



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

HaiPro -ILMOITUSTEN ANALYYSIA OHJAAVA TOIMINTAMALLI

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
YAMK
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja
johtaminen
Mervi Pöntinen
08STKJ11Y

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen (ylempi AMK)

PÖNTINEN, MERVI:

HaiPro -ilmoitusten analyysia ohjaava
toimintamalli
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä

Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelman opinnäytetyö, 66 sivua, 4 liitesivua

Kevät 2014

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämishankkeena Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymälle. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda vaaratapahtumailmoitusten avuksi käsittelijöitä palveleva toimintamalli. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuus koostuu kolmesta osatekijästä: hoidon turvallisuudesta, lääkeshoidon turvallisuudesta ja laiteturvallisuudesta. Potilasturvallisuus on osa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän kokonaisturvallisuutta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymällä on käytössä vaaratapahtumienraportointijärjestelmä HaiPro. Vaaratapahtumaraporttien kautta potilasturvallisuus saadaan näkyväksi ja toimintaa voidaan niiden antaman tiedon perusteella kehittää ja muuttaa.

Tämä kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena. Kehittämishankkeessa oli mukana useita toimijoita. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän potilasturvallisuuskoordinaattori toimi kehittämishankkeessa työelämäohjaajana ja hankkeen vastaavana. Toimintamallia on kehitetty kirjallisuuden sekä kokemuksen perusteella ja siitä pyydettiin kyselyn avulla avointa palautetta. Kysely lähetettiin sähköpostitse seitsemälle esimiesasemassa olevalle, jotka toimivat yksiköissään HaiPro -ilmoitusten käsittelijöinä. Lisäksi kehittämishanke esiteltiin Päijät-Hämeen keskussairaalan neurologian poliklinikan osastokokouksessa. Saatu palaute käsiteltiin soveltaen sisällönanalyysejä.

Toimintamallia tullaan käyttämään yhtenä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän koulutusmateriaalina ja se julkaistaan myös Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän intranet-sivuilla. Tarkoituksena on, että HaiPro -ilmoituksen käsittelijänä toimiva voi käyttää toimintamallia apunaan HaiPro -ilmoitusta analysoitaessa.

Asiasanat: Vaaratapahtumaraportointijärjestelmä, HaiPro, potilasturvallisuus, toimintatutkimus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Development and Management of Social and Health Care

PÖNTINEN MERVI A working procedure for analyzing HaiPro –incident reports

Master`s Thesis in Developing and Management of Social and Health Care, 66 pages, 4 appendices

Spring 2014

ABSTRACT

This study was carried out as a development project in joint authority for Päijät – Häme social and health care. The aim of the study was to create a working procedure for those who handle patients` incident reports. The purpose of the study was to improve patient safety in joint authority for Päijät – Häme social and health care.

Patient safety consists of three components: treatment safety, medical safety and equipment safety. Patient safety is part of joint authority for Päijät – Häme social and health care safety in wider terms. Joint authority for Päijät – Häme social and health care uses a system HaiPro in incident reporting. Through these incident reports patient safety becomes visible and the information received from incident reports can be used to change the existing working procedures.

This development project is implemented as an action research. There were many participants in this development project. At the work place the patient safety coordinator directed and supervised this development project. The working model was developed on the basis of literature and experiences. A questionnaire was used to collect some feedback. The questionnaire was posted by email to seven persons who work as superiors and they handle incident reports in their department. This development project was also introduced in a meeting in Päijät – Häme central hospitals neurology clinic`s outpatient. The feedback gathered in this development project was analysed with content analysis.

The model is going to be used as a training material in joint authority for Päijät – Häme social and health care. It will also be placed in their intranet site. The purpose of this working procedure is to give a helping tool for handling and analysing incident reports.

Keywords: Incident reporting system, HaiPro, patient safety, action research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Taustaa kehittämishankkeelle	3
2.2	Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio	5
2.3	Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus	7
3	POTILASTURVALLISUUS JA VAARATAPAHTUMAILMOITUKSET	9
3.1	Potilasturvallisuus	9
3.2	Potilasturvallisuuskäsitteiden määrittelyä	11
3.3	Terveydenhuollon HaiPro -vaaratapahtumajärjestelmä	15
4	POTILASTURVALLISUUDEN JOHTAMINEN	20
4.1	Esimiesten rooli vaaratapahtumailmoitusten analysoinnissa	20
4.2	Prosessiajattelun merkitys toimintaympäristössä	23
4.3	Palautteen merkitys henkilökunnan sitouttamiseen	28
5	TOIMINTATUTKIMUS LÄHESTYMISTAPANA KEHITTÄMISHANKKEESEEN	30
5.1	Toimintatutkimus	30
5.2	Toimintatutkimus tässä kehittämishankkeessa	32
5.3	Kehittämishankkeen toimijat	38
5.4	Aineiston keruu ja analysointi	38
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	42
6.1	Kyselyn tulokset	42
6.2	HaiPro - ilmoitusten käsittelyn toimintamalli	43
7	KEHITTÄMISHANKEEN POHDINTA	45
7.1	Kehittämishankkeen johtopäätökset	45
7.2	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus	46
7.3	Kehittämishankkeen arviointi	48
7.4	Toimintamallin arviointi	50
7.5	Tulevaisuuden kehittämishaasteet	51
8	LOPUKSI	54
	LÄHTEET	55
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tarkoituksena on tuottaa asiakkailleen sekä potilailleen korkealaatuista ja vaikuttavaa hoitoa. Toiminta perustuu inhimilliseen toimintaan ja siinä yhdistyvät monet muutkin tekijät, kuten korkeasti kehitetty teknologia ja äkillisesti muuttuvat tilanteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö työskentelee monimutkaisessa järjestelmässä, joka sisältää monia prosesseja, joiden hallinta on vaativaa. Inhimillisessä, monimutkaisessa ja vaativassa toiminnassa piilee monia riskejä, jotka altistavat potilasturvallisuuspoikkeamille. Tällaisia riskejä ovat esimerkiksi inhimilliseen toimintaan kuuluvat virheet, lipsahdukset ja erheet. (Milen & Peltomaa 2011, 19; Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelmasuunnitelma, 4-5.)

Virheet, lipsahdukset ja erheet johtavat potilasturvallisuuden heikkenemiseen. On arvioitu, että Suomessa kuolee vuosittain hoitovirheiden vuoksi noin 700–1700 henkilöä, kun vastaava luku tieliikenteessä vuosittain menehtyviin on 300 henkilöä. Henkilövahinkojen, inhimillisen kärsimyksen ja menetysten lisäksi potilasturvallisuuden vaarantuminen aiheuttaa mittavia kustannuksia. Potilasturvallisuuden panostaminen on tärkeää, koska jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista olisi estettävissä. Potilasturvallisuuden edistämiseen tulisikin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota ja siihen työhön tarvitaan kaikkia. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelmasuunnitelma, 4–9; Snellman, 2009 30 - 31.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön asettaman tavoitteen mukaan Suomen potilasturvallisuutta pyritään parantamaan siten, että se täyttää eurooppalaiset vaatimukset. Potilasturvallisuuden edistämistyötä ei tulisi myöskään unohtaa erilliseksi osioksi vaan sen tulisi kuulua sosiaali- ja terveydenhuollon päivittäiseen laadunhallintaan. Potilasturvallisuustyön vahvistaminen käytännössä edellyttää työkaluja ja toimintatapoja, jotka nivoutuvat jokapäiväiseen työhön. (Milen & Peltomaa 2011, 19; Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelmasuunnitelma, 11.)

HaiPro -raportointijärjestelmä on tietotekninen työkalu, johon ilmoitetaan potilasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat. HaiPro -raportointijärjestelmän tarkoituksena on toimia arjen välineenä, josta saadaan näkyväksi potilasturvallisuutta heiken-

tävät tekijät. (Ruuhilehto 2008, 39.) HaiPro -järjestelmä on käytössä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyössä (myöhemmin PHSOTEY).

Oleellisessa roolissa positiivisen potilasturvallisuuskulttuurin luomisessa ovat esimiehet. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelytavalla on merkityksensä muun muassa työntekijöiden uskallukseen raportoida virheistä. Vaaratapahtumat tulee käsitellä luottamuksellisesti, avoimesti ja oikeudenmukaisesti. Esimiesten tulee syyllisten sijaan etsiä ja analysoida vaaratapahtumiin johtaneita tekijöitä. Vaaratapahtumaraportointijärjestelmään panostamisella voidaan tulevaisuudessa saavuttaa vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta sekä ennen kaikkea laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa potilaalle. (Kotila & Knuutila 2012; Kunzle, Kolbe & Grote 2009.)

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää PHSOTEY:n potilasturvallisuutta siten, että HaiPro -järjestelmän käyttö saadaan systemaattisemmaksi kehittämishankkeen myötä syntyvän toimintamallin avulla. Tämä kehittämishanke keskittyy HaiPro -ilmoitusten käsittelijöiden rooliin. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelijöinä toimivat yksiköiden esimiehet. Ilmoitusten vastaanottajilla on merkittävä rooli siinä, miten ne tuodaan esille. Tämän kehittämishankkeen myötä syntyvällä toimintamallilla halutaan saada esimiehet johtamaan potilasturvallisuutta HaiPron avulla. Toimintamallilla halutaan tukea ja auttaa esimiehiä analysoimaan vaaratapahtumailmoituksia. Tavoitteena on, että virheistä, lipsahduksista ja erheistä opitaan, jotta samanlaisia tapahtumia ei enää pääse syntymään. Toimintamallilla halutaan johdattaa HaiPro -ilmoitusten käsittelijät kohti systeemi- ja prosessijattelua.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Taustaa kehittämishankkeelle

Potilasturvallisuustutkimus terveydenhuollossa nousi esille yhdeksi tärkeäksi aiheeksi vuosituhannen vaihteessa. Institute of Medicine (IOM) julkaisi Yhdysvalloissa vuonna 2000 raportin ” To Err is Human: Building a Safer Health System”. Raportissa tuotiin esille hoitovirheiden yleisyys, niistä aiheutuvat kustannukset ja hoitovirheistä seuranneet haitat. Raportissa todettiin, että noin joka kymmenes potilas kohtaa sairaalahoitonsa aikana virheestä johtuneen jonkinasteisen vaaratapahtuman. Arvion mukaan puolet niistä ovat sellaisia, joiden syntyminen voidaan jatkossa ennaltaehkäistä kokonaan. (Kohn Corrigan & Donaldson 2000.)

Muun muassa monikansallisten potilasturvallisuusorganisaatioiden toiminnan kautta pyritään edistämään jäsenvaltioiden välistä tiedonjakamista. Esimerkiksi World Health Organization (WHO) perusti vuonna 2004 World Alliance for Patient Safety -organisaation ja Euroopan komissio perusti vuonna 2007 Euroopan Unionin potilasturvallisuuteen liittyvän sisäisen verkoston Network for Patient Safety (EUNetPaS). Organisaatioiden tavoitteena on lisätä potilasturvallisuuden eteen tehtävää tutkimustyötä. Toimielinten tavoitteena on myös vähentää vaara- ja haittatahtumia ja infektioita, sekä tehostaa vaaratapahtumien raportointia siten, että niistä opitaan. (Peltomaa 2009, 18–24.)

Suomessa on vastaavasti ryhdytty kiinnittämään huomiota potilasturvallisuuteen ja sen ongelmiin kohdennetusti 2000-luvun puolivälistä alkaen. Suomea huomattavasti pidemmällä potilasturvallisuuden edistämässä ovat muun muassa Iso-Britannia, Yhdysvallat, Ruotsi ja muut Pohjoismaat. Suomessa kansalliset toimet käynnistettiin vuonna 2006. Näiden toimien perusteella valmistui sosiaali- ja terveysministeriön (myöhemmin STM) julkaisema potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (myöhemmin THL) nimettiin potilasturvallisuustyön kansallisen tason toimijaksi ja koordinoijaksi. THL käynnisti vuonna 2011 Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman, jonka päämääränä on potilaan hoitoon liittyvien kuolemien ja haittatahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Vuonna 2011 voimaan astuneessa Terveydenhuoltolaissa

(1326/2010) painotetaan, että potilasturvallisuus kuuluu organisaatioiden palvelujärjestelmään. Lisäksi terveydenhuoltolaki velvoittaa toimintayksiköitä laatimaan potilasturvallisuuden sekä laadunhallinnan suunnitelman. (Helovuori, Kinnunen & Peltomaa 2012, 38–39.)

Potilasturvallisuus on ollut Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden tärkeä kehittämiskohde. Vuonna 2007 Päijät-Hämeen keskussairaala (myöhemmin PHKS) otti käyttöön Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (myöhemmin VTT) kehittämän vaaratapahtumien raportointijärjestelmän, HaiPro:n, vaaratapahtumien tilastoimisen ja toiminnan kehittämisen työvälineeksi. Valtakunnalliseen projektiin HaiPro II vuonna 2007 lähtivät aluksi mukaan PHSOTEY:n keskussairaalan konservatiivinen tulosalue, ensihoito- ja päivystyskeskus sekä kuntoutuskeskus. Muut keskussairaalan tulosalueet tulivat mukaan myöhemmin (Alinen 2008, 1). PHSOTEY:ssä on haluttu viedä potilasturvallisuutta varmistavia menetelmiä eteenpäin siten, että ne koskevat koko organisaatiota. Yksilön syyttämisen sijaan on merkittävää miettiä, mikä systeemissä mahdollisti virheen syntymisen. PHSOTEY julkaisi vuoden 2013 alussa terveydenhuoltolain (1326/2010) velvoittaman potilasturvallisuus- ja laadunhallinnan suunnitelman 2013 ja sen on tarkoitus ankkuroitua osaksi jokapäiväistä toimintaa. (PHSOTEY Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan suunnitelma 2013.)

HaiPro -raportointijärjestelmän tarkoituksena on kerätä tietoa potilaille eli asiakkaille sattuneista ”läheltä piti” -tilanteista ja vaaratapahtumista. Ilmoitusten saaminen mahdollistaa tiedon jatkokäsittelyn ja tapahtumien analysoinnin. HaiPro -järjestelmän avulla saadaan tietoa organisaation/yksikön heikoista kohdista. Vaaratapahtumailmoituksia tekevät kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt, jotka havaitsevat mahdollisen poikkeaman. HaiPro -ilmoituksen käsittelijät ovat yleensä yksikön vastuulääkäriin lisäksi yksikön lähiesimiehinä toimivia osastonhoitajia. (Kuisma 2011, 5–6; Ruuhilehto 2008, 39–40.)

Vuodesta 2007 lähtien on PHSOTEY:n organisaatiossa HaiPro -järjestelmään tehtyjä ilmoituksia kertynyt runsaasti. Kinnunen (2010) huomauttaa, etteivät kertyneet HaiPro -ilmoitukset pelkästään ole riittäviä, vaan ilmoitusten tulee toimia apuvälineinä virheistä oppimiselle. Esimiehillä ja johtajilla on merkittävä rooli avoimen ja syyllistämättömän ilmapiirin luomisessa. Avoin ja syyllistämätön il-

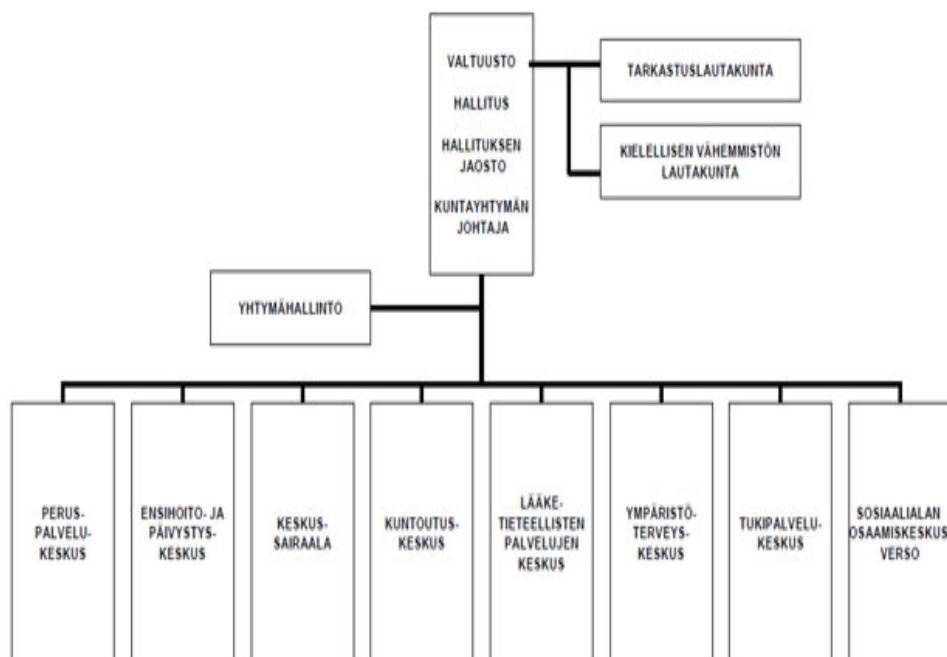
mapiiri taas takaavat sen, että jatkossa HaiPro -ilmoituksia tehdään enemmän, mikä puolestaan edistää oppimista. Tavoitteena on, ettei samanlaisia virheitä enää syntyisi. (Kinnunen 2010, 31.) PHSOTEY:n potilasturvallisuusstrategian yhtenä tavoitteena on potilasturvallisuuden kehittäminen niin, että estettävissä olevia vaaratilanteita ei tapahdu. Eräänä mahdollisena keinona nähdään vaaratapahtumista raportointi ja niistä oppiminen. HaiPro -raportointijärjestelmällä tehtyjen ilmoitusten kautta tulisikin pyrkiä paikantamaan järjestelmän heikkoja kohtia ja niihin liittyviä virheitä. HaiPro -järjestelmä on yksi väline arvioida PHSOTEY:n turvallisuutta. (PHSOTEY potilasturvallisuusstrategia 2011.)

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää toimintamalli HaiPro -ilmoitusten analyysin avuksi. Toimintamallilla halutaan korostaa ennaltaehkäisymerkitystä, jotta samankaltaiset virheet jatkossa pystyttäisiin estämään tehokkaammin. Toimintamallilla luodaan ajattelutapaa sitä kohden, että virheistä voidaan oppia. Virheitä ei tule nähdä vain virheinä vaan virheiden analysointi yhdessä on tärkeää. Toimintamallin toivotaan toimivan yhtenä apuvälineenä ja herättelijänä esimiehille HaiPro -ilmoitusta analysoitaessa. Jokaisessa organisaatiossa vaaratapahtumailmoitukset tuleekin osata tuoda esille ilman kenenkään syylistämistä. Syylistämisen sijaan toimintoja HaiPro -ilmoitusten taustalla tulee analysoida ja ilmoituksia tulee käyttää tiedon lähteinä. Jotta organisaatiossa voidaan oppia tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista, tulee organisaatiossa olla välineitä oppimisprosessin toteuttamiseen. Tämän kehittämishankkeen seurauksena syntyvän toimintamallin tarkoituksena onkin edistää ja kehittää PHSOTEY:n toimintaa kohti turvallisempaa hoitoa ja parantaa potilaan edun toteutumista. Toimintamallin myötä HaiPro -ilmoitusten analysoinnin toivotaan tulevan luonnolliseksi osaksi PHSOTEY:n päivittäistä toimintaa.

2.2 Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio

Kohdeorganisaatio on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, jonka käyttönimi on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä (PHSOTEY). PHSOTEY aloitti toimintansa 1.1.2007. PHSOTEY:n toimialat ovat erikoissairaanhoidon, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Li-

säksi yhtymässä toimii sosiaalialan osaamiskeskus Verso -liikelaitos. Tulosityhmiä on seitsemän: peruspalvelukeskus, ensihoito- ja päivystyskeskus, keskussairaala, kuntoutuskeskus, lääketieteellisten palvelujen keskus, ympäristöterveyskeskus ja tukipalvelukeskus (ks. Kuvio 1). Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä oli vuonna 2012 noin 4000 henkilöstön edustajaa. Sosiaali- ja terveysyhtymä tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja kaikille 14 jäsenkunnalle, jotka ovat Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Hämeenkoski, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. Erikoissairaanhoidon jakautuu tulosityhmiin, jotka ovat konservatiivinen, operatiivinen ja psykiatrinen tulosalue. Keskussairaalan vakinaisten virkojen ja toimien määrä oli vuoden 2012 joulukuussa 1465. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2012.)



Kuvio 1. PHSOTEY:n organisaatiokaavio (PHSOTEY 2012).

PHSOTEY: n hallitus hyväksyi joulukuussa 2012 yhtymän potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan suunnitelman 2013. Suunnitelman pohjana terveydenhuoltolain (1326/2010) lisäksi on kansallinen Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuusstrategia, jonka visiona on, että potilasturvallisuus on ankkuroitu toiminnan

rakenteisiin ja toimintatapoihin. Hoidon tulee olla vaikuttavaa ja turvallista. PHSOTEY: n potilasturvallisuussuunnitelman laatimista varten nimettiin potilasturvallisuuden- ja laadunhallinnan johtoryhmä vuoden 2011 lopussa. Tämä johtoryhmä on valmistellut potilasturvallisuuden- ja laadunhallinnan suunnitelmaa vuoden 2012 aikana. PHSOTEY: n yhtenä ydintehtävänä on varmistaa, että potilaat ja asiakkaat saavat tarvitsemansa hoidon tai palvelun turvallisesti ja laadukkaasti. PHSOTEY on ottanut potilasturvallisuuden huomioon myös taloussuunnitelmaa laatiessaan; taloussuunnitelmassa huomioidaan potilasturvallisuuden kehittämiseen tarvittavat taloudelliset resurssit. (PHSOTEY: n potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan suunnitelma 2013.)

PHSOTEY: n kokonaisvaltaisesta potilasturvallisuuden koordinoinnista vastaa vuoden 2011 toimeen valittu potilasturvallisuuskoordinaattori. Potilasturvallisuuskoordinaattorin tehtävä on uusi tehtävä PHSOTEY:ssä. Hänen tehtäviinsä kuuluu muun muassa toimia potilasturvallisuusverkoston toiminnan koordinaattorina, koordinoida potilasturvallisuussuunnitelmaa ja arvioida siihen liittyvien toimintojen ja prosessien toteutumista sekä vastata vaaratapahtumaraportointiprosessin kehittämisestä. (Sanatori 2012, 6–7.)

2.3 Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää toimintamalli HaiPro -ilmoitusten käsittelyyn, koska PHSOTEY:lla ei tällä hetkellä ole yhtenäisiä toimintamalleja siihen, miten HaiPro -ilmoituksista saatua tietoa tulisi hyödyntää. Toimintamallin tavoitteena on tarjota apua HaiPro -ilmoitusten käsittelyyn siten, että niistä opitaan. PHSOTEY:n yleisistä HaiPro -ohjeista löytyy tietoa siitä, miten ilmoitus tehdään ja miten ilmoitukset käsitellään teknisesti. Toimintamallilla tavoitellaan syvempää ulottuvuutta, jotta nähtäisiin vaaratapahtumien inhimillisten virheiden taakse.

Kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää PHSOTEY:n potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumaraporttien tavoitteena on edistää virheistä oppimista ja tuottaa organisaatiolle tietoa turvallisuutta uhkaavista tilanteista. Tämän kehittämishank-

keen myötä syntyvällä toimintamallilla tavoite on saada PHSOTEY:n HaiPro - ilmoitukset näkyväksi osaksi käytännön työtä.

3 POTILASTURVALLISUUS JA VAARATAPAHTUMAILMOITUKSET

3.1 Potilasturvallisuus

Suomessa käynnistettiin kansalliset toimet vuonna 2006 potilasturvallisuuden edistämiseksi. Näiden toimien perusteella syntyi Suomen ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia, joka hyväksyttiin joulukuussa 2008. Potilasturvallisuusstrategia on tehty vuosille 2009–2013. Strategian tavoitteena on ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja viedä sitä eteenpäin. THL vastaa strategian päivittämisestä ja Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö vahvistaa päivitykset. Potilasturvallisuusstrategian tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollossa potilasturvallisuutta yhdessä. Päämääränä on saada potilasturvallisuus pysyväksi osaksi terveydenhuollon rakenteita siten, että hoito on vaikuttavaa ja turvallista. Strategiassa potilasturvallisuutta tarkastellaan turvallisuuskulttuurin, johtamisen, vastuun ja säädösten näkökulmasta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013, 11–12.)

Kansallisella tasolla potilasturvallisuutta on viety eteenpäin, koska sekä THL että STM ovat panostaneet potilasturvallisuuden edistämiseen. Potilasturvallisuusstrategia oli ensimmäinen askel, jonka jälkeen julkaistiin uusi terveydenhuoltolaki sekä potilasturvallisuusasetus (STM asetus 341/2011). Asetuksessa toimintayksiköiltä edellytetään suunnitelmaa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden edistämistä. Suunnitelmassa tulee määritellä menettelytavat, rakenteet ja vastuut. Tarkoituksena on ohjata toimintayksiköt kohti järjestelmällistä laadunhallintaa, jolloin potilasturvallisuus paranee. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2012, 4, 11–12.)

Osana tätä jatkumoa THL käynnisti Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman. Ohjelma toteutetaan yhteistyössä sairaanhoitopiirien, sairaaloiden ja terveyskeskusten sekä muiden kansallisten yhteistyökumppaneiden kanssa. Ohjelma käynnistyi vuonna 2011 ja jatkuu vuoteen 2015 asti. Ohjelman tavoitteena on hoidosta aiheu-

tuvien kuolemien ja haittatapahtumien puolittaminen vuoteen 2020 mennessä. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2012, 4.)

Sairaalaorganisaatiot kuuluvat turvallisuuskriittisiin, korkean riskin organisaatioihin, joissa toteutuneilla virheillä saattaa olla kohtalokkaitakin seurauksia. Potilasturvallisuuden puutteet aiheuttavat potilaille ja heidän omaisilleen vaikeasti mitattavia kärsimyksiä ja joskus jopa potilaan kuoleman. Hoitovirheillä on taloudellisia kuluja. Kuluja syntyy esimerkiksi menetetyistä ansioista, menetetyistä työvuosista, aiheutuneista vammoista tai leikkauskomplikaatioista. Aina haittatapahtumista aiheutuvia haittoja ei voida suoraan mitata rahassa, kuten niiden aiheuttamat surut ja huolet tai omaisille hoidosta johtuneet kustannukset. On myös huomioitava, että terveydenhuollon ammattilainen kokee aiheuttamastaan haitasta stressiä, syyllisyyttä ja kenties työkyvyttömyyttä. On huomioitava sekin, että haittatapahtumien myötä menetetty maine tai arvostus saattaa vaikuttaa kustannuksiin. (Järvelin, Haavisto ja Kaila 2010.)

Kohn, Corrigan ja Donaldson (2006) julkaisivat raportin *To Err is Human*, joka herätti huomiota sekä Yhdysvalloissa että kansainvälisesti muuallakin maailmassa. Raportissa todetaan, että noin joka kymmenes potilas kohtaa sairaalahoitonsa aikana virheestä johtuneen jonkinasteisen haittatapahtuman. Raportissa arvioidaan tutkimuksien perusteella, että Yhdysvalloissa kuolee vuosittain noin 44 000–98 000 ihmistä hoitovirheen seurauksena. Estettävissä olevien kuolemaan johtavien vaaratapahtumien on arveltu maksavan USA:ssa vuosittain 17–29 miljardia dollaria. (Snellman 2009, 29–31.)

Arvioiden mukaan Suomessa menehtyy noin 700–1700 potilasta hoidosta johtuviin virheisiin vuosittain. Ruotsissa on arvioitu vastaavaksi lukemaksi 3000. Soop, Fryksmark, Köster ja Haglund (2009) toteavat, että Ruotsin sairaaloissa tapahtuu ehkäistävissä olevia haittatapahtumia runsaasti ja jopa puolet niistä olisi estettävissä. Tiedetään, että estettävissä olevat lääketieteelliset vaaratapahtumat ovat yleisiä ja aiheuttavat suuria kustannuksia myös Suomessa, vaikka vastaavanlaisia tutkimuksia vaaratapahtumien aiheuttamista kustannuksista ei Suomesta löydy. Tutkijat ovat tehneet laskelmia kustannusten arvioista Suomessa. Laskelmat perustuvat Suomen ja Ruotsin hoitovirheiden perusteella menehtyneiden lukuihin. On arvioitu, että vuodeosastohoidossa tapahtuneista hoitovirheistä tulee Suomessa

lisäkustannuksia noin 409 miljoonaa euroa. Tutkijat ovat päätyneet laskelmissaan siihen, että hoitovirheistä jopa puolet olisi arvioiden mukaan estettävissä toiminnan muutoksilla ja riskejä kartoittamalla. (Potilasturvallisuusopas 2011, 10; Kinnunen 2010, 5.)

Suomen lainsäädännössä on useissa laissa huomioitu ainakin välillisesti potilasturvallisuus. Esimerkkinä näistä ovat terveydenhuoltolaki (1326/ 2010) 8§ (laatu ja potilasturvallisuus), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/ 1992), laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/ 2010) sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/ 1994). Terveydenhuollon lainsäädännöllä varmistetaan ja edellytetään toiminnan olevan asianmukaista, laadukasta ja turvallista. Keskeisin laki potilasturvallisuuden edistämisen kannalta on 1.5.2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2012) sekä siihen liittyvä STM:n asetus. (Helo-vuo, Kinnunen, Peltomaa ja Pennanen 2012, 38.)

3.2 Potilasturvallisuuskäsitteiden määrittelyä

Potilasturvallisuuskäsitteistö on tärkeä, jotta kommunikointi on helpompaa. Yhtenäisellä sanastolla estetään väärinkäsitykset. Tutkimus- ja kehittämistyötä ajatellen tarvitaan myös yhtenäisiä yhteisesti hyväksytyjä käsitteitä. Suomessa Lääkäri-liiton laatuneuvosto käynnisti vuonna 2005 potilasturvallisuussanaston laadinnan. Työryhmä sopi, että Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (myöhemmin Stakes) ottaa vastuulleensa sanaston laadinnan. Nyt Suomessa käytössä olevat potilasturvallisuuteen liittyvät sanastot on määriteltävä potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastossa. Potilasturvallisuuteen liittyvät keskeiset käsitteet auttavat ymmärtämään potilasturvallisuusilmoitusten raportointiprosessia sekä siihen liittyviä eri vaiheita. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 2–4.)

Seuraavaksi omissa kappaleissaan avataan potilasturvallisuuden keskeisimmät käsitteet lyhyesti, koska niiden ymmärtäminen on tärkeää väärinkäsitysten välttämiseksi. Selkeyden vuoksi ne esitellään ytimekkäästi.

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden sekä toimintayksiköiden organisaatioiden toimintakäytäntöjä ja -periaatteita. Ta-

voitteena on varmistaa potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Potilaan tulee saada tarvitsemaansa oikeaa hoitoa mahdollisimman vähäisin haitoin. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääkehoidon turvallisuuden. Potilasturvallisuus on myös osa hoidon laatua. Potilasturvallisuudessa on pääasiassa kyse siitä, ettei millään toiminnalla aiheuteta vahinkoa potilaalle. (THL 2011, 7; Socialstyrelsen 2009, 10; Mitchell 2008, 1–2; WHO Drafting Group of the ICPS 2007, 16.)

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaalle tapahtuu turvallisuutta vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtuma siis sisältää sekä haittatapahtumat, että ”läheltä piti” -tilanteet. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007, 6; Lucian 2002, 1633.)

Haittatapahtuma on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Potilaalle syntyykin haittaa tai komplikaatioita hoidon seurauksena. Haittatapahtumasta seuraa potilaalle joko pitkittynyt sairaalahoito tai pysyvä haitta, tai se voi johtaa molempeisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 9–10, WHO 2008; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 6; Lucian 2002, 1633.)

”Läheltä piti” -tilanne on vaaratapahtuma, joka havaittiin ajoissa ja sen haitalliset seuraukset kyettiin estämään ennen kuin virhe ehti tapahtumaan. Tapahtuma olisi saattanut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta kuitenkin vältyttiin. (Jeffs, Berta, Lingard & Baker 2012, 287–288; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 9–10; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 6.)

Poikkeama on suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 9–10, Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 6.)

Vaaratilanneraportointi on työpaikalla havaittujen vaaratilanteiden ilmoittamista ja käsittelyä. Vaaratilanneraportointi on systemaattista. Vaaratilanneraportteja voidaan hyödyntää organisaatioissa. (Lanne, Murtonen, Nissilä, Ruuhilehto & Virolainen 2006, 4.)

Tässä kehittämishankkeessa vaaratapahtuman *ilmoittajalla* tarkoitetaan henkilöä, joka raportoi havaitsemansa vaaratapahtuman ja tekee siitä HaiPro - ilmoituksen. Ilmoittaja voi olla mukana vaaratapahtuman synnyssä tai olla sen havaintaja. (Knuuttila, Ruuhilehto ja Wallenius 2007, 9.)

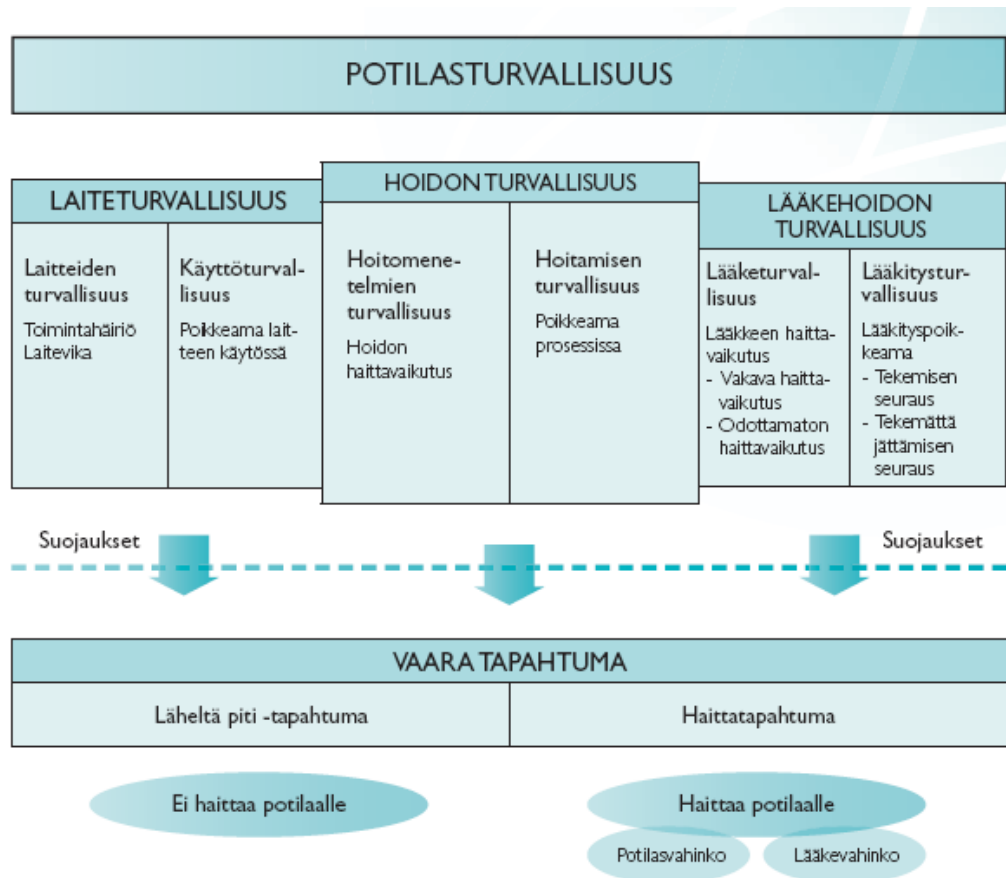
Käsittelijällä taas tarkoitetaan henkilöä, joka käsittelee vaaratapahtumailmoituksen, joka on tehty HaiPro -järjestelmään. Käsittelijä saa ilmoituksen käsiteltävästä vaaratapahtumasta sähköpostiinsa. Käsittelijän vastuulla on vaaratapahtumailmoituksen jatkokäsittely. Käsittelijänä toimivat yleensä yksikön esimiehet. (Knuuttila ym. 2007, 9.)

Potilasturvallisuuskulttuuri on systemaattista ja jatkuvaa toimintaa kohti potilaan turvallisempaa hoitoa. Systemaattista toimintaa tukevat johtaminen, asenteet sekä arvot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 9–10; Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 6.)

Kuviossa 2 kuvataan potilasturvallisuuden keskeiset osa-alueet. Potilasturvallisuus koostuu hoidon, lääkehoidon sekä terveydenhuollon yksiköissä olevien laitteiden turvallisuudesta. Hoidon turvallisuusperiaatteet sisältävät lääkehoidon sekä laiteturvallisuuden, mutta tärkeytensä vuoksi ne on nostettu itsenäisiksi osa-alueiksi. Potilasturvallisuuden eri osa-alueissa on eroteltavissa hoitomenetelmien sekä niiden toteuttamiseen liittyvien prosessien turvallisuus. Menetelmien turvallisuuteen kuuluvat laitteiden turvallisuus, hoitomenetelmien turvallisuus sekä lääketurvallisuus. Myös tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumat ovat terveydenhuollossa melko tavallisia. Prosessien turvallisuudella tarkoitetaan laitteiden käyttöturvallisuutta, hoitamisen turvallisuutta sekä lääkitysturvallisuutta. (Ruuhilehto & Knuuttila, 2008).

Potilasturvallisuutta voidaan lisätä suojauksilla, jotta vaaratapahtuma ei tapahtuisi välittömästi jos jossain potilasturvallisuuden osa-alueessa on poikkeama. Suojauksilla tarkoitetaan toimintaprosesseihin sisältyviä ja suunniteltuja rakenteita tai menettelytapoja, joilla pyritään estämään ja ehkäisemään vaaratapahtumien syntymistä. Suojauksilla pyritään tunnistamaan haitalliset poikkeamat, jotka saattavat aiheuttaa vaaratapahtuman syntymisen. Lääkkeiden jaon kaksoistarkistus tai leik-

kaussalin tarkistuslistat ovat eräitä esimerkkejä. (Pietikäinen ym. 2010, 17.) Potilasturvallisuuden edistämisen kannalta on oleellista ottaa huomioon, että turvallinen hoito muodostuu järjestelmien osien välisestä toiminnasta. Poikkeama suunnitellusta hoitoprosessista, kuten sovitusta hoitotavasta poikkeaminen saattaa vaarantaa hoitoprosessin turvallisuuden. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 3–7.)



Kuvio 2. Potilasturvallisuus käsitteistö. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 7).

Laiteturvallisuus sisältää itse laitteiden turvallisuuden sekä sen, että niitä osataan käyttää turvallisesti. Laiteturvallisuudesta on säädetty oma lakinsa (L629/ 2010), jossa sanotaan, että terveydenhuollossa käytettävien laitteiden tulee olla käyttötarkoitukseensa ja ympäristöönsä sopivia. Laitteiden oikealla käytöllä tulee saavuttaa niille suunniteltu toimivuus. Laitteiden toimintahäiriöt tai vialliset laitteet voivat aiheuttaa vaaratapahtuman. Toisaalta myös toimivan laitteen osaamaton tai väärä

käyttötapa voivat aiheuttaa vaaran. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 7.)

Toisin sanoen hoidon turvallisuus koostuu kahdesta osa-alueesta: hoitomenetelmien turvallisuudesta sekä hoitamisen turvallisuudesta. Hoitomenetelmiä voivat olla esimerkiksi hoito-ohjeet tai ennalta sovitut tietyt toimintamallit. Lääkehoidon turvallisuus puolestaan sisältää sekä lääkkeen farmakologisen, että lääkitysturvallisuuden. Lääkkeillä voi olla odottamattomia ja vakaviakin haittavaikutuksia. Lääkityspoikkeamat voivat aiheutua tekemisen tai tekemättä jättämisen seurauksena. Turvallisen lääkehoito-oppaan mukaan (2006) yleisimmät puutteet terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lääkehoidon lainsäädännön ja ohjeistuksen tuntemisessa, lääkelaskentataidoissa, lääkkeiden annosteluun liittyvien mittasuhteiden ja määreiden hahmottamisessa sekä lääkkeiden vaikutusten ymmärtämisessä. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 7.)

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon laadun perusta. Terveydenhuollon laadulla tarkoitetaan voimavarojen käyttöä järkevällä ja parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Tärkeää potilasturvallisuuden edistämiseksi on myös ymmärtää, että turvallisuus muodostuu järjestelmien eri osien vuorovaikutuksesta, eikä esimerkiksi pelkästään hoitolaitteen turvallisuudesta. (Snellman 2009, 32, 38.)

3.3 Terveydenhuollon HaiPro -vaaratapahtumajärjestelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön raportointityövaliokunnan vuoden 2010 loppuraportissa todetaan, että kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuullisilla organisaatioilla tulee olla vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Suomessa on eniten kokemusta Lääkelaitoksen sekä Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen kehittämästä HaiPro -järjestelmästä. HaiPro on tietotekninen internet-sovelluksessa toimiva työkalu, johon ilmoitetaan potilasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat. Tällä hetkellä ohjelmistoa ylläpitää Awanic Osakeyhtiö. HaiPron avulla voidaan ilmoittaa, käsitellä ja raportoida vaaratapahtumia. Ilmoitettaviin asioihin kuuluvat kaikki sellaiset hoitoon liittyvät vaaratapahtumat, jotka olisivat voineet aiheuttaa

tai aiheuttivat haittaa potilaalle. Ilmoittaminen on vapaaehtoista. Oleellista on, että ilmoitukset voi tehdä anonymisti, ilman rangaistuksen pelkoa. Lähinnä HaiPro -raportointimenettely on tarkoitettu yksikön sisäiseen laadunhallintaan ja toiminnan kehittämiseen, mutta se voi toimia myös organisaation yksiköiden väliseen toiminnan kehittämiseen. Vaaratapahtumailmoitukset käsittelee yksikön nimetty vastuuhenkilö tai esimies. Raportoinnin tulee olla helppoa, nopeaa ja yksinkertaista. (Kuisma 2011, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19–20, Ruuhilehto 2008, 39; Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 17.)

HaiPro -ilmoituksen teko tapahtuu web-selaimessa täytettävällä lomakkeella (liite 2). HaiPro -raportointijärjestelmä etenee prosessimaisesti (ks. liite 1 & kuvio 3). Prosessi alkaa ilmoittajan tunnistamalla vaaratilanteella, josta hän tekee ilmoituksen käsittelijälle. Ilmoittaja voi olla kuka tahansa hoitohenkilökunnan jäsen. Ilmoittaja valitsee valmiina olevista luokituksista vaaratapahtuman luonnetta, tapahtumatyypin, tapahtumapaikkaa ja -aikaa kuvaavat tiedot. Lisäksi vaaratapahtumailmoituksen tekijä kirjoittaa kuvauksen tapahtuneesta. Ilmoittaja voi kertoa vaaratapahtumasta lomakkeessa olevien apukysymysten avulla oman näkemyksensä siitä, miksi vaaratapahtuma syntyi ja mitkä tekijät tapahtumaan saattoivat myötävaikuttaa. (ks. liite 2.) (HaiPro 2012; Alinen 2008, 1; Knuutila ym. 2007, 42–43.)

Tieto uudesta vaaratapahtumailmoituksesta siirtyy sähköpostitse HaiPro -järjestelmään tallennetulle yksikön käsittelijälle. Käsittelijä luokittelee sekä analysoi vastaanotetun ilmoituksen HaiPro -työkalun käsittelijän lomakkeella, josta hän näkee alkunäkymässä ilmoittajan antamat tiedot. Käsittelijä tekee lopullisen päätöksen tarvittavista jatkotoimista sekä luokittelee ilmoitukset, ehdottaa korjaavia toimia ja välittää palautteen ilmoittajille. (Alinen 2008, 1.) Käsittely alkaa, kun käsittelijä saa vaaratapahtumahavainnosta sähköpostia ja päättää, vaatiiko havainto lisätietoja vai ei. Hän analysoi tapahtuman ja kirjaa tiedot järjestelmään. Mikäli tarvitaan lisätietoja, hän pyytää niitä ilmoittajalta ja vaaratapahtumailmoitus muuttuu ”odottaa lisätietoja” -tilaan. Mahdollisten lisätietojen syöttämisen jälkeen havainto odottaa käsittelyä ja palaa vastuuhenkilölle eli käsittelijälle. Käsittelijä päättää, vaatiiko havainto toimenpiteitä. Mikäli se ei vaadi, käsittelijä kirjoittaa päätöksen perustelut järjestelmään ja järjestelmä siirtyy ”käsitelty” -tilaan. Jos havainto vaatii lisätoimenpiteitä, käsittelijä siirtää havainnon toimenpiteen vas-

tuuhenkilölle, joka toteuttaa käsittelijän määrittelemät toimenpiteet ja raportoi asiasta eteenpäin. Kun havainto on käsitelty loppuun, havaintoon voidaan lisätä tehdyt toimenpiteet ja järjestelmä siirtyy ”käsitelty” -tilaan. (HaiPro 2012; Knuutila ym. 2007 43–47.)

HaiPro - tapahtumien raportointiprosessin viimeisissä vaiheissa vaaratapahtumista saatavaa tietoa tulee hyödyntää ja vaaratapahtuman jälkeistä muutosta tulee seurata. Käsittelijän tehtävänä on miettiä, miten tapahtuman synty voidaan jatkossa estää. Käsittelijällä on tärkeä rooli nopean palautteen antajana. Hän saa HaiPro - tietokannasta oman yksikkönsä tilastot ja kuvaajat kaikista lomakkeella luokitelluista tiedoista. Tilastojen avulla organisaation ylimmän tahon on mahdollista seurata muun muassa ilmoittamisaktiivisuutta, ilmoitettujen tapahtumien määrää, muutostoimenpiteitä ja niiden seurauksia. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 9, 42, 47.) Vaaratapahtumien käsittelyn tarkoituksena on oppia vaaratapahtumaraportteihin kertyvästä tiedosta. Vaaratapahtumien käsittelyn tulee olla analysoivaa ja tutkivaa, jotta siitä olisi hyötyä. Systemaattinen analyysimenetelmä on paras, koska silloin käsittely on mahdollisimman kattavaa. (Pietikäinen, Ruuhilehto ja Heikkilä 2010, 21–22.)

