattomuuden syyt jakautuivat aineiston perusteella seuraavan kuvion mukaisesti.



Kuvio 3. Osaamattomuus

Jotkut hoitajat kertoivat HaiPron olevan vieras, koska eivät ole sitä käyttäneet. Osa lähihoitajista luotti siihen, että sairaanhoitajat tekevät HaiPro-ilmoitukset heidän puolestaan. He uskoivat, että käyttämällä järjestelmää se tulisi nopeasti tutuksi ja helpoksi. Hoitajien kokemuksen mukaan sijaiset eivät tee HaiPro-ilmoituksia.

Kaikille hoitajille ei ollut selvää millaisista tapahtumista ilmoituksia pitäisi tehdä. He pohtivat pitääkö ilmoituksia tehdä muustakin kuin lääkehoitoon liittyvistä asioista tai läheltä piti -tilanteista. Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että HaiPro-ilmoituksia tehdään lääkehoitoon liittyvistä asioista. Yksi mieltä kuitenkin pitäisi tehdä muistakin asioista, vaikka hänen mielestään HaiPro-ilmoitukset muista asioista, kuten kaatumisista, on liian hidas tapa reagoida tapahtumiin. Viisi lähihoitajaa oli sitä mieltä, että ilmoituksia tehdään vain lääkehoitoon liittyvistä asioista ja yksi oli sitä mieltä, että kaikesta mikä vaikuttaa asiakkaan turvallisuuteen pitäisi ilmoitus tehdä. Kuitenkin kaikki esimerkit mitkä hän antoi ilmoitusten tekotilanteista, liittyivät lääkehoitoon. Tämän vuoksi kirjoitettuja pelisääntöjä kaivattiin.

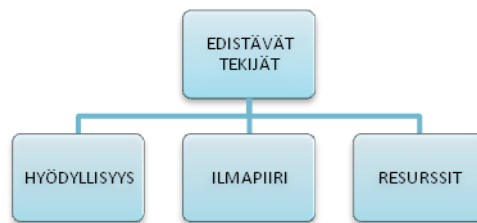
Minusta tuntuu, että se tuli vähän puun takaa se, että se olisi sellainen ja tällainen ja että nyt tehdään näin. Että minulle on jäänyt se hiukan sellaiseksi epäselväksi.

Osalla hoitajista atk-aidot olivat heikot. He kuvasivat tietotekniikan olevan heille hyvin vierasta ja taidot rajoittuvat vain välttämättömimpään. He kokivat tietokoneen olevan niin epämiellyttävä työväline, että se rajoittaa heidän ilmoitusaktiivisuuttaan.

Koska minä en ole sitä sukupolvea, joka on syntynyt tietokone sylissä.

10.3 Ilmoitusaktiivisuutta edistävät tekijät

Edistävillä tekijöillä tarkoitetaan niitä asioita, jotka lisäävät ilmoitusaktiivisuutta. Aineiston perusteella edistävät tekijät jakautuivat seuraavan kuvion mukaisesti.

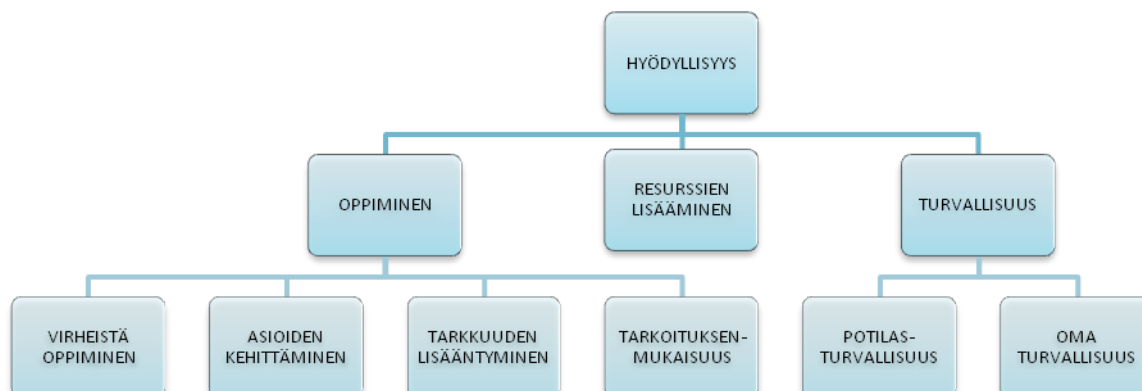


Kuvio 4. Ilmoitusaktiivisuutta edistävät tekijät

Kysyimme edistäviä tekijöitä sekä suoralla kysymyksellä että epäsuorasti. Epäsuorilla kysymyksillä täydentyivät suoralla kysymyksellä saadut vastaukset. Samoin kuin estävissä tekijöissä myös edistävissä tekijöissä toiset asiat vaikuttivat ilmoitusaktiivisuuteen vahvemmin kuin toiset. Edistävissä tekijöissä käsitelään osittain samoja tekijöitä kuin estävissä, koska sama tekijä vaikuttaa toiselle estävästi ja toiselle taas edistävästi.