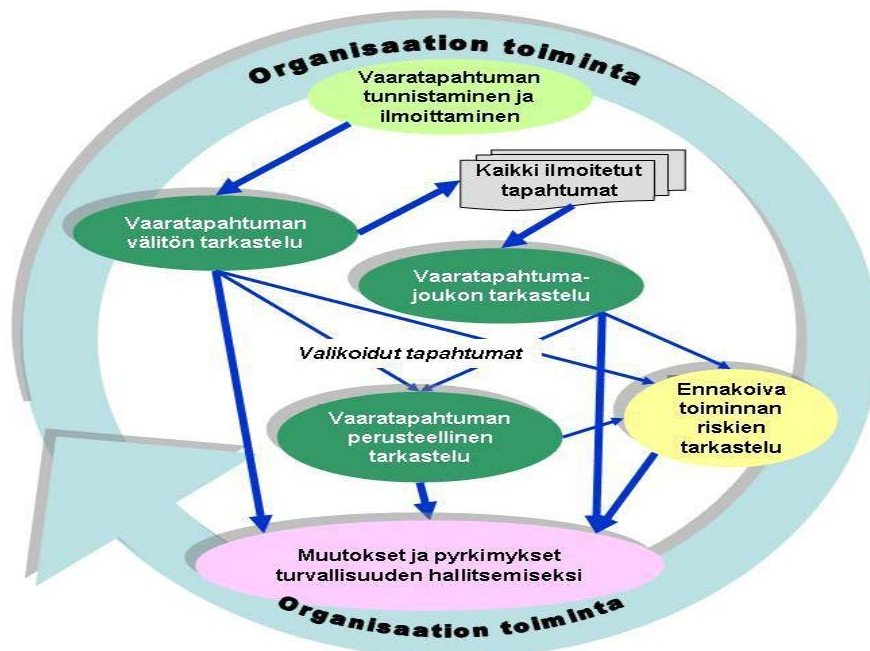
Vaaratapahtumaraportointiprosessi etenee seuraavanlaisesti:

1. Vaaratilanteen tunnistus (ilmoittaja)
2. Vaaratilanteesta tehdään ilmoitus (ilmoittaja)
3. Vaaratilanneilmoitus vastaanotetaan, luokitellaan ja käsitellään (käsittelijä)
4. Tehdään mahdollinen päätöksenteko jatkotoimista (käsittelijä tai organisaation muut vastuutasot)
5. Seuranta ja arviointi (käsittelijä tai muut organisaatiotason vastuhenkilöt sekä organisaation johto)

(Knuutila ym., 2007, 43–44, 51.)

Vaaratapahtumien käsittelyn keskeisiä toimintoja on havainnollistettu liitteessä 1. Kuviossa 3 on puolestaan esitelty kolme tapaa tarkastella vaaratapahtumia. Nämä ovat yksittäisen vaaratapahtuman välitön tarkastelu, yksittäisen vaaratapahtuman perusteellinen tarkastelu ja vaaratapahtumajoukon tarkastelu. Vaaratapahtuman tarkastelulla tarkoitetaan vaaratapahtumien analysointia eli niiden jäsentämistä

siten, että mietitään mitä on tapahtunut ja miksi. Samalla pyritään selvittämään myös vaaratapahtuman taustalla olevat tekijät, jotta voitaisiin ymmärtää, millaiset tekijät ovat vaikuttaneet vaaratapahtuman syntyyn. Vaaratapahtuman käsittely lähtee liikkeelle, kun ilmoituksen vastaanottaja eli käsittelijä suorittaa ensimmäisen tarkastelun. Käsittelijä pohtii, mitä pitää tehdä heti ja miten jatkossa ilmoitustarkastelu suoritetaan. Kuvio 3 käy ilmi, että vaaratapahtumien raportointi ja siitä saatavan tiedon hyödyntäminen on monivaiheinen prosessi. Prosessiin sitoutuminen edellyttää koko organisaation osallistumista. Tarkoituksena on vaaratapahtuman käsittelyn myötä saada monipuolinen käsitys tapahtuman taustalla piilevistä tekijöistä sekä organisaation toiminnasta. (Pietikäinen ym. 2010, 28.)



Kuvio 3. Vaaratapahtumien käsittelyn keskeiset toiminnot organisaatiossa. (Pietikäinen, Ruuhilehto ja Heikkilä 2010, 28.)

Vaaratapahtumien käsittelyssä on huomioitava, ettei se saa olla organisaation toiminnasta irrallista. Vaaratapahtumien tulisi nimenomaan toimia organisaatiolle tiedon lähteenä. Vaaratapahtumien käsittelyllä tulee siis pyrkiä organisaation tehtävää toteuttavien henkilöiden työskentelyedellytysten parantamiseen ja käsittely

tulee suunnitella osaksi olemassa olevia linjaorganisaatioita. Käsittelijöiksi nimettyjen vastuuhenkilöiden tueksi on hyvä nimetä esimerkiksi potilasturvallisuusryhmä. Erityisesti tämä on tarpeen silloin, kun vaaratapahtumat raportoidaan ja käsitellään niin, että kaikki alueella toimivat erikois- ja perusterveydenhuollon yksiköt raportoivat samaan tietokantaan. Käsittelyllä on merkityksensä henkilökunnan työtä koskevan ymmärryksen lisääntymiseen. HaiPro -raportointijärjestelmään kertyvän tiedon kautta on mahdollista nähdä turvallisuuden näkökulmasta, miten organisaatio toimii ja miten sen tulisi toimia. (Pietikäinen ym. 2010, 24.)

4 POTILASTURVALLISUUDEN JOHTAMINEN

4.1 Esimiesten rooli vaaratapahtumailmoitusten analysoinnissa

Esimiehen rooli nousee useissa selvityksissä ja tutkimuksissa esille merkittävänä tekijänä potilasturvallisuusasioissa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos odottaa esimiesasemassa olevilta henkilöiltä ymmärrystä potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä sekä selkeää sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen. Esimiehillä on tärkeä rooli potilasturvallisuustyön resursoinnissa sekä henkilöstön kannustamisessa turvalliseen toimintaan. Eri mittareita ja indikaattoreita seuraamalla johto voi tarkkailla ja arvioida yksikön turvallisuustasoa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Yhdysvaltalaisen Institute of Medicine (IOM) tekemässä julkaisussa ”To Err is Human” todettiin, että vapaaehtoisuuteen perustuvia raportointityökaluja tarvitaan potilasturvallisuuden parantamiseksi. Erityisesti kaivattiin raportointia ”läheltä piti” -tilanteista. Julkaisun mukaan Yhdysvalloissa esiintyy jopa noin miljoona estettävissä olevaa vaaratapahtumaa vuosittain. Sen takia tarvitaan laajempaa ymmärrystä vaaratapahtumien taustoista. Jatkuvaa kehittämistyötä potilasturvallisuuden eteen ei voida myöskään unohtaa, minkä lisäksi vaaratapahtuma raporteista saatava tieto tulisi saada sisällytettyä hoitolaitosten strategioihin. Vaaratapahtumaraporteista saatavaa tietoa tulisi siis hyödyntää entistä tehokkaammin. Pelkän ilmoittamisen ja analysoinnin lisäksi raporteilla on mahdollista seurata, miten tietoa on osattu hyödyntää. Lyhyesti sanottuna raporteista voidaan seurata, onko ehkäiseviä toimenpiteitä kehitetty, jottei vastaavia virheitä enää tapahtuisi. (Lucian 2002, 1633.)

Kurronen (2011) toteaa, että tyypillisin vastaus vaaratapahtuman käsittelijältä on, että informoidaan tapahtuneesta. Selkeitä kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtuman ehkäisemiseksi tehtiin erittäin vähän. Kurronen toteaa, että jatkossa vaaratapahtumailmoituksia käsittelevien tulee panostaa selkeisiin ja käytäntöön sovellettaviin kehittämissuhteisiin. (Kurronen 2011, 40–42.) Samoin Kuisman (2011)

tutkimuksesta ilmenee, että vaaratapahtuman toistumisen estäväksi toimenpiteeksi oli yleisimmin esitetty tapahtuneesta informointia, selkeän kehittämissuunnitelman sijaan. HaiPron käyttökoulutuksiin panostaminen lisää vaaratapahtumailmoituksesta saatavan tiedon tehokkaampaa hyödyntämistä. Vaaratapahtumista tulee oppia, minkä jälkeen prosesseja tulee arvioida ja kehittää. Kuisman mielestä potilasturvallisuutta kehitettäessä hoitoprosessien ja toimintatapojen läpikäynti ja avaaminen ovat avainasemassa. Tämä tarkoittaa sitä, että esimiesten tulee nähdä kokonaiskuva vaaratapahtumiin vaikuttavista tekijöistä. Säännöllisen analysoinnin avulla esimiehillä on mahdollisuus vertailla ja seurata suunniteltujen muutosten vaikuttavuutta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan esimiehet eivät osanneet hyödyntää HaiPro -järjestelmässä vaihtoehtoina olevia kehittämisen osa-alueita. (Kuisma 2010, 29 - 58).

Tulos sivuaa Ruuhilehdon ja Knuutilan (2008) tutkimusta, jossa kehittämistoimenpiteissä nousi esiin HaiPro -järjestelmän luokitusten lisäksi dokumentointi, perehdytys, työympäristö, työohjeet, viestintä ja yhteistyö. Hoitotyön esimies on avainasemassa kehittämistoimien edistämisessä. Turhan helposti kehittämistoimenpide nähdään työyhteisöissä negatiivisena palautteena aiemmasta työtavasta. (Ruuhilehto & Knuutila 2008, 36–41.) Taatila (2009) korostaa esimiehien merkitystä vaaratapahtumailmoituksia analysoitaessa. Esimiehen tulee tarkastella kokonaisuutta sekä vaaratapahtumailmoitukseen vaikuttavia tekijöitä. Syyllisiä ei tule etsiä. Sen sijaan tulee miettiä, johtiko vaaratapahtumaan esimerkiksi ylipaikkatilanne, sijaiset tai jokin muu tekijä. (Taatila 2009, 33).

Sarasteen (2012) tutkimus tuo esille mielenkiintoisen seikan, etteivät kaikki käsittelijöiksi nimetyt tienneet rooliaan. Lisäksi käsittelyn tiheys vaihteli eri yksiköissä ja osalla oli tietämättömyyttä käsittelyn käytännöistä ja he vain tyytyivät lukemaan ilmoituksia. Käsittelijät kokivat ehkäiseviksi tekijöiksi koulutuksen sekä ohjeistuksen puutteen. Saraste (2012) kertoo, että käsittelijät kuitenkin arvioivat raportointimenettelyn toteutuvan kohtuullisen hyvin. Vaaratapahtumien raportointiin liittyvien vastuiden ja tehtävien tarkempaan määrittelyyn kaivattiin selvyttä. Myös luottamuksellisen ilmapiirin luomiseen tulee kiinnittää huomiota, koska henkilöstön negatiivinen asennoituminen on aiheuttanut vaaratapahtumailmoitusten tekemättä jättämistä. Kerätty tieto voi myös jäädä julkaisematta. (Saraste 2012, 27–37). Ruuhilehdon ja Knuutilan (2008) HaiPron käsittelijöille tehty tut-

kimus tuo esille samoja seikkoja kuin Sarasteen (2012) tutkimus. Siitä käy ilmi, ettei ilmoitusten käsittelyajoissa ollut selkeää konsensusta. Osa käsittelijöistä käsitteli ilmoituksia useammin kuin kerran viikossa, mutta suurin osa vastaajista käsitteli ilmoituksia pari kertaa kuussa tai harvemmin. Myös käsittelytavat erosivat toisistaan. Yleensä yksiköissä on useampi kuin yksi käsittelijä. Työnjako mietitytti osaa vastaajista. Huomattavaa oli se, ettei 15,9 prosenttia vastaajista ollut muodostanut minkäänlaista työtapaa käsittelyjen suhteen.

Tästä voidaan päätellä, että esimiesten avoimuudella ja syyllistämättömyydellä on merkitys vaaratapahtumaraporteista oppimiseen. Vaaratapahtumailmoitusten käsittely tulee tehdä rakentavasti ja luotettavasti. Luotettavalla, avoimella ja syyllistämättömällä ilmapiirillä on merkityksensä työntekijöiden ilmoitushaluun: jos työntekijät kokevat, etteivät ilmoitukset johda mihinkään, motivaatio virheistä ilmoittamiseen heikkenee. Yhdessä keskustelemisellä onkin suuri merkitys oppimiseen. (Helovuo ym. 2012, 149 – 151.)

Kinnunen (2011) toteaa, että vuodesta 2007, jolloin HaiPro tarjoaa ensimmäisiä käyttökokemuksia, on tapahtunut merkittävää edistystä. Asenteet sekä potilasturvallisuuskulttuuri ovat kaiken kaikkiaan kehittyneet. Muutos on mahdollista. Paljon on tapahtunut, mutta paljon on vielä kehitettävää. Esimiehet ovat avainasemassa systeemilähtöiseen ajattelutapaan, sillä heidän asenteellaan on merkitystä siihen, miten vaaratapahtumailmoituksista opitaan positiivisilla metodeilla ilman syyllistämistä. Yksi HaiPro -ilmoitus saattaa paljastaa prosessissa ilmenevän heikkouden, jolle on tehtävissä muutos turvallisempaan potilaan hoitoon. (Kinnunen 2011).

Battles ja Stevens (2009) tuovat artikkelissaan esille hieman samankaltaisia näkemyksiä. He toteavat, että vaaratapahtumaraportointijärjestelmät ovat nykyisin oleellisessa asemassa potilasturvallisuuden edistämiseksi. Niiden tehokas hyödyntäminen on kuitenkin yhä puutteellista. Lisäksi vaaratapahtumaraportointijärjestelmät ovat levinneet laajempaan käyttöön yllättävän hitaasti. Tulevaisuuden toivoa niiden hyödyntämiseksi on, sillä Iso-Britanniassa on huomattu, että niissä sairaaloissa, joissa käytiin systemaattisesti läpi vaaratapahtumaraportteja, potilasturvallisuuskulttuurin huomattiin muuttuneen positiivisemmaksi.

Inhimillisenkin vaaratapahtuman taustalla on usein prosesseihin, toimintatapoihin ja -olosuhteisiin liittyvää ongelmaa. Inhimillistä virhettä ei tule käsitellä ilman, että pohtii ja analysoi sitä moniulotteisesti organisaation toiminnan kautta. Esimieheltä tarvitaan systeemiajattelua eli vaaratapahtumaa tulee analysoida siten, että ottaa huomioon olosuhteen virheen taustalla. Esimerkiksi tulee pohtia oliko tilanteeseen varauduttu vaikkapa niin, että uuden työntekijän perehdytys on kaikille selvää. Esimiehen tulee pohtia jokaista tehtyä ilmoitusta yksilöllisesti. Päätös siitä, mihin vaaratapahtumailmoitus johtaa on esimiehellä. On huomioitava, että jokainen ilmoitus ei johda tarkempaan tarkasteluun. Esimiehellä on ratkaiseva rooli siinä, miten hän analysoi vaaratapahtumia ja, mitkä niistä hän tuo esille työyhteisöön tarkempaa tarkastelua varten. Vaaratapahtumien käsittelijällä on oltava asiantuntemus, jotta vaaratapahtumista kyetään oppimaa ja, että hän osaa katsoa ilmoituksen merkityksen työyhteisölle tai organisaatiolle. Koska inhimilliset virheet johtuvat usein työympäristön ja toimintatapojen vaaroista on merkittävää potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta kehittää organisaation prosesseja. (Helovuori, ym. 2012, 53, 57, 63, 140 – 152.)

Yhteenvedon voidaan todeta, että esimiehien asenteilla, teoilla ja vaaratapahtumailmoitusten analysoinnilla on suuri merkitys. Esimiehien tulee nähdä vaaratapahtumailmoitusten tarjoama mahdollisuus ja heidän tulee rohkaista koko työyhteisöä avoimeen keskusteluun. Esimiehen tulee ajatella systeemiajattelun kautta analysoidessaan vaaratapahtumailmoituksia. Virhe on tapahtunut mahdollisesti ihmisen tekemänä, mutta esimiehen tulee pohtia, mikä prosessissa mahdollisti virheen.

4.2 Prosessiajattelun merkitys toimintaympäristössä

Laamasen (2005) mukaan prosessiajattelussa lähdetään liikkeelle yksinkertaisesti asiakkaasta sekä hänen tarpeistaan. Prosessiajattelun myötä selkiytyy se, millä tuotteilla ja minkälaisella toiminnalla asiakkaan tarve pystytään tyydyttämään. Prosessiajattelu johtaa organisaatioiden perusolemuksen eli pohditaan, miksi asioita tehdään ja mitkä toiminnot johtavat oikeiden asioiden tekemiseen. Prosessiajattelu on olennainen osa laatujohtamista. Prosessit määräytyvät jokaisen orga-

nisaation omien strategioiden mukaan. Prosessit taas määrittelevät tavoitteet sekä vaatimukset voimavaroille, kuten esimerkiksi osaamisvaatimuksille.

Prosessiajattelussa lähdetään liikkeelle systeemiajattelusta sekä siitä, että toimintaa parannetaan asiakkaan edun eteen. Systeemiajattelu perustuu näkemykseen, jonka mukaan potilasturvallisuus ei perustu yksittäisen henkilön toimiin tai ammattitaitoon. Systeemiajattelun mukaan vaaratapahtumat syntyvät monimutkaisen järjestelmän eri osien ja toiminnan pohjalta. Prosessiajattelussa keskitytään lisäarvoa tuottavaan toimintaan. Tavoitteena on tuloksellisuuden parantaminen sekä toiminnan tehostaminen. Prosessien muutoksella ja tarkastelulla haetaan lisäarvoa yritykselle. Prosessiajattelu soveltuu erilaisten organisaatioiden toiminnan tarkasteluun ja tuloksellisuuden kehittämiseen. Prosessissa voidaan tarkastella laajempia kokonaisuuksia tai hyvinkin suppeaa osaa yrityksen toimintaa. Prosessiajattelun myötä voidaan kehittää erilaisia työkaluja ja mallintamisia, kuten tietojärjestelmiä tai erilaisia työkaluja. Prosessiajattelussa haetaan selkeyttä yhteisille toimintatavoille sekä selkiytetään yrityksen käytänteitä. (Helovuom ym. 2012, 53; Martinsuo & Blomqvist 2010, 3.)

Kinnunen (2010) toteaa samoin kuin Helovuom ym. (2012), että vaaratapahtumailmoituksia on jo kertynyt runsaasti. Nyt tarvitaan prosessiajattelua, jotta ilmoitukset saataisiin näkyvämmiksi ja ne johtaisivat oppimiseen. Vaaratapahtumajärjestelmästä saatava tieto tulee saada nivottua yhdeksi osaksi organisaation arjen toimintaan. Prosessi ei siis saa olla mikään irrallinen tapahtuma, joka koetaan ylimääräiseksi työksi. Virhe on työskentelytilanteissa tapahtuva ja inhimilliseen toimintaan kuuluu aina erehtymisen mahdollisuus. Kinnunen (2010) toteaa, että organisaation oppiminen on monitahoinen prosessi, jossa on otettava huomioon niin konteksti kuin ihmiset. (Kinnunen 2010, 22 – 33.) On muistettava vaaratapahtumista oppimisen prosessin olevan helposti haavoittuvaa. Syyllistäminen, virheiden peittäminen tai virheiden syiden selvittämättä jättäminen estävät vaaratapahtumista oppimista. (Helovuom ym. 2012, 149.)

Ihmisten asenteilla on merkityksensä siihen, miten vaaratapahtumailmoituksiin suhtaudutaan. Kinnusen tutkimus osoittaa, että johtotason ja työntekijöiden näkemykset siitä, kenen tulee vastata virheisiin puuttumiseen eroavat toisistaan. Työntekijätasolta odottaa, että johtotaso tarttuu virheisiin, kun johtotaso taas olettaa toi-

sinpäin. Vaaratapahtumista oppiminen riippuu ilmoitusaktiivisuudesta, mutta pelkästään se ei riitä vaan vaaratapahtuma analysoinnin tulee olla asiantuntevaa ja systemaattista. Vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuus selkeästi kohenee, kun huomataan niiden vaikutus oppimiseen ja organisaation muutoksiin. (Kinnunen 2010, 29 – 39.)

Kinnunen (2010) näkee, että johtotasolla on pääällimmäinen vastuu, mutta kaikkien tulee ymmärtää virheistä oppimisen mahdollisuudet. Tärkeää on löytää keskusteluyhteys kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tai välillisesti osallistuvien kesken. Vaaratapahtumaraportointijärjestelmästä saatu tieto tulee osata jakaa laajasti, systemaattisesti ja nopeasti. (Kinnunen 2010, 141–142). Virolaisen (2012) tekemässä tutkimuksessa käy ilmi, että vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro:n hyödyntämisessä oli ylipäänsä suuria organisaatiokohtaisia eroja Suomessa. Osassa organisaatioissa HaiPro:sta saatua informaatiota ei käytetä lainkaan tai sitä käytetään vain pinnallisesti, kun taas toisissa organisaatioissa HaiPro:sta saatavaa tietoa hyödynnetään systemaattisesti koko organisaatiossa.

Ruotsissa on tutkittu potilasturvallisuutta pidempään kuin Suomessa. Länsinaapurissamme ensimmäinen järjestelmällinen yritys tutkia nimenomaan johtajien näkemyksiä potilasturvallisuudesta on vuonna 2007 tehty kyselytutkimus. Tutkimuksessa tarkasteltiin ruotsalaisten terveydenhuollon johtajien tietoisuutta potilasturvallisuudesta. Keskeisiä kysymyksiä olivat: Mitä terveydenhuollon johtajat tiesivät turvallisuusasioista ja miten merkittävänä he kokivat nämä asiat? Tutkimuksessa kartoitettiin myös johtajien näkemyksiä sopivista turvallisuusjohtamisenstrategioista. Tutkimuksessa selvisi, että ruotsalaisjohtajilla on suhteellisen hyvä tietoisuus potilasturvallisuusasioissa. He myös nostivat sen merkitykselliseksi. Merkittävää on kuitenkin vastaajien jakautuminen melko tasan kahtia, kun kyseessä olivat organisaation nykyiset käytännöt. Toisten mielestä potilasturvallisuusasiat oli hoidettu hyvin ja toisten mielestä tarvittiin suuria muutoksia. (Härestam, Elg, Svensson, Brommels & Øvretveit 2009, 168–177.)