10.3.1 Hyödyllisyys

Tärkeimmäksi motivoivaksi tekijäksi nousi aineiston perusteella hyödyllisyys. Hoitajat kuvailivat HaiPron hyötyjä monista eri näkökulmista. Suurin osa hoitajista koki, että HaiProsta on ainakin jotain hyötyä. Aineiston perusteella hyödyllisyys luokiteltiin seuraavan kuvion mukaisesti.



Kuvio 5. Hyödyllisyys

Useat hoitajat kokivat HaiPron edistävän virheistä oppimista, asioiden kehittämistä ja tarkkuuden lisääntymistä. Kun ilmoituksia tehtiin, joutui itse miettimään miten tilanteen olisi voinut välttää. Ilmoituksia yhdessä käsiteltäessä opittiin myös toisten virheistä ja huomattiin missä kaikissa kohdissa virheitä voi tulla ja tarkkuutta olisi lisättävä.

Kyllä se asia pitää selvittää ja korjata ja taas oppii siitä, että mitä jatkossa tehdään ettei sattuisi mitään.

Virhetilanteiden käsittely lisäsi käytäntöjen parantamista eli asioita kehitettiin. Yhtäkään konkreettista muutosta työpaikan toimintatavoissa hoitajat eivät osanneet nimetä, mutta osa hoitajista koki HaiPron kuitenkin vaikuttaneen positiivisesti potilasturvallisuuteen. Ilmoitusten teon tarkoituksenmukaisuuden ymmärtäminen lisäsi hoitajien kuvailun mukaan ilmoitusaktiivisuutta. Kun hoitajat tietävät miksi ilmoituksia tehdään ja mitä muutoksia ilmoitusten perusteella tapahtuu, he ymmärtävät mitä hyötyä on tehdä ilmoituksia.

Jotkut kokivat ilmoitusten teon antavan mahdollisuuden saada lisää resursseja. Ilmoituksista esimiehet ja ylempi johtoporras näkevät kuinka paljon virheitä tulee

kiireen ja työntekijöiden vähyden vuoksi. Samalla erilaisten täydennyskoulutusten tarve tulee näkyviin.

Mitä enemmän niitä tulee, niin sitä enemmän esimiestason täytyy koulutusta järjestää ja resursseja.

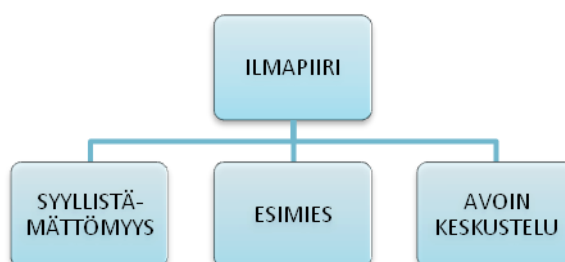
Potilasturvallisuuden parantuminen koettiin edistäväksi tekijäksi. Koko aineistosta kävi ilmi, että ilmoituksia tehdään vain lääkehoitoon liittyvistä vaaratapahatumista. Hoitajat kokivat HaiPro-ilmoitusten parantavan lääkehoidon laatua. Hoitajat kertoivat, että lääkkeet jaetaan dosetteihin ihmisten kodeissa. Tilanteessa on paljon häiritseviä tekijöitä ja usein lääkkeen ottoa ei ehditä tarkkailemaan. Ilmoitusten pohjalta on onnistuttu kartoittamaan pahimpia riskitilanteita. Jotkut hoitajat kokivat HaiPron lisäävän heidän omaa oikeusturvaansa.

Lääkehoito on niin vaativaa, että siihen tarvitaan aikaa. Koska me olemme yhdistyneet sosiaali- ja terveystoimeksi, niin siellähän tehdään kotona vaikka mitä temppeja muitakin.

Se turvaa minunkin taustani, jos jotakin on nähty.

10.3.2 Työpaikan ilmapiiri

Ilmapiiri korostui hoitajien vastauksista ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavana tekijänä. Ilmoitusaktiivisuutta parantavat tekijät ovat ilmapiirin osalta luokiteltu alla olevan kuvion mukaisesti.



Kuvio 6. Ilmapiiri

Positiivinen ilmapiiri, jossa syyllisiä ei etsitä eikä virheiden tekijöitä pidetä ammattitaidottomina, edisti hoitajien kokemuksen mukaan ilmoitusten tekoa. Kun asioista keskusteltiin avoimesti, ymmärrettiin että virheitä sattuu kaikille eikä

niitä tarvitse hävetä tai peitellä. Sama asia tulee ilmi, kun ilmoituksia uskalletaan tehdä, joka osaltaan lisää ilmoitusaktiivisuutta. Hoitajat kertoivat, että heidän tiimipalavereissaan HaiPro-ilmoituksista keskustellaan yhdessä. Aineiston perusteella voidaan havaita, että esimiehen rooli positiivisen ja avoimen ilmapiirin luomisessa on suuri. Esimies, joka ottaa asiat puheeksi ilman syyllistäväää sävyä sekä ymmärtää jokaisen hoitajan inhimillisyyden, parantaa hoitajien kuvauksen mukaan ilmapiiriä. Esimiehen kannustus ilmoitusten tekoon koettiin myös tärkeäksi.

Se ei ole sitten sellainen syntilistä, että kuinka monta HaiPro-merkkiä sinulla on siellä.

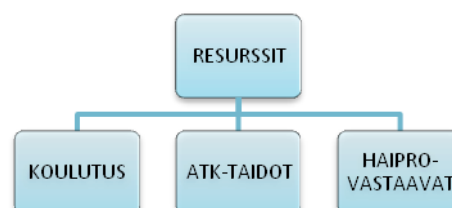
Virheitä sattuu, me olemme kaikki ihmisiä.

Esimieskin sanoi, että kyllä sitten kaikki sinne. Ettei tarvitse ajatella ettei se ole tarpeeksi suuri ja mahtava juttu.

Aineiston perusteella tuli sellainen kuva, että jos työpaikalla potilasturvallisuutta pidetään erittäin tärkeänä, lisää se myös ilmoitusaktiivisuutta. Kun esimies ja hoitajat keskustelevat avoimesti potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista ja pitävät niitä tärkeinä, koetaan HaiPro hyvänä työkaluna potilasturvallisuuden lisäämiseksi.

10.3.3 Resurssit

Osa resursseista, kuten atk-taidot, ovat käytännössä välttämättömiä, mutta haastattelujen perusteella ne eivät näyttäyty merkittävässä roolissa ilmoitusaktiivisuuden parantamisessa. Aineiston perusteella resurssit luokiteltiin seuraavan kuvion mukaisesti.



Kuvio 7. Resurssit

Osa työntekijöistä oli saanut HaiPro-koulutusta. Koulutuksen myötä HaiPron käyttö ja hyöty olivat tulleet selvemmiksi, mutta käytännössä koulutus ei kuitenkaan tämän aineiston perusteella ollut lisännyt ilmoitusaktiivisuutta. Hoitajat olivat kokeneet koulutuksen olleen huono, nyt koulutusta kuitenkin järjestetään lisää. Hoitajat kokivat tämän olevan hyvä asia ja saattavan vaikuttaa ilmoitusaktiivisuuteen parantavasti. Varsinkin sairaanhoitajat kokivat, että nyt kun lähihoitajatkin oppivat itsenäisesti tekemään ilmoituksia, tulee se näkymään ilmoitusten määrässä. Osa hoitajista kertoi koulutuksia olevan ylipäättään niin paljon, että niihin kyllästyy. Jotkut hoitajat kokivat oppivansa parhaiten, kun saavat henkilökohtaista opetusta eivätkä luennot palvele heidän tarpeitaan.

Suurin osa hoitajista kuvaili atk-taitojensa olevan riittävän hyvät ilmoituksen tekeen. Tietotekniikkakoulutuksiin on mahdollisuus mennä sekä työkavereilta saa apua ja tukea tarvittaessa. HaiPro-vastaavan olemassaolo paransi hoitajien kuvaamana ilmoitusaktiivisuutta. Vastaava muistuttaa ilmoitusten teosta ja auttaa ilmoitusten tekemisessä käytännössä.

Meillä on vastuukäyttäjiä kuitenkin aika paljon tässä sakissa. Kyllä sieltä aina sen tuen saa, ainakin puhelimitse jollei muuten.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

11.1 HaiPron käyttö hoitajien kuvaamana

Vaaratapahtumien raportointia varten on oltava koko terveydenhuoltohenkilökunnan ulottuvilla oleva järjestelmä (WHO 2010, 3). Uuden terveydenhuoltolain hengen mukaan terveydenhoidon ammattilaisten tulee sitoutua edistämään potilasturvallisuutta (Eduskunta 2010). HaiPron avulla potilasturvallisuutta voidaan parantaa virheistä oppimalla (HaiPro). Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että hoitajat tekevät ilmoituksia hyvin vaihtelevasti. Aikaisemman tutkimustuloksen mukaan lähihoitajilla on puutteita kirjaamisessa (Alenius & Isosalmi 2010, 39–40)

ja tämän tutkimuksen mukaan he tekivätkin huomattavasti vähemmän ilmoituksia kuin sairaanhoitajat.