Vuonna 2008 Avelin ja Lepola toteavat tekemässään kehittämishankkeessaan, että vaaratapahtumajärjestelmän avulla on tapahtunut oppimista, mutta kehitettyjä toimivia käytäntöjä ei ole osattu siirtää muiden osastojen käyttöön. Kehittämishanke toteutettiin Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terve-

yskeskussairaalassa. Samoin Knuutilan & Ruuhilehdon (2008) HaiPro -vaaratapahtumienraportointia käsittelevän kyselyn yhtenä tuloksena kävi ilmi, että ilmoittajien ja käsittelijöiden kesken kaivattiin tiiviimpää yhteistyötä ja yhteydenpitoa. Samaan aikaan yhteistyötä hyvien kehittämiskäytänteiden levittämiseksi haluttiin laajentaa yli yksikkötasojen.

Varis (2011) toteaa potilasturvallisuuden olevan monitahoinen ja vaativa asia terveydenhuollossa. Potilasturvallisuutta mietittäessä ja tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon monia näkökulmia, joista itse potilas on tärkein tekijä. Lisäksi näkökulmaan vaikuttavat toiminnan perusta, organisaatio, hoitohenkilökunnan asenteet ja arvot. Nämä yhdessä tekevät potilasturvallisuudesta haasteellisen. Kaikkien tahojen toiminnan tulee tähdätä potilaan turvalliseen ja ongelmitta sujuvaan hoitoon. Variksen (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, että johdolla ja henkilökunnalla oli erilaisia näkemyksiä käytännön työstä. Hoitohenkilökunta kaipasi enemmän johdon tukea potilasturvallisuusasioissa. Johdon tuki ja toiminta koettiin tärkeänä nimenomaan yhteistyössä tehtävänä toimintana yhdessä henkilöstön kanssa. Johdolla on merkittävä rooli avoimen ilmapiirin luomisessa sekä hoitohenkilökunnan riittävän koulutuksen ja perehdyttämisen organisoimisessa. Organisaation tulee tukea muun muassa HaiPro -tietojärjestelmän tehokkaampaa hyödyntämistä. (Varis 2011, 30–34.) Seppälä (2011) toteaa samansuuntaisesti, että yhteistyö on merkityksellinen potilasturvallisuuden edistämiseksi. Kuten jo aiemmin todettiin (vrt. Varis 2011), ylemmän johdon yhteistyö henkilökunnan kanssa madaltaa kynnystä vaaratapahtumien ilmoittamisesta. Avoin ilmapiiri ja avoin keskustelu koettiin tärkeänä. Esille nousi myös se, että tarvitaan riittävää koulutusta sekä johdon vastuunottoa ja sitoutumista potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseksi.

Soop, Fryksmark, Köster ja Haglund (2009), tutkivat vuosina 2003–2004 28 sairaalan tapahtuneita haittoja ja estettävissä olevia vaaratapahtumia. Tutkimus suoritettiin Ruotsissa. Tutkimuksessa viitattiin Tanskaan, koska siellä suoritettiin Pohjoismaiden ensimmäinen tutkimus haittatapahtumien suhteen. Tanskan sekä muiden maiden tulokset osoittivat, että tarvitaan kansallisen tason tietoa haittatapahtumista, jotta potilasturvallisuuden tietoisuus paranee ja toimintaa voidaan tehostaa kohti turvallisempaa hoitoa. Tutkimuksen mukaan, Ruotsin sairaaloissa on todettu tapahtuneen estettävissä olevia haittatapahtumia. Muutaman vuoden kuluttua tutkimuksenjulkaisusta Ruotsissa oli panostettu potilasturvallisuuden edistä-

miseen. Myös muissa maissa oli tapahtunut myönteistä muutosta kohti turvallisempaa hoitoa. Lopuksi tutkijat kuitenkin huomaussivat, että se, mitä nyt on kansainvälisesti tehty potilasturvallisuuden eteen, ei vielä riitä. Tarvitaan vielä lisää toimenpiteitä kohti turvallisempaa hoitoa.

Vaaratapahtumailmoitusten käsittelijöiden tulee tietää roolinsa ja heillä tulee olla kyky analysoida vaaratapahtumailmoituksia. Mikäli käsittely jää pinnalliseksi, vaaratapahtumailmoituksista oppiminen jää myös heikoksi. Organisaation ylimmän johdon tehtävänä on huolehtia, että vaaratapahtumaprosessi on kaikille osapuolille selvä; ylin johto takaa sen, että organisaation sisällä toimivat yksiköt ja henkilöt kykenevät suorittamaan työnsä turvallisesti. (Benn, Koutntji, Wallace, Spurgeon, Reijman, Healey ja Vincent 2009). Pietikäinen, Heikkilä ja Reiman (2012) nostavat esille yhtenä esteenä systemaattiselle potilasturvallisuuden kehittämiseksi lääkäreiden autonomian sekä heidän välillään vallitsevan vahvan ammattikulttuurin. Potilasturvallisuuden edistämisen ja kehittämisen eteen tarvitaan kaikkia, eikä mikään ammattiryhmä voi ajatella liian yksilökohtaisesti. Potilasturvallisuuden kehittäminen vaatii yhteisiä pelisääntöjä, joihin kaikkien tulee sitoutua.

Kinnunen (2011) toteaa lääkäreiden tekevän liian vähän vaaratapahtumailmoituksia. Hän uskoo lääkäreiden ilmoitushalukkuuden lisääntyvän, kunhan heille osoitetaan niillä mahdollistuva muutos. Potilaan turvalliseen hoitoon ei saa vaikuttaa koulutusten erilainen tausta, vaan kaikkien terveydenhuollossa työskentelevien tulee kyetä yhteistyöhön. Ruotsin sosiaalishallinnon (Socialstyrelsen) (2011) tekemän selvityksen havainnot vahvistavat Kinnusen (2011) näkemystä siitä, että varsinkin lääkärit aliraportoivat vaaratapahtumia. Härkönen (2012) pohtii tutkimuksessaan, miksi lääkärit raportoivat vähän vaaratapahtumailmoituksia. Sairaanhoidajat olivat vaaratapahtumia eniten ilmoittava ammattiryhmä. Härkönen mietti, johtuisiko sairaanhoitajien aktiivisuus osittain siitä, että potilaat ottavat ensisijaisesti heihin yhteyttä ja täten he huomioivat virheet aiemmin kuin lääkärit. Härkösen tutkimus tukee edelleen aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että lääkärit eivät käytä vaaratapahtumajärjestelmiä yhtä aktiivisesti kuin sairaanhoitajat.

Kingstonin ym. (2004) tutkimuksessa todetaan, että hoitajien työskentelyä ohjaavat enemmän protokollat kuin lääkäreiden ja he ovat tottuneempia noudattamaan

annettuja ohjeita. Lääkärit ovat tottuneet itsenäisempään, ei ohjattuun työskentelytapaan. Tutkimuksessa lääkärit vastasivat, ettei heille tule mieleen ilmoitusten teko, koska se ei ole tapoihin kuuluvaa. Hoitajille ilmoitusten tekoon oli annettu selkeämmät ohjeet ja he tekivät ilmoituksia, koska niin oli ohjattu. Lääkärit kokivat, että ilmoitusten teko on aikaa vievää, ja heiltä puuttui motivaatio ilmoitusten tekoon. Hoitajat olivat turhautuneet lääkäreihin juuri tuon motivaatiopuutteen vuoksi. He kokivat, että heidän täytyy kokoajan patistaa ja muistuttaa lääkäreitä ilmoitusten teosta. Molempien ammattiryhmien, sekä lääkäreiden että hoitajien motivaatiota vaaratapahtumailmoitusten tekoon laski niiden hidas käsittely. Lisäksi koettiin, ettei ilmoituksista saanut palautetta eivätkä ne kehittäneet toimintatapoja.

Yhteenvedona voidaan todeta, että potilasturvallisuustyö lähtee organisaation johdosta. Johdon kannustuksella sekä resurssien tarjonnalla on merkitys alaistensa asenteisiin vaaratapahtumailmoitusten tekoon, potilasturvallisuustyöhön panostukseen ja vaaratapahtumailmoitusten tekoon sekä analysointiin. Potilasturvallisuustyöhön tarvitaan jokaista työntekijää. Selkeästi koulutuksiin satsaaminen kannattaa ja lisää henkilökunnan tietoisuutta esimerkiksi vaaratapahtumailmoitusten merkityksestä koko organisaatiolle.

4.3 Palautteen merkitys henkilökunnan sitouttamiseen

Antikaisen (2011) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä tehdystä Pro gradusta ilmenee, että vaaratapahtumia aliraportoidaan. Merkille pantavaa oli myös se, että työntekijät ajattelivat ilmoituksien kääntyvän heitä vastaan. Kohtalaisen suuri osa vastaajista oli sitä mieltä, että he saavat harvoin tai ei koskaan palautetta työyksikössä sattuneista vaaratapahtumista. Palautetta ei annettu myöskään siitä, olivatko ilmoitukset johtaneet muutoksiin eikä mahdollisiin muutoksiin johtaneita ilmoituksia eritelty tarkemmin. Yhteistyö johtajien kanssa koettiin heikohkona ja sen parantamista kaivattiin. Samantapaisiin tuloksiin päätyi myös Myllykangas (2011). Kolmannes vastauksen antaneista sairaanhoitajista koki, että oli vaikea sanoa miten virheiden käsittely hoidetaan työyksikössä, koska he eivät saaneet palautetta tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista.

Benn ym. (2009) toteavat kuitenkin, että kuukausittain pidettävät palautepalaverit olivat lisänneet henkilökunnan vaaratapahtumailmoitusten tehokaluutta. Toisaalta on tärkeää huomata, että tehokas palautteiden käsittely edellyttää havainnollistamista. Eräitä käytänteitä vaaratapahtumailmoituksen käsittelyyn olivat koulutukset sekä osastojen väliset asiantuntijapalaverit, jossa yhdessä käsitellään ilmoituksia. Evans, Smith, Esterman, Runciman, Maddern, Stead, Selim, O'Shaughnessy, Muecke ja Jones (2007) toteavat myös, että palautteen anto, koulutus, syylistämättömyys sekä vaaratapahtumailmoitusten teon helppous ovat vaaratapahtumailmoituksia lisääviä tekijöitä. Tutkimus osoitti, etteivät lääkärit tienneet, mitä tai miten pitäisi raportoida. He olivat sitä mieltä, että vaaratapahtumailmoitusten teko on pääasiassa hoitajien vastuulla. Eniten vaaratapahtumailmoituksia tekivätkin hoitajat (84 %). Seuraavaksi eniten vaaratapahtumailmoituksia tekivät muut ammattiryhmät (11 %). Vähiten vaaratapahtumailmoituksia tekivät lääkärit (5 %). Vaaratapahtumailmoitusten tekoa vähensi pelko kurinpito toimista sekä ajan ja palautteen puute. Tutkimuksen mukaan palautteenanto ei ollut helppoa lääkäreille, koska he eivät esimerkiksi osallistuneet yhteisiin osastokokouksiin.

Samankaltaisia tuloksia, kuin Evansin ym. (2007) tutkimuksesta, löytyy useammasta ulkomaisesta sekä kotimaisesta julkaisusta. Muun muassa Kingston, Evans, Smith ja Berry (2004), Benn, ym. (2009), Mahajan (2010), toteavat, että suurimmat esteet ilmoituksien tekoon ovat ajan puute, toimimattomat prosessit, epäasiallinen palaute ja epätieto siitä johtavatko ilmoitukset mihinkään. Tarvitaan palautetta, jotta vaaratapahtumailmoituksista saadaan tarvittava hyöty. (ks. Antikainen 2011 ja Myllykangas 2011). (Kingston ym. 2010). Etelä-Australian sairaaloissa sekä lääkärit että sairaanhoitajat kaipasivat enemmän palautetta tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista. Palautteen puute olikin suurin este lääkäreiden ja sairaanhoitajien vaaratapahtumailmoituksien tekoon. (Evans, Berry, Smith, Esterman, Selim, O'Shaughnessy & DeWit 2006).

Yhteenvedona edellä mainituista tutkimuksista voidaan todeta, että vaaratapahtumailmoituksia tekevä henkilökunta kaipaa palautetta. Palautteen annolla on merkityksensä ilmoitushalukkuuteen, koska se viestittää tehtyjen vaaratapahtumailmoituksien merkityksellisyydestä. Palautteen kautta voidaan paremmin puuttua prosesseihin vaaratapahtumailmoituksien takana.

5 TOIMINTATUTKIMUS LÄHESTYMISTAPANA KEHITTÄMISHANKKEESEEN

5.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimukselle on tunnusomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus, tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin ja pyrkimys saada aikaiseksi käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta. Toimintatutkimuksen päämääränä on toiminnan samanaikainen kehittäminen. Työtehtävät edellyttävät lähes aina yhteistyötä muiden kanssa, minkä takia työn kehittäminen vaatii ihmisten välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. Se onnistuu harvoin ilman, että otetaan huomioon muiden tehtävät, koko organisaatio ja toimintaympäristö. Joskus tarvitaan lisäksi laajaa toimijoiden välistä keskustelua kehittämisen suunnasta ja keinoista. (Heikkinen 2007, 16–17.) Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti (2009) toteavat myös sen, että toimintatutkimuksessa on olennaista ottaa käytännöissä toimivat ihmiset mukaan aktiivisiksi osallisiksi tutkimukseen ja kehittämiseen. Samaan tapaan Metsämuuronen (2008) sanoo, että yksinkertaistetusti toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua, yhteistyötä vaativaa, osallistavaa ja itseään tarkkaillevaa. Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Se kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka taas pohjautuu vuorovaikutukseen. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Pienimuotoisimmillaan toimintatutkimus on oman työn kehittämistä.

Kinnusen (2008) mukaan toimintatutkimus perustuu kokonaisvaltaiseen tietoon. Aineisto hankitaan todellisista tilanteista ja tutkija on osana tehtävässä tutkimuksessa. Tiedon tulee olla mahdollisimman monipuolista ja tutkittua. Toimintatutkimuksessa prosessi etenee sen omalla painollaan. Toikko ja Rantanen (2009) toteavat samaan tapaan toimintatutkimuksen olevan eräänlainen prosessi, jota ei voi kuitenkaan tarkasti määritellä, vaan prosessinaikaiset havainnot ohjaavat sen etenemistä. Toimintatutkimus edellyttääkin useasti monia kokeilevia vaiheita.

Kuula (1999) on kuvannut toimintatutkimuksen tutkimusprosessia siten, että tutkittavat ovat aktiivisia osallistujia muutos- ja tutkimusprosesseissa. Tutkijan ja tutkittavien suhteen perustana puolestaan on yhteistyö ja yhteinen osallistuminen. Toimintatutkimus suuntautuu käytäntöön ja se on ongelmakeskeistä. Toimintatutkimus tähtää aina muutokseen; yleensä muutos tuottaa jotakin, esimerkiksi opaskirjan tai uuden toimintatavan. Tutkimusprosessi on syklinen: ensin valitaan päämäärät, tämän jälkeen tutkitaan ja kokeillaan. Sen jälkeen taas arvioidaan ensiaskelia sekä muotoillaan ja tarkennetaan päämääriä, tehdään käytännön kokeiluja, joita myös arvioidaan. Tutkimusprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi. Toimintatutkimus on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät prosessin aikana.

Spiraalimalli vastaavasti tarkoittaa jatkuvana syklinä etenevää kehittämisprosessia. Kehittämistoiminnan tehtävät muodostavat kehän, jossa perusteluvaihetta seuraavat organisointi, toteutus ja arviointi. Prosessi jatkuu ensimmäisen kehän jälkeen ja koostuu samoista osista kuin aiempikin spiraali, josta seuraa taas uusia syklejä. Kehittämistoiminta on tällaisessa mallissa jatkuvaa. Spiraali sisältää siis useita peräkkäin toteutettuja kehiä. Tällainen kehittäminen edellyttää pitkäjänteistä prosessia, sillä ensimmäinen kehä muodostaa vasta lähtökohdan kehittämiselle. Kehittämisen tuloksellisuus on usein kiinni siitä, kuinka monta kehää kehittämisprosessin aikana ehditään toteuttaa. Arviointivaihe on keskeinen solmukohta, joka voi johtaa jatkuvaan vuorovaikutukselliseen ja reflektiiviseen kehittämiseen. Kehittämishanke, jossa on yksi pääspiraali ja useita pienempiä sivuspiraaleja on todennukaisempi kuin tasasuuruiset erilliset samansuuruiset spiraalit. Spiraalimallin ongelmana voi kuitenkin olla liian monet sivuspiraalit, jolloin projekti laajenee liian suureksi ja sitä on hankala hallita. (Toikko & Rantanen 2009, 66–67, 70.)

Kuten Kuula (1999) toteaa, yksi keskeisimpiä toimintatutkimuksen erityispiirteitä on se, että tutkittavat eivät ole passiivisena kohteena, vaan osallistuvat aktiivisesti muutos- ja tutkimusprosessiin. Toimintatutkimus on siis sosiaalinen prosessi, johon toki liittyy myös muutakin kuin pelkästään sosiaalista toimintaa. Kuula (1999) toteaa, että tutkijan tulee saavuttaa keskusteluyhteys ja luottamus kohteeseen. Tutkijan ei tule olla auktoriteetti tai konsultti, vaan hänen tulee osallistua

tutkittavaan käytäntöön. (Kuula 1999, 207–208.) Kuten Toikko ja Rantanen (2009) toteavat kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi ja prosessin onnistuminen on osittain riippuvainen yhteistyötahojen motivoinnin, osallistamisen ja sitouttamisen onnistumisesta. Kehittämishankkeessa kaikkien tarkoituksena on kehittää samaa kohdetta niin, että kukin tarkastelee sitä omista lähtökohdistaan. Kehittämisprosessin aikana tulee myös reflektoida tehtyjä havaintoja, jotka vastaavasti ohjaavat tutkimusprosessin etenemistä. (Toikko & Rantanen 2009, 89–91.)

5.2 Toimintatutkimus tässä kehittämishankkeessa

Kehittämishankkeen suunnittelu alkoi heti Ylemmän ammattikorkeakouluopintojeni aloittamisen jälkeen syksyllä 2011 kehittämishankkeen aiheen pohdinnan myötä (ideavaihe). Tarve HaiPro -ilmoituksen käsittelijöille suunnatulle toimintamallin laatimiselle ilmeni, kun olin yhteydessä PHKS:n konservatiivisen puolen ylihoitajaan. Yhdessä hänen kanssaan tarkastelimme sisätautipuolella tehtyjä HaiPro – ilmoituksia. Valitsimme sisätautipuolella tehdyt ilmoitukset tietyltä ajankakselta, koska siellä ilmoitusaktiivisuus oli suurin verrattuna muihin yksiköihin. HaiPro -raportointijärjestelmänraporttien tarkastelun myötä kävi ilmi, että ilmoitusten käsittely jää melko pinnalliseksi ja selkeät kehittämissideat HaiPro - ilmoituksien tarkastelun jälkeen jäävät vähäisiksi. Ylihoitaja toi esille, että käsittelyajoissa oli liiaksi poikkeavuutta, kuten myös ilmoitusaktiivisuudessa eri yksiköiden kesken. Tämä antoi viitettä siitä, että käsittelyprosessi tai koko HaiPro - prosessi ei ollut kaikille selkeä.

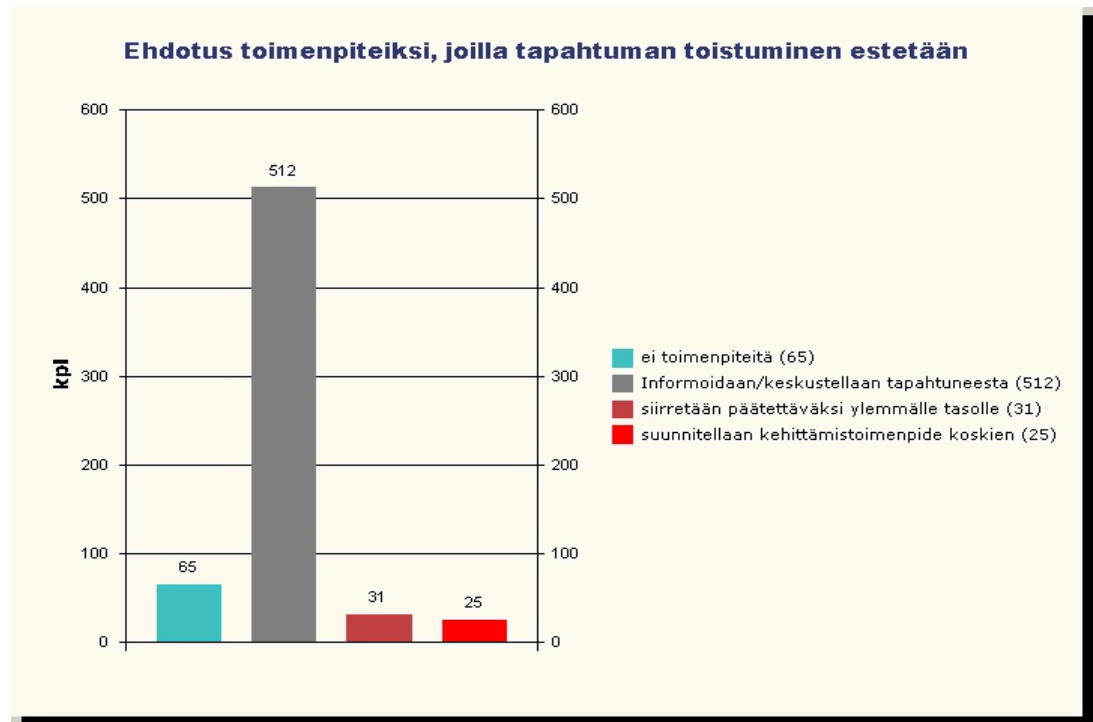
Tämän kehittämishankkeen myötä jatkossa käsittelijän ei ole tarkoitus tarkastella vaaratapahtumia yksin, vaan mukaan tulee ottaa koko työyhteisö, jota asia koskee. Liitteessä 1 on esitelty yksittäisen vaaratapahtumailmoituksen etenemistä prosessikuviona. Tämä kehittämishanke keskittyy käsittelijän kohtaan. Prosessikuvauksesta (liite 1) käy ilmi, että päävastuu HaiPro -ilmoituksen tarkastelusta on käsittelijäksi nimetyllä henkilöllä. Kuviosta ei kuitenkaan käy ilmi, miten HaiPro - ilmoitusta tarkastellaan yhdessä muiden kanssa. Tämän kehittämishankkeen toi-

mintamallissa keskitytään siihen, miten vaaratapahtuma voidaan käsitellä yhdessä siten, että vastaavat vaaratapahtumat kyetään jatkossa estämään. Tavoitteena onkin kehittää HaiPro -ilmoitusten käsittelyä kohti systemaattisempaa toimintaa, jolloin yksilöajattelusta siirrytään kohti systeemiajattelua.

Koko kehittämishankkeen suunnitteluvaihe alkoi yhteistyössä konservatiivisen ja operatiivisen puolen ylihoitajien kanssa. Tuolloin ajateltiin, että tehtäisiin kysely HaiPro -ilmoituksen käsittelijöille PHKS:n konservatiiviselle ja operatiiviselle tulosalueelle. Kyselyn tarkoituksena oli saada tietoa siitä, mitkä ovat PHKS:n konservatiivisen ja operatiivisen tulosalueen käsittelijöiden näkemykset ilmoitusten tyypillisimmistä käsittelytavoista. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten he tarkastelevat HaiPro -ilmoituksia ja minkälaiset ovat tyypillisimmät käsittelytavat. Lisäksi haluttiin näkemystä siitä, onko todellakin niin, että käsittelyprosessi ei ole kaikille selvä. Selvää jo tässä suunnitteluvaiheessa oli, että HaiPro -ilmoitusten käsittely kaipaa yhteneväisiä käytänteitä ja, että käsittely jää liian pintapuoliseksi.

Vuoden 2012 alusta uudessa toimessa aloitti PHSOTEY:n potilasturvallisuuskoordinaattori, jonka vastuulle HaiPro -järjestelmän ylläpito siirtyi yhtymässä. Tämä toi muutoksia kehittämishankkeeseen siten, että työpaikamentorikseni vaihtui PHSOTEY potilasturvallisuuskoordinaattori. Aloitimme yhteistyön potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa. Potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa mieitimme kehittämishankkeen toteutusta uudelleen ja samalla joitakin aiemmin tehtyjä suunnitelmia muutettiin. Potilasturvallisuuskoordinaattori oli pitänyt pienen palaverin kehittämishankkeestani konservatiivisen puolen ylihoitajan kanssa. Tuon palaverin jälkeen kokoonnuimme kahden potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa ja kävimme läpi tulevaa ja niitä asioita, joita alun suunnitelmasta jää pois. Tavoite oli edelleen selkeä; toimintamallin luominen nimenomaan HaiPro -ilmoitusten käsittelyn avuksi siten, että niitä tarkasteltaisiin syvemmin työyhteisön kanssa. Tavoite oli yhtymän potilasturvallisuusstrategiaan pohjautuva. Pohdintojen jälkeen päädyttiin siihen, ettei kyselyä tarvita, koska sekä kansallisista ja kansainvälisistä tutkimuksista käy jo selkeästi ilmi, että vaaratapahtumien käsittelytavat ovat kirjavia ja syvempi analyysi työyhteisön kanssa puuttuu. Raportointijärjestelmästä saatua tietoa ei hyödynnetä toimintatapojen muuttamiseen siten, että vaaratapahtumailmoitukset johtaisivat oppimiseen. Päädyttiin hakemaan teoriapohjan kautta tukea toimintamallin perusteluille. Tarkasteltaessa yhtymän

HaiPro -raportointijärjestelmään kertyneitä tilastoja 1.1. – 9.5.2012 väliseltä ajalta, ilmeni selvästi, ettei kehittämisideoita juurikaan tehdä niiden pohjalta, joten sekin kertoo jo siitä, ettei ilmoituksia hyödynnetä yksiköiden toimintaa pohtien (Kuvio 5.).



Kuvio 5. Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toistuminen estetään. HaiPro – ilmoitukset PHSOTEY 1.1.- 9.5.2012, yhteensä 934. (Lehtomäki 2012.)

Jotta pystyin suunnittelemaan ja viemään kehittämishanketta eteenpäin osallistuin kahteen potilasturvallisuuskoulutukseen. Koulutukset olivat toukokuussa vuonna 2012 PHSOTEY:n Potilasturvallisuuskoulutus sekä lokakuussa 2012 Espoossa järjestetty viides valtakunnallinen HaiPro -tapaaminen ”Vaaratapahtumista opitaan myös perusterveydenhuollossa”. Koulutuksiin osallistumiset lisäsivät tietoa potilasturvallisuudesta ja HaiPron hyödynnettävyydestä. Myös käsitteistön ja kokonaiskuvan saamisen vuoksi koulutukset olivat hyödylliset kehittämishankkeen vetämisen kannalta. En toimi esimiestyössä enkä ollut käsitellyt HaiPro - ilmoituksia päätin yhteistyössä yksikköni osastonhoitajan kanssa tarkastella muu-

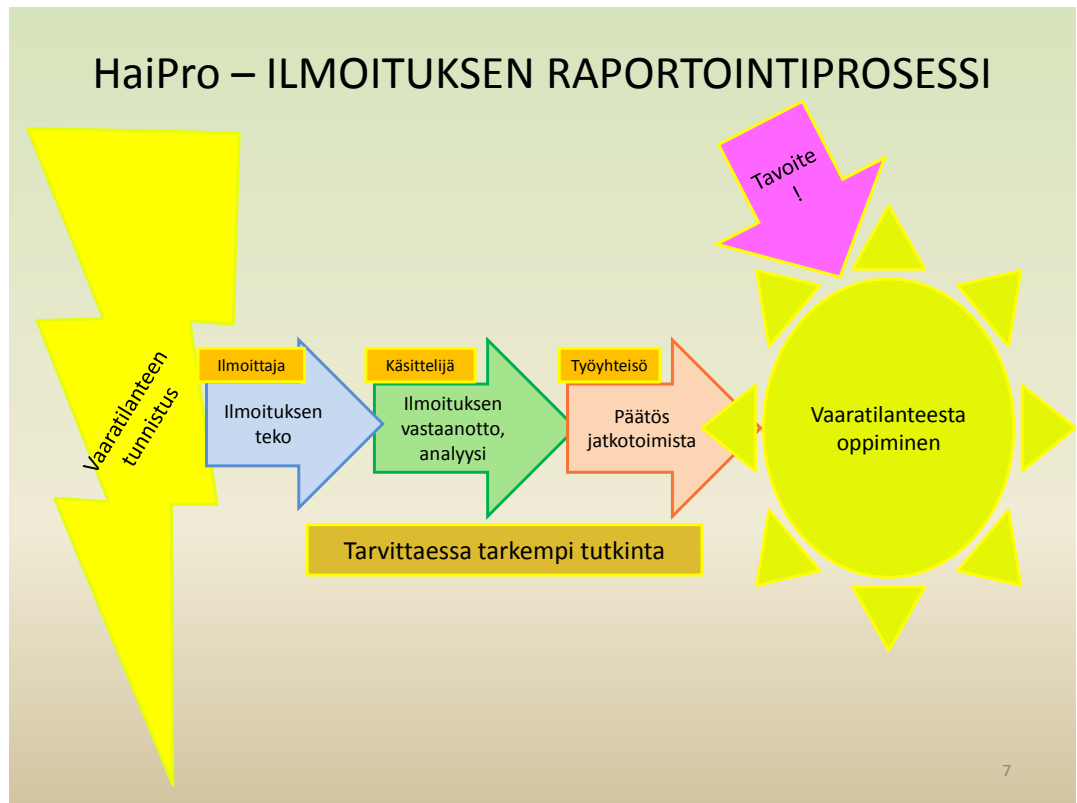
tamia ilmoituksia yhdessä. Käytännössä analysoimme yhteistyössä kolme kappaletta neurologian poliklinikkaan kohdistuneita HaiPro -ilmoituksia. Analysoinnin myötä ymmärsin, miten HaiPro -ilmoituksen käsittelyprosessi etenee ja näin käytännössä sen, mitä järjestelmä pitää sisällään ja, mitä kaikkea esimiehen tulee lomakkeelle täyttää.

Toimintamallin suunnittelu alkoi marraskuussa 2012. Toimintamallin versioita käytiin läpi eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Ensimmäinen kokoontuminen toimintamallin tiimoilta käytiin potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa kahden. Palaverissa hahmottelimme, mitä toimintamallilta odotetaan ja mitkä ovat PHSOTEY:n toiveet toimintamallista. Lisäksi toin esille kansainvälisten sekä kansallisten tutkimusten pohjalta tekemiäni havaintoja. Potilasturvallisuuskoordinaattori kävi läpi PHSOTEY potilasturvallisuus- ja laadunhallinnan suunnitelmaa. Yhtymän strategiaan perustuen, toimintamallin pyrkimyksenä on avata prosesseja vaaratapahtumailmoitusten taustalla. Teoriatietoon perustuen kävimme toimintamallin rakennetta läpi.

Seuraava palaveri pidettiin jo muutaman viikon kuluttua ensimmäisestä yhdessä potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa, jolloin kävimme yhdessä läpi suunnittelemani toimintamallia. Potilasturvallisuuskoordinaattorin antaman palautteen perusteella lyhensin suunniteltua toimintamallia, minkä lisäksi mallin rakennetta myös muokattiin. Tärkeintä tässä vaiheessa oli se, että olin edennyt oikeaan suuntaan ja toimintamalli oli sellainen, jota toivottiin.

Kolmanteen kokoontumiseen toin edellisen palaverin perusteella muokatun toimintamallin. Tässä palaverissa oli mukana minun ja potilasturvallisuuskoordinaattorin lisäksi projektityöntekijä, joka toimii PHKS laatuasiantuntijana. Häneltä saatujen muutosehdotuksien pohjalta tein korjauksia ja muutoksia ulkonäöllisiin seikkoihin ja tekstin sisältöön. Palaverissa totesimme, että toimintamalli oli edelleen turhan pitkä ja toimintamallissa olevia kuvioita selkeytettiin. Esimerkiksi värejä yhtenäistettiin. Laatuasiantuntija kokoontui toistamiseen yhdessä potilasturvallisuuskoordinaattorin ja minun kanssani, kun olin tehnyt edellisen kokouksemme pohjalta syntyneet korjausehdotukset. Edelleen pientä korjattavaa löytyi, ja esimerkiksi järjestyksiä diojen välillä vaihdettiin. Pohdimme yhdessä myös lauserakenteita. Yksi toimintamalliin suunnittelemani kuvio oli laatuasian-

tuntijan mielestä sellainen, jota hän ehdotti hyödynnettäväksi huoneentauluna PHSOTEY:n yksiköissä. Idea sai kannatusta myös potilasturvallisuuskoordinaattorilta. Jatkossa kuvio 6 tulee mahdollisesti olemaan yhtymän yksiköiden huoneentauluna.

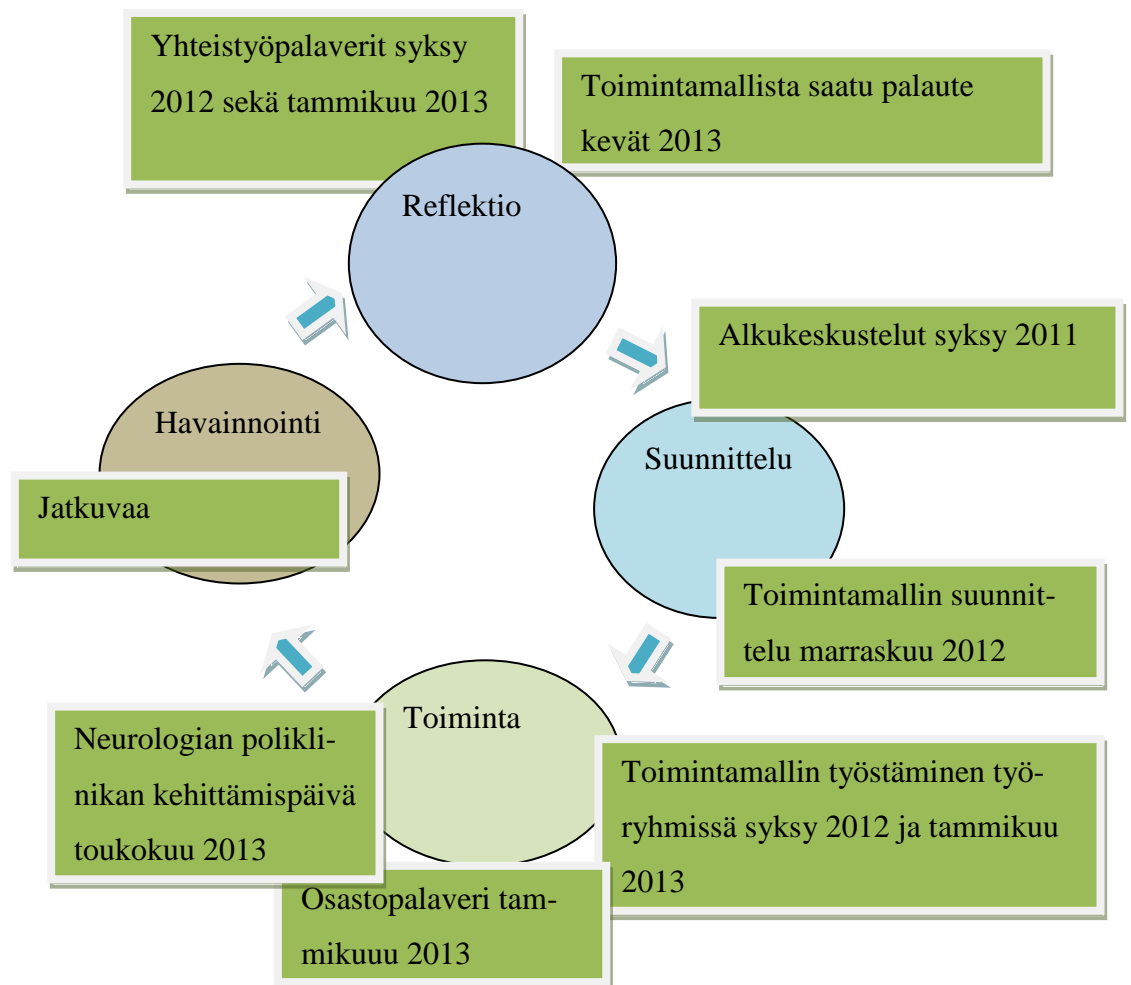


Kuvio 6. HaiPro -ilmoituksen raportointiprosessi huoneentauluna.

Viides kokoontuminen pidettiin potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa kahden, jolloin kävimme jälleen toimintamallia läpi. Tarkastimme mahdolliset kirjoitusvirheet ja teimme pieniä muutoksia esimerkiksi sisällön järjestykseen. Tässä tapauksessa päätimme, että toimintamallin voi lähettää valitulle arviointiryhmälle.

Kehittämishankkeeseen oli alun perin ajateltu kuuluvan vain yhteistyöpalaverit ja kysely. Toimintatutkimukselle tyypilliseen tapaan tässäkin kehittämishankkeessa tuli uusi toiminnanvaihe ilman alkuperäistä suunnitelmaa. Työskentelen neurologian poliklinikalla ja kehittämishankkeen aikana keskustelin aktiivisesti oman

osastonhoitajani kanssa kehittämishankkeestani. Näiden keskustelujen jälkeen minua pyydettiin esittelemään kehittämishanketta neurologian poliklinikan hoitohenkilökunnan osastotunnilla. Osastotunnin palautteen pohjalta päädyimme hyödyntämään neurologian poliklinikan HaiPro -ilmoituksia oman toimintamme kehittämässä. Itse toimintamalliin ei osastotunnin jälkeen tullut muutosehdotuksia. Kuviossa 7 on kuvattu kehittämishankkeen eteneminen vaiheittain.



Kuvio 7. Kehittämishankkeeni toimintatutkimussykli

Oma roolini kehittämishankkeessa oli toimia pääsuunnittelijana toimintamallin ulkoasun suhteen. Toimintamallisuunnittelua varten tarvitsin yhteistyökumppaneiden jatkuvaa palautetta. Palautteiden perusteella muokkasinkin uudelleen tässä

kehittämistyössä syntynyttä toimintamallia. Toimin HaiPro -ilmoitusten merkityksellisuuden puolestapuhujana ja tämän myötä sain esitellä toimintamallini neurologian poliklinikan osastotunnilla ja kehittämispäivillä.

5.3 Kehittämishankkeen toimijat

Kehittämishankkeen työelämän ohjaajajana toimi potilasturvallisuuskoordinaattori, joka tarkasti ja ohjasi toimintamallin kehittymistä PHSOTEY:n toiveiden mukaisesti. Toimintamallin suunnitteluun osallistui lisäksi PHKS DI-projektityöntekijä, joka toimi laatuasiantuntijana. Tämän jälkeen valmistelin ja muokkasin toimintamallia saamieni palautteiden perusteella. Kyselyn perusteella valittiin seitsemän esimestä PHSOTEY:n piiristä arvioimaan toimintamallia. Heillä oli merkittävä rooli toimintamallin testaamisessa ja arvioimisessa. Arvioinnin avulla pyrittiin saamaan tietoa siitä, toimiiko malli käytännössä ja onko siitä apua vaaratapahtumailmoitusten käsittelyprosessissa.

Esittelin toimintamallin neurologian poliklinikan osastotunnilla hoitajille. Toimintamalli esiteltiin myös koko neurologian poliklinikan henkilöstölle kehittämispäivillä, minkä jälkeen sitä hyödynnettiin ryhmätyöskentelyssä. Neurologian poliklinikan henkilöstö antoiakin käytännönpalautetta toimintamallista ensimmäisenä

5.4 Aineiston keruu ja analysointi

Olimme ensimmäisessä palaverissa potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa päätyneet siihen, että toimintamallia haluttiin testata HaiPro -ilmoituksia käsittelevillä henkilöillä. Kehittämishankkeen myötä syntynyttä toimintamallia arvioi sähköpostitse seitsemän käsittelijöinä toimivaa esimestä PHSOTEY:n piiristä. Valitsin ryhmän potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa. Ryhmän valinnan tavoitteena oli saada esimiehiä mukaan mahdollisimman erilaisista toimintayksiköistä, jotta näkökulmat olisivat monitahoisia. Ryhmään valittiin ylilääkäri konservatiiviselta puolelta, osastonhoitaja konservatiiviselta poliklinikalta, osaston-

hoitaja psykiatriatrian osastolta, osastonhoitaja keskusleikkausyksiköstä, osastonhoitaja terveystieteiden vuodeosastolta sekä kaksi kliinisen kemian esimiestä lääketieteellisestä keskukselta. Halusimme testata toimintamallia mahdollisimman erilaisissa toimintaympäristöissä työskentelevillä esimiehillä. Sähköpostitse lähetetty kysely tuntui loogisimmalta. Sähköpostitse suoritettuna kysely oli helpoin tapa tavoittaa henkilöt.

Valittujen henkilöiden halukkuutta osallistua kehittämishankkeeseen toimintamallin arvioinnin osalta kysyttiin suullisesti puhelimitse tai kasvotusten. Otimme huomioon yksiköiden valinnassa myös konservatiivisen ja operatiivisen tulosalueiden ylihoitajien mielipiteet. Toimintamallin arviointiin suullisesti halukkuutensa ilmoittaneille lähetettiin marraskuussa 2012 sähköpostitse lyhyt kuvaus kehittämishankkeen ideasta ja kerrottiin, miten tärkeää on saada kentän ääni kuuluville toimintamallin arvioinnilla. Heille annettiin minun ja potilasturvallisuuskoordinaattorin yhteystiedot, jolloin heille tarjottiin mahdollisuus kysyä lisätietoja kehittämishankkeesta. Kehittämishankkeen idean esittelyn jälkeen arviointiin osallistuvia pyydettiin vielä vahvistamaan se, että toimintamallin voi lähettää heille arvioitavaksi.

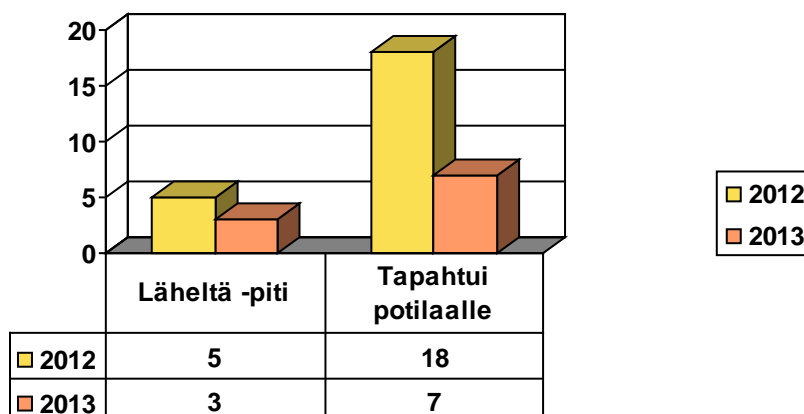
Arvioitava toimintamalli lähetettiin sähköpostilla valitulle ryhmälle tammikuussa 2013 ja vastausaikaa annettiin neljä viikkoa. Toimintamallista pyydettiin avointa palautetta. Lisäksi sähköpostin liitteenä lähetettiin kyselylomake (liite 3), jota sai tahtoessaan käyttää apuna. Suunnittelin ja tein kysymykset potilasturvallisuuskordinaattorin kanssa. Toimintamallista sai antaa palautteen joko sähköpostilla tai sen sai lähettää minulle myös paperiversiona sisäisessä postissa. Muutamat kommentit uupuivat määräaikaan mennessä, joten annoin heille lisää vastausaikaa viikon verran. Lisäksi tiedustelin mahdollisia kysymyksiä tai epäselvyyksiä. Loppujen lopuksi kaksi jätti vastaamatta. Kolme vastasi kyselylomaketta käyttäen ja kaksi kirjoitti vapaamuotoisen palautteen sähköpostitse toimintamallista.

Samanaikaisesti tammikuussa 2013, kun kysely oli lähetetty pidin yhtenä toiminnan vaiheena osastotunnin neurologian poliklinikan henkilökunnalle. Osastotunti pidettiin neurologian poliklinikalla, koska työskentelen ja toimin siellä potilasturvallisuusvastavana. Pidin osastotunnin osastonhoitajan toiveesta. Osastotunnilla esittelin suunnittelemaani toimintamallia ja puhuin potilasturvallisuudesta. Pyysin

osastotunnin jälkeen palautetta toimintamallista ja tiedustelin, mitä ajatuksia siitä heräsi. Olin tutustunut neurologian poliklinikan HaiPro -ilmoituksiin ja kävin ne läpi henkilökunnan kanssa. Pyysin tämän jälkeen pohtimaan, oliko ilmoituksissa jokin yhteinen tekijä tai asia ja nousiko niissä samoja tekijöitä esille useamman kerran. Palaverin jälkeen päädyimme hyödyntämään HaiPro -ilmoituksia omassa kehittämistyössämme.

Neurologian poliklinikalla on menossa oma kehittämistyö. Kehittämistyössä kuvataan prosessikaaviona potilaan hoitoprosessi lähetteen saapumisesta potilasvastantaanottoon asti. Prosessikaavion kautta pyrkimyksenä on päällekkäisten työtehtävien vähentäminen, työtapojen yhdenmukaistaminen ja tätä kautta ongelmatilanteiden vähentäminen. Osastotunnin jälkeen ehdotin, että HaiPro -ilmoitukset otettaisiin esille prosessikuvauksessa. Osastonhoitajan kanssa kävimme ilmoituksia läpi ja huomasimme, että osa HaiPro -ilmoituksista nivoutuu läheteprosessiin. HaiPro -ilmoituksia tarkastelemalla potilaan hoitoprosessissa saamme lisätietoa siitä, missä kohtaa prosessia on riski vaaratapahtumille.