Vaaratapahtumien tunnistamisessa havaittiin tässä tutkimuksessa kotihoidon hoitajilla puutteita, kuten myös Vaasan keskussairaalassa (Kinnunen 2008, 59) ja HYKS:in Peijaksen sairaalassa (Mustajoki 2005, 2623–2625). Vaikka kotona asuvilla ikääntyneillä kaatuminen on yleisin tapaturma (Hägg ym. 2007, 38), Turun kotihoidon hoitajat kertoivat tekevänsä ilmoituksia vain lääkehoitoon liittyvistä tilanteista. Yleisesti ilmoituksia tehdään 15–50 %:ssa haittatapahtumista (Lundgren-Laine & Suominen 2006, Antonowin ym. 2000, 42–48 mukaan).

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän tulee olla käyttäjäystävällinen (Doubi 2009, 38). Kuten Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveyskeskussairaalassa (Avelin & Lepola 2008, 44) tehdyn tutkimuksen mukaan, myös tämän tutkimuksen mukaan itse ilmoituslomakkeen täyttäminen on helppoa.

11.2 Ilmoitusaktiivisuuden vaikuttavat tekijät hoitajien kokemana

Aiempien tutkimusten mukaan kiire ja sen aiheuttamat unohdukset laskevat ilmoitusaktiivisuutta (Avelin & Lepola 2008, 44; Koivunen ym. 2007, 13–14). Vaasan keskussairaassa tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat, etteivät he ehdi täyttää ilmoituksia (Kinnunen 2008, 65). Kotihoidossa ammattitaitoisesta työvoimasta on pulaa (Ekroos 2004, 43) ja työntekijöillä on kiire (Eloranta ym. 2009, 140–143; Kivimäki ym. 2004, 24–31; Alenius & Isosalmi 2010, 39–40). Tässä tutkimuksessa kiire nousi merkittävimmäksi ilmoitusaktiivisuuden vaikuttavaksi estäväksi tekijäksi. Hoitajat kuvasivat kiireen johtuvan pääasiassa suuresta työmäärästä, joka on sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen jälkeen lisääntynyt, ja johtavan joskus ilmoituksen teon unohtamiseen. Lähihoitajat mainitsivat vaikuttavana tekijänä myös tietokoneiden vähyyden, jolloin koneella tehdään vain pakolliset kirjaukset. Samankaltaisia tuloksia tietokoneiden riittämättömästä määrästä ovat saaneet myös Hallila (2005, 14) sekä Sinervo ja von

Fieandt (2005, 60). Turun kotihoidossa jokaisella sairaanhoitajalla on oma tietokone käytössään, joten koneiden vähyyden tuoma ongelma ei koske heitä. Kirjallisten töiden määrä koettiin muutenkin liialliseksi, kuten Kivimäki ym. (2004, 24–31) ovat myös todenneet. Näin ollen edeltävät tutkimukset tukevat tämän tutkimuksen tuloksia kiireen osalta. Tästä aineistosta nousi erikoisuutena sairaan- ja lähihoitajien yhteisen ajan puute ilmoitusten tekoon, jonkalaista toimintatapaa aiemmissa tutkimuksissa ei esiintynyt.

Tämän tutkimuksen mukaan tilanteiden vähättely oli toiseksi merkittävin ilmoitusaktiivisuutta heikentävä tekijä. Hughes ja Ortiz (2005, 21), Avelin ja Lepola (2008, 44) sekä Kinnunen (2009,126) ovat päätyneet tämän tutkimuksen kanssa samanlaisiin tuloksiin siitä, että hoitajat jättävät ilmoituksen tekemättä, koska eivät ole kokeneet haittatapahtumaa merkitykselliseksi tai se on ollut läheltä piti-tapahtuma. Pietikäinen ym. (2010, 9) painottavat Amalbertin ym. (2006) mukaan, että tavanomaiset vaaratapahtumat saattavat jäädä ilmoittamatta ja tämän tutkimuksen hoitajat kuvailivat samaa tilannetta. Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat vain lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat tarpeeksi merkittäviksi, että niistä kannattaa tehdä ilmoitus.

WHO:n suosituksen (2005, 10) mukaan vaaratapahtumien raportoinnin on oltava ilmoittajaa syylistämätöntä. Edeltävissä tutkimuksissa on nähtävissä kahdenlaisia tuloksia syylistämisen pelosta. Hughes ja Ortiz (2005, 21) sekä Kinnunen (2009, 126) esittävät syylistämisen pelon aiheuttavan raportoimattomuutta, kun taas Koivusen ym. (2007, 13–14) mukaan syylistämisen pelko ei ollut ilmoitusaktiivisuutta alentava tekijä. Tässä tutkimuksessa osa hoitajista uskoi muiden työntekijöiden pelkäävän syylistämistä, kun taas osa hoitajista ei uskonut tällaista olevan. Selvää yhteyttä ilmoitusaktiivisuuteen ei tässä aineistossa näkynyt, vaikka viitteitä tästä esiintyi.

Euroopan yhteisön komissio (2005) painottaa avointa ilmapiiriä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Kotihoidossa on ongelmia henkilöstöryhmien välillä (Kivimäki ym. 2004, 24–31), jotka ovat sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen

myötä entisestään vaikeutuneet (Eloranta ym. 2009, 140–143). Myönteisen ilmapiirin rakentamisessa esimiehen kannustuksella oli merkittävä asema tämän tutkimuksen ja Vaasan keskussairaalassa (Kinnunen 2008, 72–80) tehdyn tutkimuksen mukaan. Osa tähän tutkimukseen osallistuneista hoitajista kuvaili työpaikalla käytävän avointa ja syyllistämätöntä keskustelua, kuten Hämeenlinnassa (Avelin & Lepola 2008, 49).

Tämän tutkimuksen mukaan HaiPro koettiin siinä mielessä hyödyttömäksi, että asioista puhuttiin muutenkin tarpeeksi avoimesti, kuten osa Vaasan keskussairaalan osastoistakin perusteli HaiPro-vastarintaansa Kinnusen (2008, 80) tutkimuksessa. Turun kotihoidossa tämän tutkimuksen tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat HaiPron hyödyllisemmäksi kuin lähihoitajat. HaiPro-ilmoitusten käsittelyprosessin heikko tuntemus, hyödyttömyyden tunne ja heikko ilmoitusaktiivisuus olivat selvässä yhteydessä keskenään. WHO:n suosituksessa (2005,10) todetaan vaaratapahtumien raportoinnista olevan hyötyä vain, mikäli se johtaa rakentavaan lopputulokseen. Koivunen ym. (2007, 13–14) korostaa hyödyttömyyden turhauttavan ja johtavan ilmoitusaktiivisuuden laskuun. Yksikään tähän tutkimukseen haastatelluista hoitajista ei osannut nimetä yhtäkään HaiPron myötä tullutta konkreettista muutosta.

HaiPron hyödyllisyys potilasturvallisuuden kehittämisessä korostui tärkeimpänä yksittäisenä ilmoitusten tekoa motivoivana tekijänä tässä tutkimuksessa. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet Kinnunen (2008, 72–80) Vaasan keskussairaalassa, Mustajoki (2005, 2623–2625) HYKS:in Peijaksen sairaalassa ja Avelin & Lepola (2008, 49) Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveyskeskussairaalasta. Reiman & Oedewald (2009, 54) toteavat rehellisen palautteen edistävän työntekijöiden motivaatiota asioiden kehittämiseen ja epäkohtien esille tuomiseen. Tässä tutkimuksessa HaiPron todettiin edistävän virheistä oppimista, asioiden kehittämistä ja tarkkuuden lisääntymistä. Ilmoitusten käsittely yhdessä lisäsi käytäntöjen parantamista. Vaikka hoitajat eivät osanneet nimetä konkreettisia muutoksia, oli potilasturvallisuus silti heidän mielestään

parantunut. Osa hoitajista koki HaiPron lisäävän myös heidän omaa oikeusturvaansa.

Pietikäinen ym. (2010, 24) ovat todenneet, että vaaratapahtumien raportoinnille on oltava selkeät pelisäännöt. Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat epäselvyyttä siitä, mistä kaikesta ilmoituksia pitäisi tehdä ja tekivätkin niitä ainoastaan lääkehoitoon liittyvistä tilanteista. Samaa ongelmaa oli havaittavissa Peijaksen sairaalassa (Mustajoki 2005, 2623–2625), Hämeenlinnan seudun kansanterveys-työn kuntayhtymän terveystieteiden keskus sairaalassa (Avelin & Lepola 2008, 44) ja osittain Vaasan keskussairaalassa (Kinnunen 2008, 59). Hämeenlinnassa (Avelin & Lepola 2008, 44) havaittiin, että osa hoitajista jännitti sähköisen lomakkeen käyttöä sekä lisäksi Sinervon ja von Fieandtin (2005, 60) tutkimuksen mukaan hoitajilla oli puutteita tietotekniikkaosaamisessa, kuten myös tästä tutkimuksesta tuli ilmi. Tähän tutkimukseen haastatellut hoitajat kertoivat, että tietotekniikkakoulutusta on jatkuvasti tarjolla. Tämän tutkimuksen mukaan etenkin lähihoitajilla on puutteellista osaamista HaiPro-ilmoituksen tekemiseen.