Toukokuussa 2013 neurologian poliklinikan henkilökunta piti kehittämispäivän. Siellä esittelin HaiPro -tilastoja esimerkkinä kuvio 8. Olin koonnut neurologian poliklinikan yleisimmät HaiPro -ilmoituksiin johtavat syyt esitykseeni, minkä lisäksi kerroin, kuinka monta ilmoitusta oli tehty. Olin laskenut erikseen, kuinka monta ”läheltä piti” tai potilaalle tapahtunutta ilmoitusta oli tehty. Tein Excel-ohjelman avulla pylväät, jotka esittelin neurologian poliklinikan koko henkilökunnalle. Pyysin esittelyn jälkeen pohtimaan oliko ilmoituksissa jokin yhteinen tekijä tai asia tai nousiko niissä samoja tekijöitä esille useamman kerran. Laitoin heidät myös miettimään, voisiko neurologian poliklinikan HaiPro -ilmoituksia hyödyntää esittämäni toimintamallini mukaisesti.



Kuvio 8. HaiPro – ilmoitukset neurologian poliklinikka 2012 - 2013

Kehittämispäivillä jakauduimme kahteen ryhmään ja itse toimin toisen ryhmän vetäjänä. Ryhmäni tehtävänä oli pohtia HaiPro -ilmoitusten perusteella, mitkä olivat ongelmakohdat prosessin näkökulmasta ja mitä voisimme tehdä toisin. Ryhmäni oli hyvin aktiivinen ja ideoita alkoi tulla heti. Neurologian poliklinikalla huomattiin tiedonkulun ongelmien olevan eniten HaiPro -ilmoitusten syynä.

Päädyin analysoimaan aineistoni soveltaen sisällönanalyysia, koska palautteen toimintamallista sai antaa avoimesti. Käytännössä tein siten, että kokosin palautteet muistilapuille ja kokosin ne teemoittain. Käytin siinä hyödykseni kyselykaavaketta (liite 3), jonka lähetin toimintamallin arviointia pyytäessäni. Käytin samaa teemaa saadessani palautetta suullisesti neurologian poliklinikan osastotunnille osallistujilta.

Sisällönanalyysi soveltuu monenlaisen tutkimusaineiston analysointiin. Sisällönanalyysi soveltuu varsinkin puheen, artikkelien ja muiden strukturoimattomien aineistojen analysointitavaksi. Sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda tiivistetty selkeä kuva tutkitusta asiasta. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91–93.)

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

6.1 Kyselyn tulokset

Toimintamallista antoi palautteen kyselyn pohjalta viisi PHSOTEY:ssä työssä olevaa, jotka toimivat yksikkönsä HaiPro -ilmoitusten käsittelijänä. Lisäksi sain palautetta myös potilasturvallisuuskoordinaattorilta hankkeen kuluessa. Neurologian poliklinikan osastotunnin ideana oli testata, miten toimintamallin nähtiin kytkeytyvän arjen toimintaan.

Kyselyn palautteiden perusteella toimintamallia oli käytetty seitsemän vaaratapah-tuman käsittelyn yhteydessä sekä kolmen ”läheltä piti” -ilmoituksen käsittelyssä. Kaksi palautteenantaneesta ei ollut ehtinyt käsitellä yhtäkään ilmoitusta toimintamallia hyväksi käyttäen. Kolme henkilöä koki, että toimintamalli auttoi HaiPro -ilmoituksen käsittelyssä. Kaksi koki, etteivät he saaneet toimintamallista apua käsittelyyn. Toinen vastasi, ettei ole tottunut käyttämään opasta. Toinen koki, että HaiPro -käsittelyn menettelytapojen olevan ennestään jo tuttuja. Kolmen mielestä toimintamalli auttoi ymmärtämään, mistä asiassa perimmiltään on kysymys; tarkastellaan tapahtumia ja prosesseja laajemmin. Oppaan ulkonäöstä neljä vastasi sen olevan selkeä. Yksi vastaajista kaipasi hillitympää värimaailmaa ja vähemmän kuvioita tekstin sijaan. Yksi oli sitä mieltä, että toimintamallin sisältöä voisi vielä karsia, koska asiat ovat hänelle jo tuttuja. Kaikki vastaajista suosittelisivat opasta kollegoilleen. Yleisenä palautteena neljä kokee HaiPro -järjestelmän jäykkänä ja he kaipaivatkin tietoteknisen järjestelmän kehittämistä. Yksi vastaajista kaipasi tähän toimintamalliin HaiPron käytännön mekanismeista ohjeita eli sitä, miten ylipäänsä HaiPro -järjestelmään kirjaudutaan sisälle, mitä värikoodit järjestelmässä tarkoittavat ja niin edelleen. Toimintamallia arvioitiin selkeäksi ja hyväksi työkaluksi.

Käytyäni sisätauti puolen sekä neurologian poliklinikan HaiPro -ilmoituksia läpi, kävi ilmi, ettei yksikään ilmoitus ollut lääkärin tekemä. Tutkimustiedon perusteella käyt ilmi sama (vrt. Kingston 2004 ja Kinnunen 2011). Lääkärit aliraportoivat

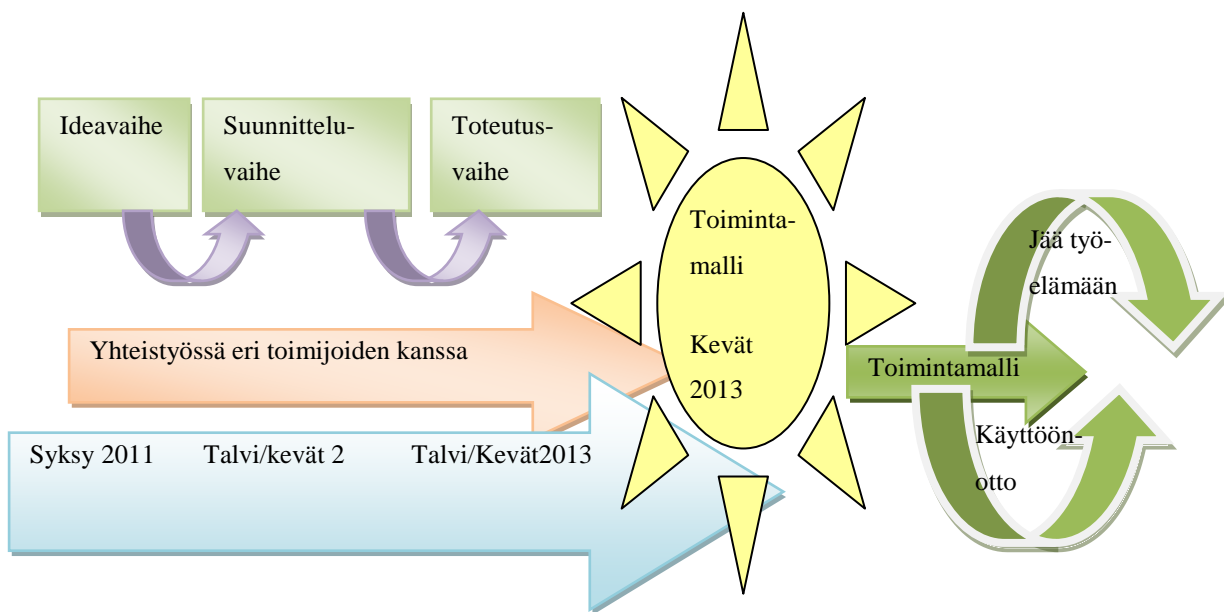
vaaratapahtumia. Tämän kehittämishankkeen myötä toivotaan, että kaikki ammattiryhmät ymmärtäisivät osuutensa potilasturvallisuuden eteen tehtävässä työssä.

6.2 HaiPro - ilmoitusten käsittelyn toimintamalli

Tämän kehittämishankkeen tuloksena yhteistyössä eritoimijoiden kanssa syntyi vaaratapahtumailmoitusten analysoinnin toimintamalli. (Liite 4 ja kuvio 9) HaiPro -ilmoitusten käsittelyn toimintamallin suunnittelu alkoi heti syksyllä 2011. Kävimme oman tulosalueen ylihoitajani kanssa läpi joitakin HaiPro - ilmoituksia sisätautipuolelta ja katsoimme yleisimmät vastaukset niihin. Ylihoitajan mielestä oli tärkeää saada PHSOTEY:n käyttöön toimintamalli, joka palvelisi HaiPro - ilmoituksia analysoivia esimiehiä. Aiemmin esitellyssä kuviossa 5 käy ilmi, että HaiPro -ilmoitusten analysoinnissa on kehitettävää. Vaikka työelämän ohjaajani vaihtui syksyn jälkeen potilasturvallisuuskoordinaattoriin, toimintamallin idea ei kuitenkaan muuttunut. Kansainvälisten sekä kansallisten tutkimustenkin kautta käy ilmi, että vaaratapahtumailmoitusten analysointiin tulee saada enemmän syvyyttä ja systemaattisuutta.

Toimintamallia suunniteltaessa pohdittiin, mitä kaikkea sen tulee sisältää. Kirjoitimme yhdessä ylihoitajan sekä potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa ylös paperille pääpiirteet ajatuskartan avulla. Sen jälkeen suunnittelin PowerPoint-ohjelmalla kuvioita. Toimintamalli haluttiin selkeäksi ja sen vuoksi päädyin kuvioihin tekstin sijaan. Toimintamallin alussa halutaan tuoda esille oppaan tarkoitus ja tavoite. Opasta alustetaan potilasturvallisuus taustalla eli lukija halutaan johdattaa vaaratapahtumien merkitysten suhteen. Taustatiedon jälkeen alkaa itse HaiPro -ilmoituksen analyysin ohjaus kohta kohdalta. Analyysi ei ohjaa teknistä suorittamista vaan nimenomaan tämä toimintamalli ohjaa ajattelutapaa. Toimintamallin kohdat ohjaavat siihen, miten kyseisestä käsittelyn alla olevasta vaaratapahtumailmoituksesta voidaan oppia, ettei kyseinen vaaratapahtuma pääse enää syntymään.

Suurin osa esimiehistä osaa jo teknisen puolen HaiPro -ilmoituksen käsittelyvaiheessa, mutta tällä toimintamallilla halutaankin herätellä ja lisätä ymmärrystä HaiPro -ilmoituksen merkityksestä. Toimintamallilla johdatetaan ajattelemaan vaaratapahtumailmoituksen taustalla olevia tekijöitä. Toimintamallilla halutaan myös tuoda esille se, että käsittelijän ei ole tarkoitus analysoida ilmoituksia yksin vaan ne tulee käsitellä työyhteisön kanssa yhdessä. Toimintamallin lopussa kerrataan vielä potilasturvallisuus sanastoa ja käsitteistöä. Viimeisenä toimintamallissa on linkit tärkeille sivuille. Esimerkiksi toimintamallin lopusta pääsee HaiPro -sivuille, joissa käydään tekninen suoritus läpi kohta kohdalta.



Kuvio 9. Toimintamalli vaaratapahtumailmoitusten analysointiin syntyi yhteistyössä eri vaiheiden kautta.

Tämän kehittämishankkeen myötä kehitetty toimintamallin lopullinen käyttöönottosuunnitelma jää potilasturvallisuuskoordinaattorille. Toimintamalli tulee PHSOTEY:n intranet-sivuille oppaana, josta sitä voi tarvittaessa käyttää HaiPro -ilmoitusten analyysin apuna. Toimintamallia tullaan ainakin joltakin osalta käyttämään koulutusmateriaalina. Toimintamallin lopullinen käyttöönotto ja siitä saatava palaute ei kuitenkaan kuulu tämän kehittämishankkeen sykliin.

7 KEHITTÄMISHANKEEN POHDINTA

7.1 Kehittämishankkeen johtopäätökset

Tämä kehittämishanke on työelämälähtöinen. Toimintamallin (liite 4) on tarkoitus yhdenmukaistaa HaiPro -raporttien käsittelymenetelmää. HaiPro -järjestelmästä saadun tiedon avulla on tarkoitus oppia ”läheltä piti” -tilanteista ja potilaalle sattuneista vaaratapahtumista. Tutkimukset ja käytäntö osoittavat, että käsittelijät tarvitsevat tukea, koulutusta ja ohjausta HaiPro -ilmoituksen käsittelyyn. Erityisesti tarvitaan ymmärrystä koko prosessista. Tämän takia HaiPro -ilmoitusten käsittelyyn tarvitaan prosessiajattelua. Tarvitaan ymmärrystä siitä, mistä vaaratapahtumaprosessista on perimmiltään kyse. Tarvitaan vaaratapahtumien laajempaa tarkastelua siten, että niistä voidaan jatkossa oppia. Kansainvälisistä sekä kansallisista tutkimuksista ilmenee, että kun vaaratapahtumajärjestelmästä saatua aletaan käsitellä aktiivisemmin sekä systemaattisemmin, ilmoitusten määrä lisääntyy. Työntekijät motivoituvat tekemään ilmoituksia, kun huomataan, ettei ilmoituksista saatua tietoa jää vain tietojärjestelmän luvuksi vaan niillä on merkitystä toiminnan kehittämiseksi.

Raporttien analyysin kautta organisaation on helpompi tiedostaa, mitä riskejä toimintaan voi liittyä. Raporteilla pyritään keräämään mahdollisimman paljon ilmoituksia, ”läheltä piti” -tilanteista ja turvallisuuspoikkeamista. Pelkkä ilmoitusten tilastointi ei kuitenkaan riitä, vaan raporttien sisältöä ja tilanteita tulee analysoida huolellisesti, jotta vaaratapahtumailmoituksista saatavaa tietoa voidaan hyödyntää oppimiseen ja turvallisuuden parantamiseksi. (Lanne, Murtonen, Nissilä, Ruuhilehto & Virolainen 2006, 4–5; Kinnunen 2010, 3.)

Tämä kehittämishanke käynnistyi syksyllä 2011. Kehittämishankkeen aloittamisen jälkeen minut valittiin oman yksikköni eli neurologian poliklinikan potilasturvallisuusvastaavaksi. Aloin omassa yksikössäni osastonhoitajani kanssa puhu-

maan HaiPro ilmoitusten merkityksen puolesta. Selkeästi tämän jälkeen ilmoitusaktiivisuus lisääntyi. Vuonna 2011 neurologian poliklinikalla oli tehty HaiPro -ilmoituksia kaiken kaikkiaan 8, vuonna 2012 23 ja vuonna 2013 34. Selkeästi palautteen anto sekä avoin keskustelu työyhteisössä edes auttaa HaiPro -prosessin ymmärtämistä. Tämä kehittämishankkeen myötä tehty havainto on selkeästi verrannollinen tämän kehittämishankkeen tutkimustietoon (vrt. Kingston ym. 2004 ja Myllykangas 2011).

Lisäksi kehittämishankkeeni myötä minut valittiin vakavien vaaratapahtumien tutkintaryhmään PHSOTEY:ssä. Ryhmään kuuluu 10 henkilökunnan jäsentä PHSOTEY -piiristä. Vakavien vaaratapahtuminen tutkinnassa tarkoituksena on perehtyä tapahtuneeseen virheeseen systeemiajattelun kautta.

Työyhteisössä tulisikin olla yhteiset käytännöt, miten tietoa jaetaan hoitavan tiimin sisällä sekä hoitoketjussa. Virheiden mahdollisuus vähenee, kun prosessiin liittyvät solmukohdat vähenevät. Tärkeää on analysoida hoitoprosessit ja poistaa turhat ja epäolennaiset vaiheet. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. 2009, 187–188.)

Tämän kehittämishankkeen myötä syntyneellä toimintamallilla halutaan saada HaiPro -ilmoituksista näkyvämpiä ja luoda ymmärrystä systeemiajattelua kohden. Toimintamallin myötä välillisesti halutaan ilmoitusaktiivisuuden lisääntyvän, käsittelyprosessin selkiytyvän/ tehostuvan ja täten PHSOTEY potilasturvallisuuden paranevan. On selvää, että potilasturvallisuuteen kannattaa panostaa, koska sen myötä saadaan säästöjä, vältetään inhimilliseltä kärsimykseltä ja palveluprosessit paranevat. Tämä kehittämishanke on yksi esimerkki potilasturvallisuuteen panostamisesta.

7.2 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Tuomi ja Sarajärvi (2009) toteavat, että eettisyys on keskeinen tekijä tutkimusprosesseissa. Samaan tapaan Hopia, Heino-Tolonen, Paavilainen ja Åsted-Kurki (2004) toteavat, että tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin. Jo suunnittelu vaiheessa on otettava huomioon se, että

toimintatutkimuksen tuloksia ei voida määritellä tarkasti. Prosessin aikana voi syntyä uusia ongelmia tai muutostarpeita. Näiden kautta taas saattaa syntyä uusia tuloksia. (Hopia, Heino- Tolonen, Paavilainen & Åsted- kurki. 2004, 164.)

Kehittämishankkeeseen liittyy eettisiä kysymyksiä, mikä on yleistä kaikille tutkimuksille. Kehittämishankkeessa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä ja tiedonhakumenetelmiä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksessa tulee osoittaa tutkimusmenetelmien, tutkimustulosten ja tiedonhankinnan johdonmukaista hallintaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23; Vilka 2005, 29–30.)

Kehittämishankkeessa mukanaoleville on annettava mahdollisuus päättää, haluavatko he olla mukana tutkimuksessa. Kehittämishankkeen kirjallisessa raportissa tulee selvittää mukana olevien henkilöiden suostumus ja kertoa, minkälaista tietoa heille tarjotaan tutkimuksesta. Toimintatutkimus perustuu aktiiviseen dialogisuuteen eli vuoropuheluun eri toimijoiden välillä. Kehittämishankkeen toteuttajalla on vastuu siitä, miten hän vakuuttaa ja sitouttaa kehittämishankkeen osallistujat. Vakuuttavuudella on merkitys koko kehittämishankkeen luotettavuuteen. Kehittämishankkeen vetäjällä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot. Toimintatutkimuksena tehtyä kehittämishanketta ei voi tehdä yksin vaan se vaatii vuorovaikutusta. Toimintatutkimuksessa mietitään ja kehitetään asioita yhdessä. Vuorovaikutuksen kautta syntyy uutta tietoa, sitoutetaan ihmiset ja siinä on tarkoituksena nimenomaan yhdessä kehittää asioita ja ilmiöitä. Vuoropuhelun on tarkoitus olla aktiivista, jossa ihmiset kuuntelevat toisiaan, puhuvat ja ajattelevat yhdessä. Toimintatutkimus tulee kuvata selkeästi, jotta se on mahdollisimman luotettava. Toimintatutkimuksessa tulee kuvata sen kulku, tutkijoiden havainnot ja johtopäätökset. (Toikko & Rantanen 2009, 123 – 126; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.)

Tässä kehittämishankkeessa on toimittu eettisten säädösten mukaisesti ja tutkimuslupa anottiin PHSOTEY:n potilasturvallisuuskordinaattorilta. Kehittämishankkeeseen osallistuvilta on tiedusteltu halukkuus osallistumiseen ja heille esitel-

tiin aihe sekä kehittämishankkeen toimintatavat. Heidän henkilöisyytensä ei myöskään käy kehittämishankkeessa ilmi.

Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointi on hankalaa, koska siinä tarkoituksellisesti muutetaan todellisuutta. Muutoksen mittaaminen on vaikeaa. Luotettavuutta tuleekin tarkastella koko prosessia ajatellen. Toimintatutkimuksessa ei niinkään arvioida yksittäisen mittarin luotettavuutta. Reflektointi sekä kriittinen arviointi ovat oleellinen osa tutkimuksen validiteetin kannalta. Luotettavuutta toimintatutkimuksessa lisää osallisten kuuntelu sekä kyky muuttaa suunniteltua saatujen palautteiden perusteella. Kehittämishankkeen raportoinnin tulisi olla johdonmukainen ja toimintatutkimuksen vaiheet tulisi kuvata mahdollisimman tarkasti. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 147–151.) Tämän kehittämishankkeen osalta raportissa on pyritty tuomaan esille eri vaiheet mahdollisimman tarkasti. Toimintatutkimuksen aikana suoritettiin refleksiivisyyttä, minkä lisäksi osallistujien mielipiteet ja muutosehdotukset huomioitiin.

7.3 Kehittämishankkeen arviointi

Arviointi auttaa pitämään hankkeen oikeassa suunnassa ja tekijät tietoisina etenemisestä kohti tavoitteita. Arvioinnin tuleekin ohjata hanketta koko ajan, eikä arviointi pelkästään kuulu tutkimuksen loppuvaiheeseen. Arviointi on ennen kaikkea tapa saada tietoa siitä, miten hankkeessa on toimittu, millaisia tavoitteita on saavutettu tai millaisiin tuloksiin on päästy. Hankkeen laadun varmistamiseksi arvioinnin tulee olla systemaattista ja suunnitelmallista. (Toikko & Rantanen 2009, 61; Heikkilä, Jokinen & Nurmela. 2008, 88.)

Kehittämishankkeen alussa työelämän ohjaajani vaihtui ylihoitajasta potilasturvallisuuskoordinaattoriin. Tämä johtui PHSOTEY:n organisaatiomuutoksista. Vuoden 2011 joulukuussa uuteen virkaan valittiin potilasturvallisuuskoordinaattori. Tämä muutos ei kuitenkaan vaikuttanut kehittämishankkeen alusta asti selkeinä olleisiin tarkoituksiin ja tavoitteisiin.

Alkuun oli tärkeää, että osallistuin koulutuksiin kehittämishankkeen vetäjänä ja hain kirjallista tietoa potilasturvallisuudesta. Aivan ensimmäisessä tapaamisessani ylihoitajan kanssa käytin potilasturvallisuuskäsitteitä täysin väärin. Silloin ymmärsin, etten voi lähteä viemään hanketta eteenpäin ennen kuin tutustun teoriaan itse. Kehittämishanke oli työelämälähtöinen ja ajankohtainen. Vaaratapahtumista raportoiminen ja oppiminen on kirjattu PHSOTEY:n potilasturvallisuus- ja laadunhallintasuunnitelmaan 2013 eräänä potilasturvallisuuden edistämisen keinona. Kehittämishankkeen näkökulmasta tarkasteltuna potilasturvallisuuskoordinaattorilla oli merkittävä rooli, sillä hän ohjasi kehittämishanketta kohti PHSOTEY:n tavoitteita.

Kehittämishankkeen alussa oli selkää, että toimijoita halutaan mukaan. PHSOTEY on suuri organisaatio, mikä puolestaan toi oman haasteensa kehittämishankkeen vetämiseen. Kommunikointi tapahtuikin pääasiassa sähköpostin välityksellä. Näin jälkikäteen ajatellen olisi ollut parempi saada HaiPro - ilmoituksia käsitteleviltä henkilöiltä henkilökohtaisempaa palautetta. Kehittämishankkeen aikana tapahtui myös joitakin suunnittelemattomia asioita. Esimerkiksi neurologian poliklinikan henkilökunnalle suunnattu osastotunti tuli omalta esimieheltäni ehdotuksena hankkeen aikana. Osastotunnin jälkeinen palaute herätti ajatuksen siitä, että tätä kehittämishanketta hyödynnettäisiin neurologian poliklinikan omassa kehittämistyössä.