Osa tähän tutkimukseen haastatelluista hoitajista kertoi osallistuneensa HaiPro-koulutukseen, joka ei kuitenkaan aineiston perusteella lisännyt ilmoitusaktiivisuutta. Hoitajat kokivat saadun koulutuksen olleen huonoa. HYKS:in Peijaksen sairaalassa sitä vastoin koulutus oli lisännyt ilmoitusten tekoa (Mustajoki 2005, 2623–2625). WHO:n opastuksen mukaan raportointijärjestelmän käyttöön tulee olla riittävä koulutus (WHO 2010, 3). Kinnunen (2009, 123) muistuttaa, että henkilökunnalle tulisi antaa jatkuvasti uutta koulutusta raportoinnista, vaaratilanteiden tunnistamisesta ja sen hyväksymisestä, että virheitä sattuu kaikille. Tämän tutkimuksen aineiston mukaan työpaikalla saa apua HaiPro-vastaavalta, joka myös muistuttaa ilmoitusten teosta.

12 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat käyttävät HaiProta vain lääkehoitoon liittyviin vaaratapahtumiin ja käyttö on yleensä satunnaista. Olisi potilasturvallisuuden parantamisen kannalta tärkeää, että HaiPron käytöstä tulisi systemaattista, päivittäistä rutiinia sekä sen käyttö laajennettaisiin koskemaan kaikkia vaaratapahtumia, esimerkiksi puutteellisesta kirjaamisesta johtuvia tiedonkulun ongelmia. HaiPron käyttäjiksi pitäisi saada motivoitua kaikki terveydenhuollon työntekijät, jotta järjestelmästä saataisiin paras ja laajin mahdollinen informaatio.

Motivoituakseen työntekijöiden pitää ymmärtää miksi ilmoituksia tehdään. Tätä varten he tarvitsevat heille räätälöityä koulutusta, missä otetaan huomioon erilaiset tavat oppia sekä monenlaiset lähtökohdat riippuen ammattiryhmästä, työvuosista, atk-taidoista jne. Esimiehen rooli työntekijöiden motivoinnissa ja koulutuksien järjestämisessä on merkittävä. Voidakseen edesauttaa työntekijöidensä HaiPron käyttöä pitää esimiehellä itsellään olla vankka ja laaja osaaminen järjestelmän käytöstä. Koulutuksessa olisi hyvä keskittyä hyödyllisyyden korostamiseen, koska tämänkin tutkimuksen mukaan hyötynäkökulma on paras motivoiva tekijä. Itse ilmoituksen teko koettiin sekä aikaisemmissa että tässä tutkimuksessa helpoksi ja yksinkertaiseksi, mutta HaiPron periaatteet tunnettiin heikommin. Kuitenkin tämä tutkimus antaa aihetta päätellä, että periaatteiden tuntemus lisää motivaatiota tehdä ilmoituksia. Olisi tarpeellista tutkia millaisesta koulutuksesta työntekijät hyötyisivät ja miten koulutus vaikuttaisi ilmoitusaktiivisuuteen.

Hyödyllisyyden tunnetta lisää konkreettisten muutosten näkeminen potilasturvallisuutta lisäävissä toimenpiteissä. Kun ilmoitusten pohjalta huomataan vaaratapahtumiin johtavia toimintamalleja, pitää esimiehen ja työntekijöiden yhdessä avoimen keskustelun avulla löytää turvallisempi tapa tehdä asioita. Jotta muutoksista saadaan paras mahdollinen hyöty, pitää kaikkien motivoitua toimimaan uusien toimintamallien mukaan. Esimiesten täytyisi toimittaa HaiPro-ilmoitusten

yhteenvedot ylempiin päättäviin elimiin, jotta saataisiin läpinäkyväksi kuinka paljon resurssipula, kuten työntekijöiden riittämätön määrä, lisää vaaratilanteita aiheuttaen potilaille inhimillistä kärsimystä sekä yhteiskunnalle pitkittyneinä hoitajaksina ylimääräisiä kustannuksia.

Hoitajat kuvaavat sekä tässä tutkimuksessa että aikaisemmissa tutkimuksissa kiireen olevan yksi suurimmista estävistä tekijöistä ilmoitusten tekoon. Tästä herää kysymys voitaisiinko HaiProta käyttää kiirettä vähentävänä tekijänä. HaiPron avulla voidaan kehittää toimivampia työtapoja, vähentää haittatapah-tumia ja niiden aiheuttamia lisätöitä sekä saada päättäjät näkemään resurssipu-lan aiheuttamat ongelmat.

Esimiehelle ilmoitusten pohjalta käyty keskustelu on hyvä tilaisuus luoda työpai-kalle avointa, keskustelevaa ilmapiiriä. Tämä tutkimus vahvistaa aikaisempien tutkimusten tuloksia siitä, että yhdistymisen jälkeen eri ammattiryhmien välillä on ristiriitoja.

Työntekijöiden pitää tietää, miten, milloin ja etenkin miksi HaiProta käytetään, ja heille on annettava siihen tarvittavat resurssit. Potilasturvallisuutta ja avointa keskustelua korostava esimies on ratkaisevassa asemassa työntekijöiden moti-voimisessa sekä motivaation ylläpitämisessä. Tämän toteuttamiseen tarvitaan räätälöity koulutus sekä työntekijöille että esimiehille.

LÄHTEET

Alenius, K. & Isosalmi, A-M. 2010. Kotihoidon sairaanhoitajien näkemyksiä rakenteisen kirjaamistavan käyttöönotosta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Amalberti, R.; Vincent, C.; Auroy, Y. & de Saint Maurice, G. 2006. Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Quality and Safety in Health Care* 15, 66-71.

Antonow, J.; Smith, A. & Silver, M. 2000. Medication error reporting: a survey of nursing staff. *Journal of Nursing Care Quality* 15 (1), 42-48.

Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Visamäki: HAMK.

Doubi, P. National Institute for Health and Welfare 2009. National reporting systems for patient safety incidents. A review of the situation in Europe. Jyväskylä: Gummerus.

Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. 2. painos. Juva:WSOY.

Eduskunta 2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. Viitattu 4.10.2010. <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+90/2010&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD>.

Ekroos, V. 2004. Terveydenhuollon palvelutuotanto: yksityisesti vai julkisesti. Jyväskylä: Gummerus.

Eloranta, S.; Arve, S. & Routasalo, P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 3/2009, 136-145.

Euroopan yhteisön komissio. 5.4.2005. Potilasturvallisuusjulistus. Luxemburg.

HaiPro. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 29.9.2010 <http://www.haiopro.fi>.

HaiPro 2010. Ilmoittajan ohje. Viitattu 11.4.2011. <http://www.haiopro.fi> > ohjeet > ilmoittajan ohje.

HaiPro 2008. HaiPro roolit. Viitattu 12.4.2011. <http://www.haiopro.fi> > ohjeet > HaiPro roolit.

HaiPro-prosessi. Viitattu 12.4.2011. <http://www.haiopro.fi> > ohjeet > HaiPro-prosessi.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa: Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 13-15.

Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus, 26-29.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. 3. painos. Helsinki: Kyrrii Oy.

Hirsjärvi, S. 2001. Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Teoksessa: Hirsjärvi, S. ; Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino oy, 2007- 212.

Hughes, R. & Ortis, E. 2005. Medication Errors: Why they happen, and how they can be prevented. *American Journal of Nursing* 105 (3) March 2005, 14-24.

Hägg, T.; Rantio, M.; Suikki, P.; Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. *Hoitotyö kotona*. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

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

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. *Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin*. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) *Potilasturvallisuus ensin Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 117-138.

Kinnunen, M. 2008. *Muutosprosessi ja sen hallitseminen*. Case vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessi Vaasan keskussairaalassa. Kauppatieteellinen pro gradu – tutkielma. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavissa myös: http://www.haipro.fi/aineisto/pro_gradu_muutosprosessi_ja_sen_hallitseminen.pdf.

Kivimäki, M.; Karttunen, A. & Yrjänheikki, L. 2004. *Hoitotyöntekijä työssään ja ympäristössään – uusia näkökulmia tasapainoiseen työelämään*. Sosiaali- ja terveysministeriö, työsuojeluosasto. Tampere: Kirjapaino Hermes oy.

Knuuttila, J.; Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. *Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointi*. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveystieteiden laadunhallinta. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa myös: http://www.laakelaitos.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Haipro_julkaisu_verkko.pdf.

Koivunen, E.; Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. *Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta*. *Tutkiva hoitotyö* vol. 5 (3), 10-15.

Korhonen, M. & Kyllönen, K. 2010. ”..Hiljainen raportointi on tullut jäädäkseen...” *Sairaanhoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista Kainuun keskussairaalan tehosastolla*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Kvist, T. 2004. *Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Väitöskirja, Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.

Kvist, T.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. 2006. *Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät*. *Hoitotiede* vol. 18, no. 3/2006, 107-119.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Leino-Kilpi, H. 2003. Eettiset ongelma-alueet hoitotyössä. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY, 75-94.

Lungren-Laine, H. & Suominen, T. 2006. Katsaus hoidon ja tehohoidon virheitä ja vaaratilanteita tarkasteleviin tutkimuksiin. Tehohoito vol. 24 (1), 28-31.

Lähihoitajan eettiset ohjeet 2006. SuPer ry. Hyvinkää: T-Print ky.

Medina, A.; Vehviläinen, S.; Haukka, U-M.; Pyykkö, V & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. 1.-2. Painos. Porvoo:WSOY.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Jyväskylä: 2005.

Mustajoki, P. 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalan projekti. Suomen lääkärilehti 60:2623-2625.

Muurinen, S. & Raatikainen, R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. Gerontologia 1/2005, 13-22.

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:WSOY, 215-221.

Nissilä, A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa: Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi, 56-60.

Pietikäinen, E.; Ruuhilehto K. & Heikkilä J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen. Opas terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti. Viitattu 29.9.2010 <http://www.vtt.fi/proj/typorh>.

Pikkarainen, A. 2007. Ympäristö. Teoksessa: Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, 42-68.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STM. Helsinki. Saatavissa myös: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/op52/op52.pdf>.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2009. Terveystieteiden organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 43-62.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 3.10.2010. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Kirjaaminen hoidon laatutekijänä. Teoksessa: Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 187-195.

Saranto, K. & Sonninen, L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 11-16.

Sinervo, L. & von Fieandt, N. 2005. Tietotekniikka sosiaali- ja terveystieteiden osaamisen kehittämisessä. Helsinki: Stakesin monistamo.

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

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3. Helsinki: Oy Edita Ab.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 12.4.2011. <http://www.stm.fi> > Sosiaali- ja terveyspalvelut > Sosiaalipalvelut > Kotihoito.

Stakes 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Valopaino Oy. Saatavissa myös: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>.

Syrjäläinen, E. 1994. Etnografinen opetuksen tutkimus: kouluetnografia. Teoksessa Ahonen, S.; Saari, S. Syrjälä, L. & Syrjäläinen, E. Laadullisen tutkimuksen työtapoja, 68-112. Rauma: Kirjayhtymä Oy.

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa: Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 112-127.

Turku 2011. Kotihoito. Sosiaali- ja terveystoimi. Viitattu 12.4.2011. <http://www.turku.fi> > perhe- ja sosiaalipalvelut > kotihoito.

Turunen, H. & Partanen, P. 2008. Potilasturvallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen – läheltä piti tilanteista ja virheistä systemaattisesti oppimalla. Hoitotiede vol. 20 no. 5/08, 291-292.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki.

Wendelboe, B. & Häkkinen, H. 2006. Potilasturvallisuus Tanskassa. Viitattu 12.4.2011. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi> > ammatilliset urapalvelut > julkaisut > Sairaanhoitaja-lehti > arkisto > 1/2006 > muut artikkelit > Potilasturvallisuus Tanskassa.

WHO 2005. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. From information to action. Geneve: WHO Document Production Services.

WHO 2010. Learning from error. Geneve: WHO Document Production Services.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatekijät:

-ammattinimike?

-ikä?

-kauanko olet ollut hoitoalalla?

-kauanko olet ollut töissä Turun kotihoidossa?

Teema 1: HaiPron käyttö

1. Kuvaile HaiPro-raportointijärjestelmän tuntemustasi?
Kuinka kauan teillä on ollut työpaikalla HaiPro käytössä?
Tunnetko HaiPro-ilmoitusten käsittelyprosessin?
Tiedätkö miten HaiProta käytetään ja milloin?
2. Millaiseksi koet HaiPron käytön?
Minkä siinä koet vaikeaksi?
Minkä siinä koet helpoksi?

Teema 2: Ilmoitusaktiivisuus

3. Millaisia tapahtumia kirjaat HaiProhon?
Onko vaikea tunnistaa vaaratapahtumia?
Millaiset asiat motivoisivat sinua kirjaamaan enemmän tapahtumia HaiProhon?
Onko työpaikallanne yhteiset pelisäännöt HaiPron käytöstä ja jos on niin millaiset?
4. Oletko jättänyt joskus tekemättä HaiPro-ilmoituksen vaaratapahtumasta ja jos olet niin miksi?
Millaisten seikkojen itse arvioit eniten vähentävän HaiPro-ilmoitusten tekoasi ja miksi?
5. Millaista koulutusta HaiPron käytöstä ja potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista teille on järjestetty?
Millaista atk-koulutusta on järjestetty?
Millaiset tietotekniikkavalmiudet kuvailisitte teillä olevan?
Millaista atk-koulutusta tuntisitte tarvitsevanne?

6. Milloin työpäivän aikana teet ilmoituksen ja missä?

7. Millainen on teidän työpaikallanne yleinen ilmapiiri HaiProhon ja vaarata-
pahtumiin?
Työntekijöiden, esimiesten ja oma mielipide?
Suhtautuminen potilasturvallisuuteen?

8. Millaiseksi koet HaiPron käytön hyödyn?
Onko työpaikallanne tapahtunut konkreettisia muutoksia HaiPron
myötä? Jos on millaisia?