Toimintamallin luominen olisi ollut yksin mahdotonta. Toimintamallin luomiseen ja koko kehittämishankkeen tekoon tarvittiin toimijoita. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa oli avointa ja palautteet olivat rakentavia. Jokaisen palaverin jälkeen tässä kehittämishankkeessa lopputuotoksena syntyneeseen toimintamalliin tuli joitain muutoksia ja ideoita. Minä kehittämishankkeen vetäjänä sekä potilasturvallisuuskoordinaattori teimme kuitenkin ne lopulliset päätökset toimintamallin korjausten ja muokkausten suhteen.

7.4 Toimintamallin arviointi

Toimintamallin luominen alkoi siinä vaiheessa, kun kehittämishankkeen työelämänohjaajaksi tuli potilasturvallisuuskoordinaattori. Sain ohjeet siitä, mitä toimintamallilta odotetaan. Suunnittelua helpotti sekin, että tavoitteet toimintamallin suhteen olivat alusta asti selkeät. Tein ensin toimintamallin PowerPoint -versioina. Itse toimintamallin luominen oli haasteellisuudesta huolimatta melko jouhevaa ja selvää. Olimme potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa keskustelleet, että rakenteen tulee olla lyhyt ja ytimekäs. Haluttiin oppaan tyyppinen toimintamalli. Sellainen, jota HaiPro -käsittelijänä toimiva voi selata samalla, kun analysoi HaiPro -ilmoitusta.

Toimintamallia luodessani sain palautetta potilasturvallisuuskoordinaattorilta, laatupäälliköltä ja heidän lisäksi näytin toimintamallia omalle esimiehelleni. Kaikilta sain alussa saman palautteen: toimintamalli oli liian pitkä. Huomasin innostuvani aiheesta ja siitä syystä toimintamalliin tuli liikaa asiaa. Kuvioista sain hyvää palautetta, joten päätin käyttää niitä enemmän puhtaan tekstin sijaan. Toimintamallin luominen ilman yhteistyötä olisi ollut vaikeaa. Palautteiden jälkeinen pohdinta on aina tuonut uuden idean ja muutoksen toimintamalliin. Elokuussa 2013 potilasturvallisuuskoordinaattori oli pitänyt osastotunnin PHKS Akuutti 24:ssä ja käyttänyt toimintamallia esityksessään. Kokoonnuimme tämän jälkeen ja toimintamallia päätettiin edelleen tiivistää. Lisäksi diojen järjestystä muokattiin.

Toimintamallia on jo käytetty käytännössä. Neurologian poliklinikan kehittämispäivillä saatiin myös idea käyttää mallia yksikön omassa kehittämistyössä. Lisäksi potilasturvallisuuskoordinaattori käytti mallia Akuutti 24:n osastotunnilla. Tämän jälkeen hän jätti toimintamallin vielä Akuutti 24:n esimiehelle arvioitavaksi. Toimintamalli muutettiin tämän kehittämishankkeen päätökseen tullessa PDF -muotoon ja lopullinen ulkoasu jäi potilasturvallisuuskoordinaattorin selvittettäväksi. Tulevaisuudessa toimintamalli löytyy PHSOTEY intranet-sivuilta, josta sitä voi käyttää käytännön oppaana. Potilasturvallisuuskoordinaattori aloittaa HaiPro -käsittelijöiden koulutuksen vuoden 2014 alussa, ja tämän kehittämishankkeen toimintamalli tulee olemaan yhtenä koulutusmateriaalina.

Kehittämishankkeeni lopputuotoksena syntyi toimintamalli HaiPro -ilmoituksia käsittelevien tueksi. Kehittämishankkeen toimintamalli syntyi kirjallisuuden ja kokemusten perusteella. Toimintamalli jää PHSOTEY käyttöön ja potilasturvallisuuskoordinaattori vastaa toimintamallin käytettävyydestä. Laamasen (2005) mukaan työyhteisöt tarvitsevat aikaa prosessiajattelun sisäistämisessä. Muutokseen kannattaa antaa aikaa ja sen voi toteuttaa hitaasti. Muutoksen toteuttamista helpottavat mallit, joiden avulla muutostyötä on helpompi viedä eteenpäin. Tämän kehittämishankkeen toimintamalli on suunniteltu PHSOTEY:n käyttöön, mutta toimintamallin lopullinen käyttö ja muokkaaminen jäävät potilasturvallisuuskoordinaattorin vastuulle.

7.5 Tulevaisuuden kehittämishaasteet

Pietikäinen, Ruuhilehto ja Heikkilä (2010, 8) toteavat, että vaaratapahtumista on kertynyt jo tietoa terveydenhuollon organisaatioihin. Nyt ajankohtaiseksi haasteeksi muodostuukin se, miten kertynyttä tietoa voitaisiin hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Ruuhilehto (2008) toteaa, että on kolme välttämätöntä edellytystä sille, miten raportointijärjestelmästä on käyttävälle yksikölle hyötyä. Ensiksi ilmoituksia tulee ylipäätään saada, toiseksi toimintaa tulee kehittää yhdessä ja kolmanneksi ilmoitusten huolellisen analyysin jälkeen tulee saada aikaan muutoksia ja parannuksia (Ruuhilehto 2008, 40).

Tässä kehittämishankkeessa keskityttiin HaiPro -ilmoitusten analysointiin. Jatko-tutkimuksena olisi mielenkiintoista saada tietoa esimiesten ja johtajien osuudesta potilasturvallisuuskulttuurin luomisessa. Kiinnostavaa olisi tietää, mikä vaikutus heidän asenteillaan on alaisten tekemiin vaaratapahtumailmoituksiin. Olisi hyvä selvittää, miten vaaratapahtumailmoitukset tulisi käsitellä pienissä yksiköissä, jotta ne eivät henkilöityisi. Vaaratapahtuman analysointi on vain yksi osa raportointijärjestelmää. Jatkossa olisi hyvä laatia opas tai ohje vaaratapahtumailmoitusten tekijöille, jotta vaaratapahtumailmoituksia ylipäänsä tehtäisiin. Tärkeää olisi saada vaaratapahtumaprosessi juurrutettua osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa.

Pietikäinen, Heikkilä ja Reiman (2012) tuovat esille, että alkuun potilasturvallisuutta kehitettäessä keskityttiin yksittäisten työntekijöiden toimintaan ja pyrittiin tekemään korjaavia toimenpiteitä niihin. Eräs esimerkki on muun muassa käsihygienian parantaminen. Hiljalleen potilasturvallisuuden kehittäminen on nähty laajempaan kokonaisuutena, joka ulottuu koko palvelujärjestelmään ja johtoon asti. Osittain laajempaan katsantokantaan on ollut vaikuttamassa terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka velvoittaa terveydenhuollonorganisaatioita laatimaan potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan suunnitelmat. Edelleen kuitenkin systemaattinen johtaminen potilasturvallisuuden edistämiseksi vaatii jatkossa lisätyötä ja yhteinäistämistä. Terveydenhuoltolakia tulee osata soveltaa eikä vain toteuttaa kirjaimellisesti siinä olevia yksityiskohtaisia säädöksiä.

Edelleen organisaatioiden tulee tehdä työtä sen eteen, että kehitetään tieteellisesti perusteltu kokonaisvaltainen näkemys siitä, mitä kaikkea potilasturvallisuusjohtaminen on ja, kenen toimesta tulee tehdä mitään. Tähän tarvitaan potilasturvallisuuskoulutusta johtamiskoulutusten sisältöön, koska johtajilla tulee olla teoreettista pohjatietoa, jotta he voivat johtamistyössään käsitellä ja edistää potilasturvallisuusasioita syvemmin.. Pietikäinen ym. (2012) toteavat monikulttuurisuuden terveydenhuollossa tuovan omia haasteitaan potilasturvallisuusjohtamiseen. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ei ole unohdettu kiinnittää huomiota terveydenhuoltoalan moniulotteisuuteen ja erilaisiin ammattikulttuureihin.

Tutkimusten ja kehittämishankkeiden teko potilasturvallisuudesta sekä vaaratapahtumista on tärkeää, koska edelleen tarvitaan systemaattista työtä potilaiden turvallisuuden hyväksi. Merkittävää on, että tutkijat ovat päätyneet siihen, että jopa puolet haittatapahtumista voitaisiin estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10). Esimiehillä on suuri vastuu vaaratapahtumista oppimisessa. Esimiehille tulee tarjota koulutusta sekä tukea potilasturvallisuusjohtamiseen. Tärkeää tulevaisuudessa on ymmärtää, että potilasturvallisuus koskee kaikkia. Erheet, lipsahdukset ja unohdukset tulevat olemaan osa sosiaali- ja terveysalaa, mutta niitä ei saa kuitata ylimalkaisesti vaan niiden antama infor-

maatio tulee hyödyntää. Johtamisella on suuri merkitys siinä, miten ne huomioidaan ja miten niitä käsitellään yhdessä ilman syylistämistä.

Helovuori ym. (2012), Pietikäinen ym. (2010) sekä Kinnunen (2010) toteavat useamman tekijän vaikuttavan siihen, miten vaaratapahtumista opittaisiin. Riittävää ei ole vain se, että organisaatio ottaa käyttöönsä vaaratapahtumienraportointijärjestelmän. Tarvitaan systeemijattelua. Vaaratapahtumienraportoinnin kautta sekä työntekijät että esimiehet pystyvät näkemään asioita kokonaisuutena. (Helovuori ym. 2012, 53–57.; Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkilä 2010, 14.)

Yhtenä tulevaisuuden kehittämishaasteena on se, miten eri ammattiryhmien edustajat saataisiin kaikki osallistumaan vaaratapahtumailmoitusten tekoon. Tässäkin kehittämishankkeessa käy ilmi, että edelleen useimmiten vaaratapahtumailmoituksen laatii hoitaja. Jatkossa voitaisiin miettiä keinoja siihen, miten esimerkiksi lääkäreiden ilmoitusaktiivisuutta lisättäisiin.

Talousnäkökulman esille saaminen olisi myös mielenkiintoista. Olisi hyvä saada näkyväksi Suomessa syntyvät kustannukset sattuneiden vaaratapahtumien vuoksi. Uskoisin, että organisaatioiden johto motivoituisi potilasturvallisuuden kehittämiseen vielä paremmin, jos saataisiin faktaa siitä, miten eri potilasturvallisuutta parantavat toiminnan muutokset tuovat säästöä organisaatioille. Onko, vaaratapahtumilla vaikutus hoitojaksoihin ja niiden pituuteen? Myös olisi hyvä saada tietää potilasturvallisuuden eteen tehtävien toiminnanmuutoksien vaikutus potilasasiain miehelle tehtäviin kanteluihin sekä valituksiin.

8 LOPUKSI

Potilasturvallisuus tulee nähdä keskeisenä osana hoidon laatua. Potilasturvallisuuden kehittämisen eteen tulee tehdä aktiivista työtä. Potilasturvallisuuden lisäämisellä voidaan vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Tärkein potilasturvallisuuden paranemisella saatava hyöty on pienentää vaaratapahtumista aiheutuvaa haittaa ja kärsimystä potilaille ja heidän läheisilleen.

Vaaratapahtumailmoitukset voivat toimia esimiehen yhtenä työkaluna. Jotta, niistä voidaan oppia, on HaiPro – järjestelmän käyttökoulutuksiin satsattava. Lisäksi esimiehet tarvitsevat koulutuksen lisäksi tukea ylemmältä johdolta sekä riittävästi työaikaa analysointiin. Käyttökoulutusta tarvitsevat kaikki organisaatiossa työskentelevät, niin ilmoittajat kuin käsittelijätkin. Uusien työntekijöiden perehdytysohjelmaan tulee sisällyttää potilasturvallisuus ja HaiPro – informointi.

Organisaatio oppii virheistä, lipsahduksista ja erheistä, jos ne tuodaan esille syylistämättä ja, jos yksiköissä vallitsee avoin ja kannustava ilmapiiri. Toimintaa voidaan kehittää syiden pohjalta. Tärkeää on, että esimiehien ei tarvitse yksin analysoida vaaratapahtumia, vaan analysointia ja toiminnan kehittämistä tulee tehdä työyhteisön kesken. Tulee tarkastella prosesseja eli ei tyydytä vain virheen korjaamiseen vaan mietitään, mikä tai mitkä tekijät johtivat virheeseen, lipsahdukseen tai erheeseen.

LÄHTEET

- Alinen, P. 2008. HaiPro -raportointijärjestelmän käyttöönotto ja alkuvaiheen kokemukset sekä käytännön kehittämisehdotukset Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymässä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä.
- Antikainen, R. 2011. Vaaratapahtumien raportointi ja kommunikointi sairaalalähenkilöstön arvioimana potilasturvallisuuskulttuurikyselyn osa-analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Avelin, T, Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Hämeenlinna.
- Battles, J. & Stevens, D. 2009. Adverse events reporting systems and safer health-care. Viitattu 9.5.2013. Saatavissa:
<http://qualitysafety.bmj.com/content/18/1/2.short>.
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey, A. & Vincent, C. 2007. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. Viitattu 6.11.2012 Saatavissa:
<http://images.coventry.ac.uk/researchnet/HLI/Documents/Ben%20et%20al.%202009>.
- Evans, S.M, Smith, B.J, Esterman, A., Runciman, W., Maddern, G., Stead, K., Selim, P., O`Shaughnessy, J., Muecke, S. & Jones, S. 2007. Evaluation of an intervention aimed at improving voluntary incident reporting in hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 16 (3), 169-175 Viitattu 5.11.2012 Saatavissa: www.qshc.com.
- Evans, S.M., Berry, J.G. Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O`Shaughnessy, J., ja DeWit M. 2006. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care* 15(1); 39–43.
- Finlex. 2012. Viitattu 29.10.2012. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>.

Ford, H. ThinkExist verkkosivut. Viitattu 16.10.2012 Saatavissa:
http://thinkexist.com/quotes/henry_ford/2.html.

HaiPro 2012. Potilasturvallisuusilmoituksen täyttöohje. Viitattu 5.2.2013 Saatavissa: http://www.haiopro.fi/ohjeet/haipro_ilmoittajan_ohje.pdf

HaiPro 2012. Potilasturvallisuusilmoituksen käsittelyohje. Viitattu 7.11.2012 Saatavissa: http://www.haiopro.fi/ohjeet/haipro_kasittelijan_ohje.pdf.

HaiPro 2012. Yksittäisen ilmoituksen käsittely HaiPro-prosessissa. Viitattu 7.11.2012 Saatavissa: http://www.haiopro.fi/ohjeet/haipro_prosessi.pdf.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14. Keuruu: Kirjayhtymä Oy.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki.

Hopia, H., Heino-Tolonen, T., Paavilainen, E. & Åsted-Kurki, P. 2004. Laadullinen toimintatutkimus perhehoitotyön kehittämisen keinona lastenosastolla. Hoitotiede, 16, 164.

Heikkilä, A., Jokinen, P., Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Porvoo; WSOY.

Heikkinen, H.L.T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Helsinki. 16–17.

Heikkinen, H.L.T. ja Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen H.L.T., Rovio E. ja Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansainvalistusseura. Helsinki. 147–151.

Härenstam, K., Elg, M., Svensson, C, Brommels, M, Øtretveit, J. 2007. Patient safety as perceived by Swedish leaders. International journal of Health Care.

Härkönen, M. 2012. Potilas turvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta / Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Jeffs L, Berta W, Lingard L, Baker GR. Learning from near misses: from quick fixes to closing off the Swiss-cheese holes. *BMJ Qual Saf.* 2012 Apr;21, 287–288.

Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen lääkärilehti* 12/ 2010, 1123–1124.

Kingston, M., Evans, S., Smith, B. & Berry, J. 2004. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *MJA the medical journal of Australia*, 181(1), 36–39. Viitattu: 12.11.2012. Saatavissa: <https://www.mja.com.au/journal/2004/181/1/attitudes-doctors-and-nurses-towards-incident-reporting-qualitative-analysis>.

Kinnunen, M. 2008. Muutosprosessi ja sen hallitseminen. Case vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessi Vaasan keskussairaalassa. Vaasan yliopisto. Kauppatieteellinen tiedekunta, johtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Vaasan yliopisto. *Acta Wasaensia* No 230. Väitöskirja. Viitattu: 1.10.2012. Saatavissa: http://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf.

Kinnunen, M. 2011. Satojen turvallisuusiskujen nainen. *Mediauutiset* nro 44 16.12.2011, 6.

Kohn, L, Corrigan, J, Donaldson, M. 2000. To err is human: building a safer health system. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. (Viitattu 1.2.2012) Saatavissa: http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Initiative_Docs/To_err_is_human_executive_summary.sflb.ashx.

- Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveysthuollon laadunhallinta.
- Kotila, J. ja Knuutila, M. 2009. Johtaminen ja potilasturvallisuus. TEOS Terveysthuollon osastonhoitajat 3/2012: 12–14.
- Kuisma, P. 2011. Terveysthuollon vaaratapahtumailmoitukset tietolähteenä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tampereen kaupungin Tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja D4/2011. Tampereen kaupunki. Viitattu: 11.11.2012. Saatavissa:
http://www.tampere.fi/material/attachments/t/5xDwInBPb/D_4,_Terveysthuollon_vaaratapahtumailmoitukset.pdf.
- Kunzle, B., Kolbe, M. ja Grote, G. 2009. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. *Safety science*: 1, 13.
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – HaiPro – vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus – kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere.
- Laamanen, K. 2005. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Keuruu.
- Lanne, M., Murtonen, M., Nissilä, M., Ruuhilehto, K. & Virolainen, K. 2006. Opas vaaratilanne raportoinnin kehittämiseen ja arviointiin. VTT. Tampere. Viitattu: 30.11.2011. Saatavissa:
http://www.vtt.fi/inf/julkaisut/muut/2006/opas_vaaratilanneraportointi.
- Lehtomäki, P., 2012. Potilasturvallisuus Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymässä. Potilasturvallisuuskoulutus 10.5.2012 PHKS.
- Lucian, L. 2002. Reporting of adverse events. *The new England Journal of Medicine* vol. 347, 1633–1638.
- Mahajan, R. P. 2010. Critical incident reporting and learning. *British Journal of Anaesthesia* 105 (1): 69–75.

- Martinsuo, M. & Blomqvist, M. 2010. Prosessien mallintaminen osana toiminnan kehittämistä. Tampereen teknillinen yliopisto. Teknis-taloudellinen tiedekunta. Tampere.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä.
- Milén, A. & Peltomaa, K. 2011. Erehtyminen on inhimillistä, mutta usein estettävissä. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. 6/2011, 19.
- Mitchell, P. 2008. Defining patient safety & quality care. Teoksessa Hughes, R. Patient Safety and Quality An Evidence-Based Handbook for Nurses, 1 – 2.
- Myllykangas, P. 2011. Sairaanhoidajien arvioita potilasturvallisuuskulttuurista – kysely erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät – uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki.
- Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa, K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 18 – 24.
- Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti VTT. Tampere.
- Pietikäinen, E., Heikkilä, J. & Reiman, T. 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuudenjohtaminen. VTT TECHNOLOGY 58.
- Potilasturvallisuuden työkalut- työvaliokunta. Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuushanke. 2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Teoksessa: Kinnunen, M & Peltomaa, K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 187–188.
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. 2012. Viitattu 15.3.2012 Saatavissa: <http://www.phsotey.fi>.

- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. 2013. Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan suunnitelma 2013.
- Ruuhilehto, K. & Knuutila, J. 2008. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Ruuhilehto, K. 2008. Virheilmoitusten käsittely – esimiesten vaativa rooli. Pre-
missi 3, 39 – 42.
- Ruuhilehto, K. & Knuutila J. 2008. HaiPro – vaaratapahtumien raportointi: tulok-
sia ja kokemuksia käsittelystä. HaiPro -projekti. Viitattu 7.11.2012 Saatavissa
http://www.haipro.fi/aineisto/haipro-kyselyn_yhteenveto_210208.pdf.
- Sanatori. 2012. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän henkilöstölehti. Nro2,
6–7.
- Saraste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyö-
dynnettävyys. Itä - Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden
tiedekunta / Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu:
7.11.2012. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20120469>.
- Seppälä, C. 2011. Osastonhoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista
psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
Pro gradu -tutkielma.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Kinnunen, M & Pel-
tomaa, K (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen
sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki, 30.
- Socialstyrelsen. (2009). Riskanalys och händelseanalys: handbok för patientsäker-
hetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M. & Haglund, B. 2009. The incidence of ad-
verse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study.
International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, (4): 285–291.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta
yhdessä, suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset raportointityövaliokunta 2006- 2009. Helsinki.

Socialstyrelsen. 2011. Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalite och patientsäkerhet 2008 – 2011.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 2007. Potilasturvallisuussanasto lääkehoidon turvallisuussanasto.

Taatila, N. 2009. Potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien raportoinnin kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuus lainsäädännön ja strategian toimeenpanon tueksi. Tampere.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2012. Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelma. Viitattu 12.11.2012 Saatavissa <http://www.thl.fi>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2012. Työkaluja johtamiseen ja esimiestyöhön. Viitattu 1.2.2012 Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/johtamisen-tyokaluja.

Toikko, T, Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print. Tammi.

Turvallinen lääkehoito. 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

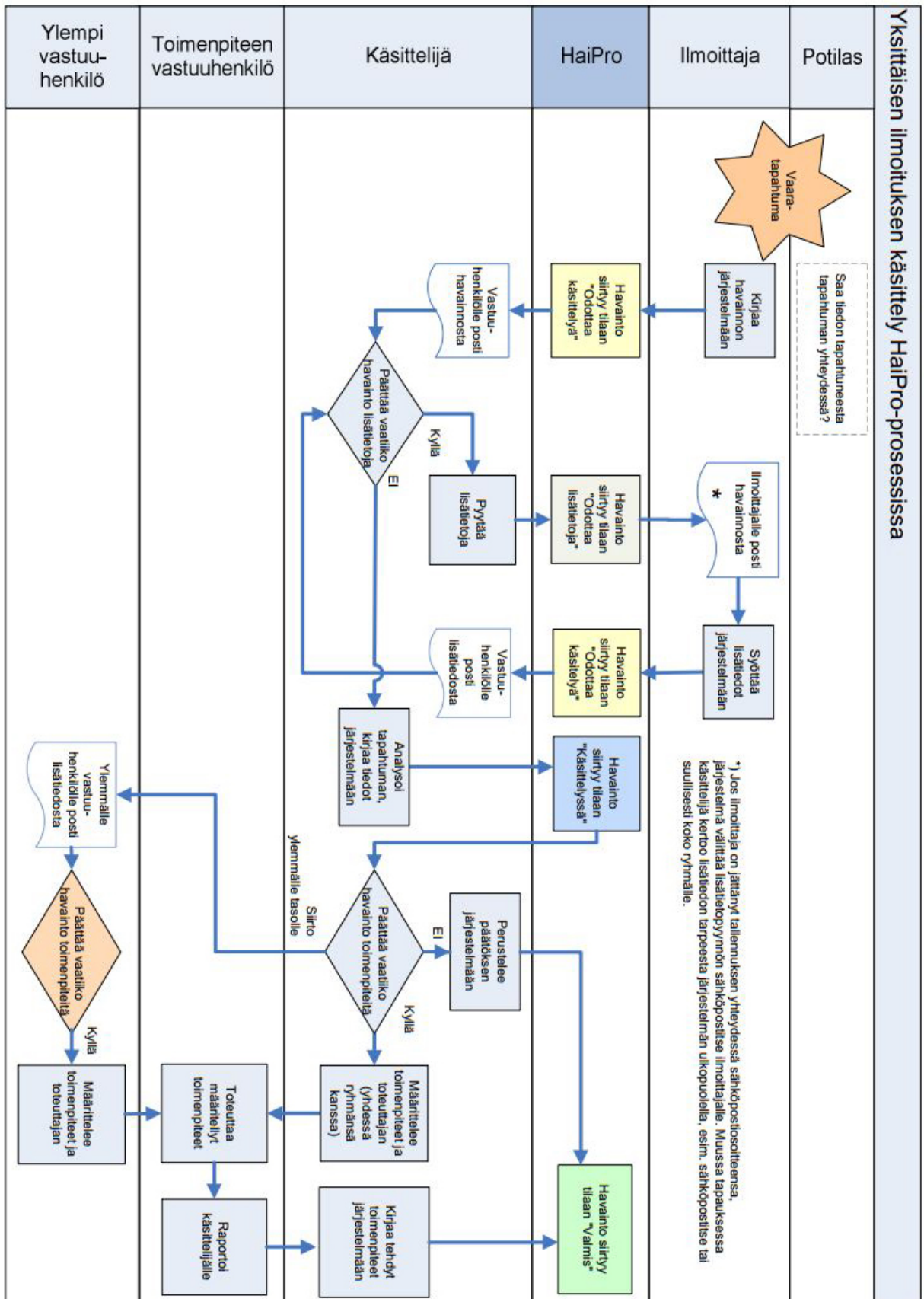
Violainen, J. 2012. Potilasturvallisuustutkimus suomessa: kartoituskysely 2010. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta sosiaalifarmasian osasto. Pro gradu - tutkielma.

WHO, Drafting Group of the ICPS. 2007. Report on the results of the web – based modified Delphi survey of the international classification for patient safety overview. Viitattu 20.9.2013. Saatavissa:

http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/ps_modified_delphi_survey.pdf.

WHO, Callaborating Center for Patient Safety 2008. Nine Patient Safety Solutions. Viitattu 5.9.2013. Saatavissa: <http://www.ccforspatientsafety.org/30723>.

LIITTEET



Liite 1: Yksittäisen ilmoituksen käsittely HaiPro –prosessissa (www.HaiPro.fi.)

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

[Sisäiset sivut](#)

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Ilmoituksen pvm: 15.5.2013

Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*)	<input type="button" value="Hae"/>
	Valitse <input type="text"/>	
	Yksikkö, jossa tapahtui (*)	<input type="button" value="Hae"/>
	Valitse <input type="text"/>	
Lomakkeen täyttäjä	Valitse <input type="text"/> <input type="button" value="i"/>	
Tapahtuma	Tapahtuma-aika(*)	Tapahtuman luonne (*)
	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	<input type="text"/>
Tapahtuman tyyppi	Ei tiedossa <input type="text"/>	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. <input type="button" value="i"/>	
	<input type="text"/>	
	Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.	
	<input type="text"/>	
Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?		
<input type="text"/>		

Liite 2: HaiPro –ilmoituslomake (www.HaiPro.fi)

Olet käyttänyt Vaaratapahtuma tarkastelu –opasta. Toivon, että voit vastata seuraaviin kysymyksiin kokemustesi perusteella.

1. Kuinka monta vaaratapahtumaa (HaiPro –ilmoitusta) tarkastelit oppaan avulla? _____
2. Kuinka monta läheltä piti – tilannetta tarkastelit oppaan avulla?

3. Auttoiko opas sinua tarkastelemaan HaiPro – ilmoitusta? Kyllä ____ Ei

4. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ”kyllä”, niin miten se auttoi?
5. Jos vastasit kysymykseen 3 ”ei”, niin miksi?
6. Auttoiko opas teitä oppimaan vaaratapahtumasta?
7. Mitä mieltä olet oppaan ulkonäöstä?
8. Mitä muuta tahdot sanoa oppaasta?
9. Suositteletko oppaan käyttöä kollegallesi?

HaiPro- ilmoitusten analyysi

PÄIJÄT – HÄMEEN SOSIAALI- JA
TERVEYSYHTYMÄ



PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYSYHTYMÄ

TARKOITUS JA TAVOITE

TARKOITUS:

- Auttaa ymmärtämään, miksi vaaratapahtumailmoituksia tehdään
- Havainnollistaa, miten vaaratapahtumailmoituksia tarkastellaan

TAVOITE:

- Auttaa tarkastelemaan HaiPro – ilmoituksia siten, että niistä voidaan oppia
- Ennaltaehkäistään samanlaisten vaaratapahtumien syntymistä
- Oppia ymmärtämään systeemiajattelua
- Potilasturvallisuuden lisääminen

TAUSTAA:

- HaiPro - ilmoitusten tarkoituksena on toimia tiedon antajana. Turhia ilmoituksia ei ole olemassa
- Toiminnan kehittäminen vaatii tietoa
- HaiPro – raportointijärjestelmä voi tuoda esille systeemissä piilevät vaarat
- Henkilökunta on avainasemassa, jotta vaarat tunnistetaan
- Annetut esimerkkitapaukset toimivat viitteellisinä ohjeina siitä, miten niitä voidaan käsitellä
- Loppukädessä sinä käsittelijäksi nimetty vastuuhenkilö vastaat siitä, että HaiProsta saatava tieto hyödynnetään ja tuodaan esille!!!!

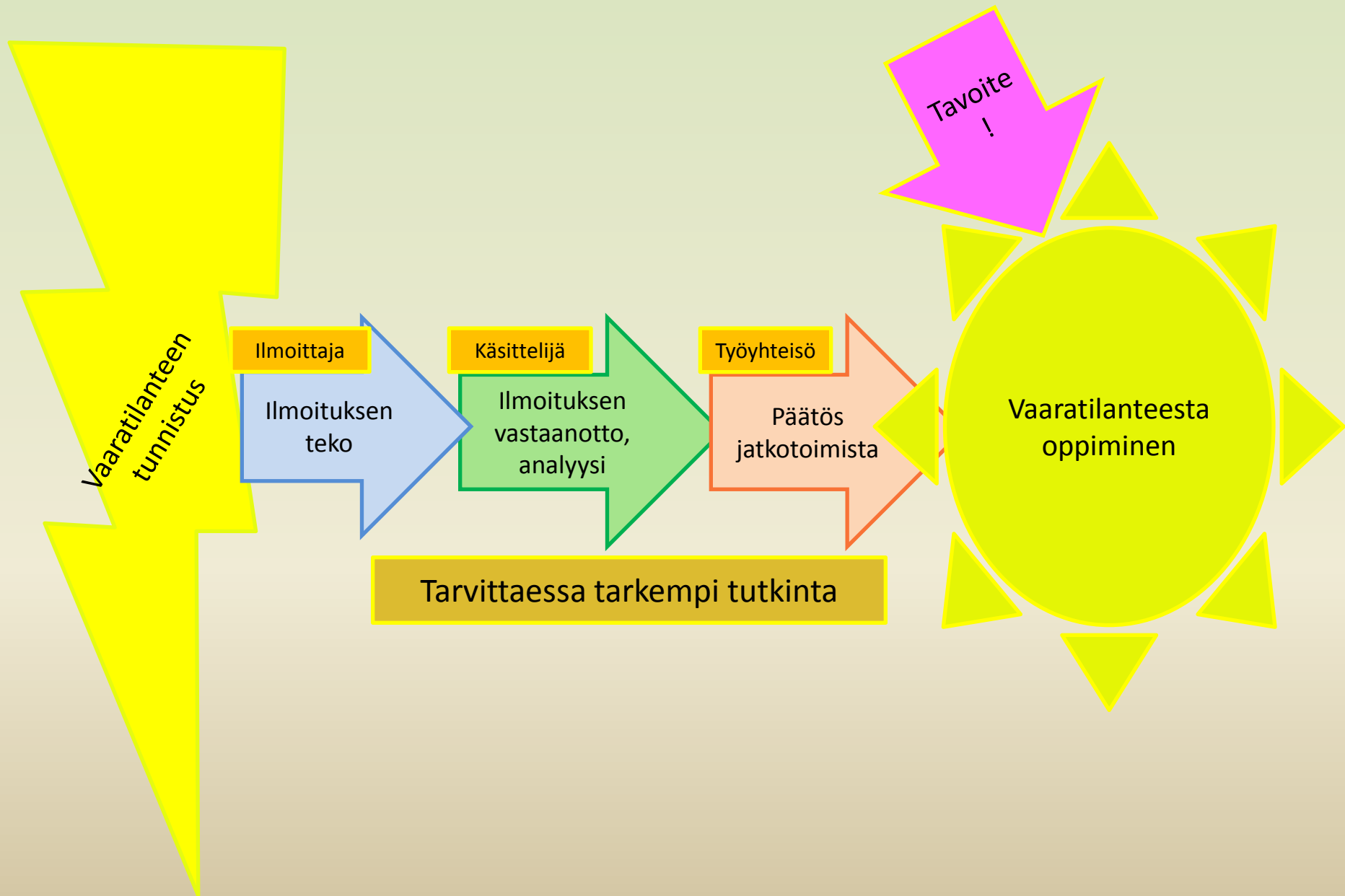
HUOMIO

- HaiPro – ilmoituksilla ei haeta syyllistä!
- Ongelmana ei ole huonot ihmiset!
- Kukaan ei tee virheitä tahallaan!
- Kannusta avoimuuteen!
- Toimi esimerkkinä!
- Keskitytään työskentelyolosuhteisiin ja ympäristöön, ei yksilöön!

*Sinun ei tule kysyä,
KUKA vaan, MIKSI!*



HaiPro – ILMOITUKSEN RAPORTOINTIPROSESSI



Olet yksi organisaatioosi nimetyistä potilasturvallisuusilmoitusten käsittelijöistä. Olet saanut sähköpostiisi HaiPro – ilmoituksen.

- Sähköpostin linkistä pääset suoraan käsiteltävään ilmoitukseen.
- Sähköpostissa on tapahtuman kuvaus, josta voit arvioida käsittelyn kiireellisyyden.
- Pääset käsittelemään oman vastualueesi ilmoituksia luettelossa. Pääset myös näkemään omaa yksikköäsi koskevat tilastot

.

Tarkista , tarvitsetko käsittelyä varten lisätietoa tapahtumasta.

- Tee tarvittaessa lisätietopyyntö. Edellyttää, että ilmoittaja jättänyt sähköpostiosoitteensa.

- Kun pyydät lisätietoja, kysy puuttuvaa yksityiskohtaa, älä kysy tunnistetietoja tai vaaratapahtumassa mukana olleita

- Odota lisäpyyntöä kaksi viikkoa, jos lisäpyyntöön ei vastata kahden viikon sisällä → käsittele ilmoitus olemassa olevilla tiedoilla.

Tarkastelkaa tapahtumaa/ tapahtumia työyhteisössä, siten ettei potilaita ja tapahtuma – aikaan töissä olleita työntekijöitä tunnisteta.

- Työyhteisössä odotetaan palautetta tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista.

- Tarkastelkaa HaiPro – ilmoituksia vähintään kerran kuukaudessa esimerkiksi osastokokousten yhteydessä.

- Pohtikaa, mikä mahdollisti tapahtuman ja millaiset tekijät tapahtuman syntyyn ovat vaikuttaneet.

POTILASTURVALLISUUS ON YHTEINEN ASIA!



Joten miksi vaaratapahtumailmoitusten käsittely tapahtuisi yksin?

Keskustelkaa

ilmoituksissa esille nousseista asioista ja miettikää, mitä voisi tehdä toisin, jotta samanlaiset virheet estettäisiin.

Miettikää prosesseja ja tehkää kehittämisideoita.

Esimerkki HaiPro – ilmoituksen tarkastelusta

”Neorecormon – epo piikki unohtui laittaa potilaalle, joka menee hänelle kolme kertaa viikossa, eli joka hoidossa. Hoitaja ensimmäistä kertaa potilashuoneessa, toinen hoitaja tavallaan osittain auttamassa. Vastuunjaossa epäselvyyttä. Ja toinen syy, että kuumekurvalta puuttui merkintä epo - piikistä.”

MITÄ POTILAALLE TAPAHTUI?

- Potilas ei saanut tarvitsemaansa lääkettä.



MIKSI?

MIKSI POTILAS EI SAANUT LÄÄKETTÄ?

Hoitaja ei antanut lääkettä

Toinen hoitaja tavallaan osittain auttamassa

Lääkemerkinä puuttui lääkekurvalta

MIKSI?

Vuorossa oli uusi hoitaja.

Työnjako oli epäselvä

Läkettä ei oltu kirjattu lääkekurvalle

MIKSI?

Uusi hoitaja ei tiennyt käytännöstä

Työnjaossa/ raportoinnissa jokin epäselvyys

Pysyvän lääkityksen kirjaaminen epäselvä

MIKSI?

Uusi hoitaja ei ollut saanut riittävästi perehdytystä

Kirjaamiskäytäntöä ei ole sovittu

MIKSI?

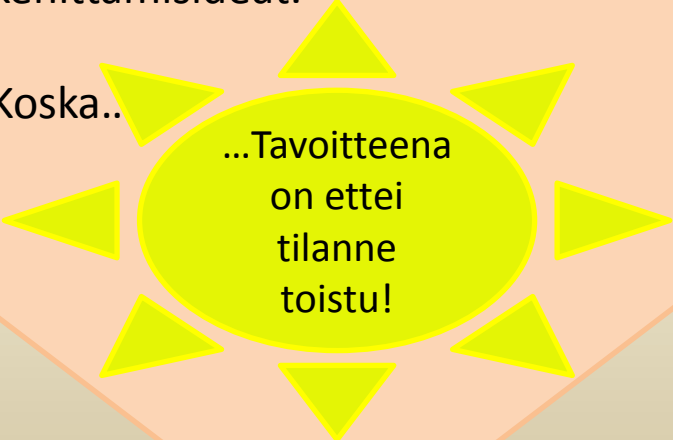
Osastolta puuttui selkeä perehdytysmalli/ ohje.

Esimerkki-ilmoituksen voi pilkkoa osiin.
Tärkeää on miettiä, mikä systeemissä
mahdollisesti virheen?

Ilmoituksen tarkastelun jälkeen:

- *Havaitaan* kehittämiskohteet. *Kootaan* työryhmä, joka *mieltii*, miten/ mitä kehitetään. Työryhmä tekee *ehdotuksen* kehittämiskohteille. Ehdotuksen jälkeen *kokeillaan* uutta/ uusia käytänteitä, tämän jälkeen *tehdään yhdessä* lopullinen päätös siitä vakiinnutetaanko kehittämisisideat.

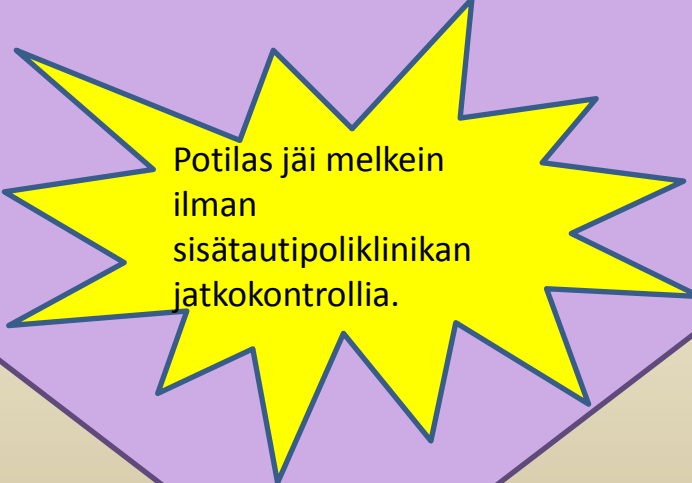
Koska..



...Tavoitteena
on ettei
tilanne
toistu!

Esimerkki läheltä piti tilanteesta:

”Potilas sisällä kirurgian osastolla, samalla kirjeaika sisätautien polilla lääkärille. Poliklinikan lääkärin määräys labrat ja käynti kolmen kuukauden päähän oli kuitattu valmiiksi osastolta käsin, ei kuitenkaan tehty varausta. Valmiiksi kuitattua määräystä ei kukaan tarkista onko sitä tehty tai ei, eikä tekemättä oleva nouse listauksissa esiin. Jos ei olisi huomattu ajanvarauksen puuttumista potilas olisi jäänyt ilman tärkeää kontrollia.”



Potilas jäi melkein ilman sisätautipoliklinikan jatkokontrollia.

Esimerkki 2: ssa on tapahtunut tiedonkulun ongelma.

Helposti kyseinen ilmoitus nähdään vain huolimattomuutena tai kuitataan kiireen piikkiin, mutta...

...yhdessä tehtävä asian tarkastelu saattaakin paljastaa vaaratapahtuman taustalla olevan ketjun, joten...

...yhdessä tulee miettiä, miksi tieto jäi kulkematta tai, miten tiedon olisi pitänyt kulkea?

Onko taustalla toimintatapa, jota voitaisiin muuttaa?

Voisiko toimintatapaa kehittää jopa yli yksikkörajojen?



Voisiko organisaation tiedonkulun prosessissa olla puute

HAIPRO – ILMOITUKSET KOSKEVAT KOKO TOIMINTAYKSIKKÖÄ

Henkilökunta tarvitsee tiedon, siitä, että HaiPro – ilmoitukset on huomioitu ja niistä annetaan palautetta

Kannusta HaiPro – ilmoitusten tekoon, koska ilmoitusten kautta saadaan merkittävää tietoa.



HaiPro – ilmoitusten käsittelijänä sinulla on tärkeä rooli siinä, mitä ilmoituksia tuot yhdessä käsiteltäviksi ja millä tavalla

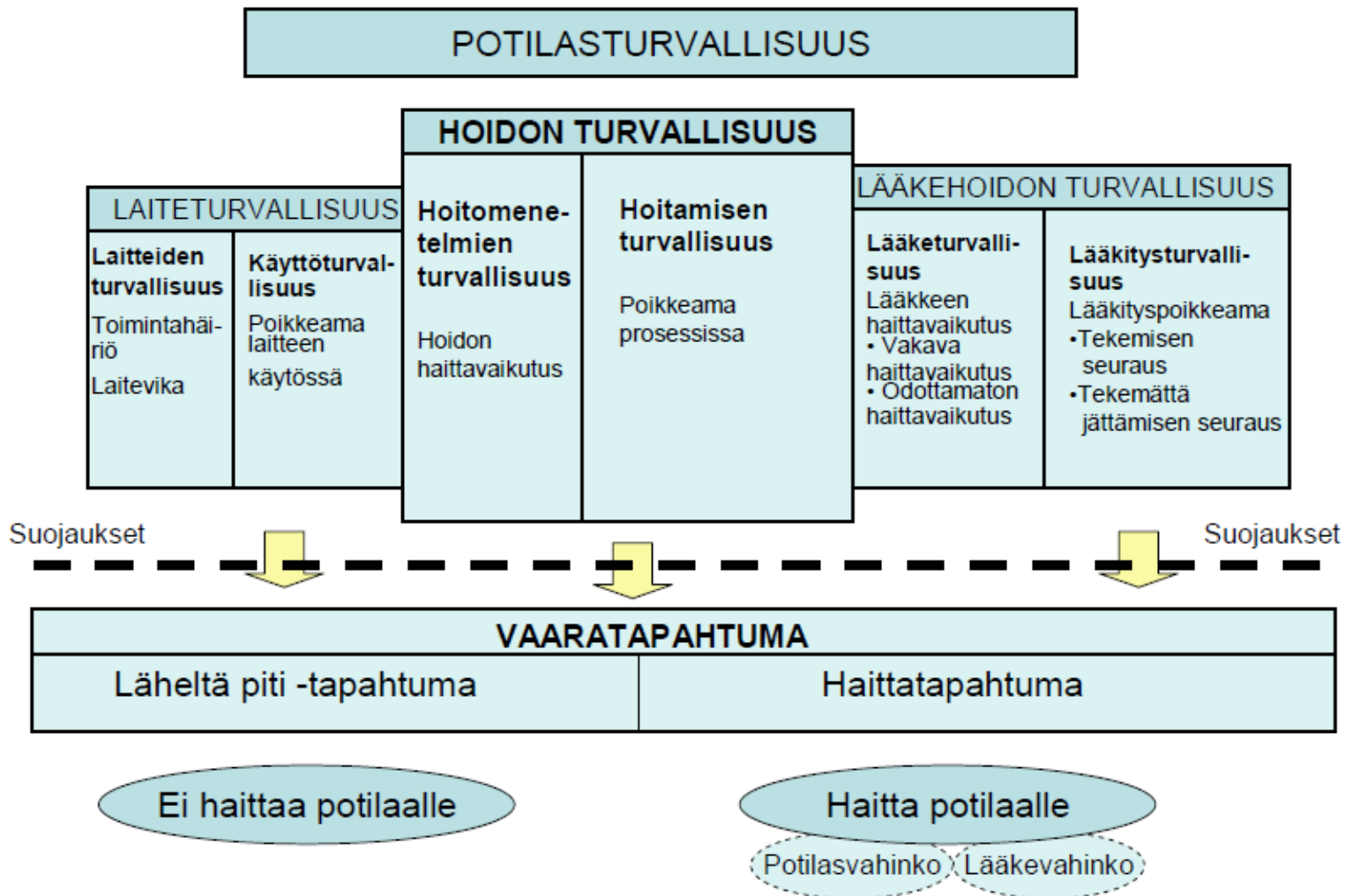
Kun HaiPro – ilmoitus on käsitelty, niin kirjaa järjestelmään päätös jatkotoimista

Välttämättä kaikkia ilmoituksia ei voida tarkastella yhdessä työyhteisön kanssa.

Oleellista on, että kaikkiin ilmoituksiin tulee vastata ja ne tulee kuitata valmiiksi.

HaiPro – ilmoitusten pohjalta syntyy varmasti kehittämisisideoita. Näin ollen on tärkeää seurata ja arvioida muutosta sekä...

...HUOMIO, jos kehittäte jonkin hyvän käytänteen tai huomaatte organisaatiossa olevan prosessin puutteen, niin jakakaa tuo tieto eteenpäin.



Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto.
 Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Rohto 2007.

HYÖDYLLISIÄ LINKKEJÄ

- <http://www.haipro.fi>
- [http://www.thl.fi/fi FI/web/potilasturvallisuus-fi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi)
- [http://www.stm.fi/sosiaali ja terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus)
- [http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas terveydenhuolto-organisaatioiden vaaratapahtumista oppimiseksi.pdf](http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf)