

Anu Niemi-Himanka

**HAIPRO–VAARATAPAHTUMAILMOITUKSET POTILAS-
TURVALLISUUDEN JOHTAMISEN VÄLINEENÄ**

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Toukokuu 2014

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola- Pietarsaaren yksikkö	Aika Toukokuu 2014	Tekijä/tekijät Anu Niemi-Himanka
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK		
Työn nimi HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä		
Työn ohjaaja Yliopettaja TtT Annukka Kukkola	Sivumäärä 51 +7	
Työelämäohjaaja Laatupäällikkö, sh Päivi Saari		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää toimintamalli HaiPro– vaaratapahtumailmoitusten hyödyntämiseen potilasturvallisuuden johtamisessa. Tavoitteena oli yhtenäistää HaiPro-ilmoitusten käsittelyä ja hyödyntämistä ja parantaa potilasturvallisuutta. Opinnäytetyö toteutettiin Oulaskangas–Visala–tulosalueella Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.</p> <p>Toimintamalli laadittiin turvallisuusjohtamisen näkökulmasta konstruktiivisena tutkimuksen lähestymistapaa noudattaen. Toimintamallin sisältö rakentui kahden eri aineiston ja aiemman teorian perustalle. Ensimmäinen aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Kohderyhmänä oli hoitohenkilökuntaa (n=17) viideltä eri osastolta. Vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Toisen aineiston muodosti esimiehille suunnatussa kehittämistilaisuudessa aivoriihimenetelmällä kerätty materiaali.</p> <p>Toimintamalli kehitettiin tutkimustulosten ja teorian perusteella yhteistyössä ohjausryhmän kanssa. Toimintamallista laadittiin erilaisia versioita, joita muokattiin ohjausryhmässä. Toimintamalli koostuu kahdesta osasta. Ensimmäinen osa sisältää esimiehille suunnatun ohjeistuksen, jossa määritellään HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten käsittelyyn, yhteistyöhön, kirjaamiseen ja kehittämistoimiin liittyvä aikataulut ja esimiehen vastuut. Toinen osa on HaiPro–vuosikello. Siihen sisältyy vaaratapahtumailmoitusten perusteella toteutettujen hyvien käytäntöjen jakaminen kahdesti vuodessa olevassa potilasturvallisuuskehittämistilaisuudessa ja kehittämistoimista tiedottaminen Potilasturvallisuus uutiset julkaisussa organisaation sisällä.</p> <p>Toimintamallia voidaan soveltaen käyttää kaikissa HaiPro–järjestelmään käyttävissä organisaatioissa.</p>		
Asiasanat HaiPro–vaaratapahtumailmoitusjärjestelmä, kehittäminen ja johtaminen, potilasturvallisuus, turvallisuusjohtaminen		

ABSTRACT

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Kokkola-Pietarsaari Unit	Date May 2014	Author/s Anu Niemi-Himanka
Degree programme Master of Social and Health Care		
Name of thesis HaiPro Adverse Event Reporting System as a tool of Patient Safety Management		
Instructor Principal Lecturer, D.Sc. Annukka Kukkola		Pages 51 +7
Supervisor Director of Quality, Nurse Päivi Saari		
<p>Purpose of this thesis was to create operations tool how to exploit HaiPro adverse event reporting system in patient safety leadership. The aim was to unify the adverse events reporting analysing process and exploited best practices. The aim was also improve patient safety. This thesis was realized in Oulaskangas hospital and Visala hospital.</p> <p>The present thesis was made from the safety managements point of view and the method of approach used was constructive. Operations tool was based on two different data and theory. The first data was collected from open questionnaires. Target group was nursing staffs (n=17) from five different departments. The data was analysed by qualitative methods. The second data was collected in brainstorm session from nursing staffs leader.</p> <p>Operations tool was constructed together with Steering group, and the tool was composed of two parts. First part included instructions, which are aimed at nursing staffs leader. Instructions include to nursing staff leader responsibilities and schedule for handling adverse event reports, patient safety alliance, registering responsibilities.</p> <p>Second part of the tool is HaiPro year clock. It includes schedule for Patient safety development event at both Oulaskangas and Visala hospitals twice a year, where patient safety innovations that strengths of the results of a HaiPro adverse event system are shared whit other nursing staffs leader and managers. Patient safety innovations should also be reported in organization´s own Patient safety publication.</p> <p>The operations tool can be transferred and modified to be used between the different health care organizations who use HaiPro system.</p>		
Key words HaiPro adverse events reporting system, Improvement and Leadership, Patient safety, Security Management		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 HAIPRO–VAARATAPAHTUMAILMOITUSJÄRJESTELMÄ OSANA 3 POTILASTURVALLISUUTTA JA SEN JOHTAMISTA	
2.1 Potilasturvallisuus terveydenhuollossa	3
2.2 Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa	5
2.3 Potilasturvallisuus osana turvallisuusjohtamista	6
2.4 HaiPro–vaaratapahtumailmoitusjärjestelmä	9
2.4.1 Vaaratapahtumien raportoinnin perusteet	9
2.4.2 HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten käsittely	10
2.4.3 HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten hyödyntäminen potilasturvallisuuden johtamisessa	12
2.5 Yhteenvedo opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä	14
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	15
3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	15
3.2 Tutkimusprosessin eteneminen	15
3.3 Konstruktiivinen tutkimus	18
3.4 Opinnäytetyön toimintaympäristö	20
3.5 Avoin kyselylomake ja aineiston keruu	21
3.6 Aineiston analyysi	23
4 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	25
4.1 Hoitohenkilökunnan kokemukset käsittelyprosessin nykytilasta ja kehittämistarpeista	25
4.1.1 Hoitohenkilökunnan kokemukset HaiPro–ilmoitusten käsittelystä työyksiköissä	25
4.1.2 HaiPro–ilmoitusten käsittelyn vaikutukset potilasturvallisuuteen	27
4.1.3 Käsittelyn ja raportoinnin kehittämiskohteet yksiköissä	28
4.2 Esimiesten näkemykset toiminnan kehittämisestä	30
4.3 Toimintamallin rakentuminen	32
4.4 HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä toimintamalli	33
5 POHDINTA	36
5.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta	36
5.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta	39
5.3 Opinnäytetyön luotettavuus	41
5.4 Opinnäytetyön etiikka	44
5.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuuden parantaminen ja siihen tähtäävät toimenpiteet ovat keskeinen osa niin kansallista kuin kansainvälistäkin terveydenhuollon toimintaa. Euroopan unionin neuvosto on laatinut suosituksen potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta. Jäsenvaltiota kehoitetaan ottamaan käyttöön, parantamaan ja ylläpitämään kattavia vaaratapahtumien raportointi- ja oppimisjärjestelmiä. Järjestelmien tarkoituksena on vaaratapahtumien syiden löytäminen ja laajuuden selvittäminen sekä löytää ratkaisuja ja kehittämisalueita vaarojen ehkäisyyn. Ilmoitusjärjestelmien tulee olla avoimia ja syyllistämättömiä, niiden tulee kannustaa terveydenhuollon henkilöstöä tekemään ilmoituksia haattatapahtumista. Järjestelmistä tulee saada tietoa virheiden, haattatapahtumien ja läheltä piti tilanteiden laajuudesta, tyypeistä ja syistä. Myös potilailla, läheisillä ja omaishoitajilla tulee olla mahdollisuus raportoida havaitsemistaan haitoista ja vaaroista näihin järjestelmiin. (European Union Council recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections 2009)

Potilaille sattuneiden haattatapahtumien kustannusten Suomessa on arvioitu vuositasona olevan 951 miljoonaa euroa ja haattatapahtumista aiheutuneiden kuolemien kustannusten 590 miljoonaa euroa vuodessa. Haattatapahtumia ehkäisevien toimenpiteiden tulisi olla tehokkaita ja toimivia ollakseen kustannustehokkaita, sillä niihin sitoutuu aina myös henkilöstön aikaa ja organisaatiolle aiheutuu kustannuksia. (Järvelin, Haavisto & Kaila 2010, 1123–1125.)

Hoidon turvallisuus, ja turvallisuusjohtaminen ovat nousseet terveydenhuollon toiminnassa ja uutisoinnissa keskeiselle sijalle. Terveydenhuolto on alettu liittää osaksi turvallisuus-kriittisiä organisaatioita ja turvallisuusjohtamiseen on otettu oppia perinteisistä korkean turvallisuuden toimijoista, kuten ilmailusta ja ydinvoimateollisuudesta. (Reiman & Oedewald 2009, 45.)

Terveydenhuollon esimiesten toiminnassa turvallisuuden johtamiseen liittyy olennaisesti potilasturvallisuuden johtamisen näkökulma. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä haitta- ja vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä HaiPro, jota käytetään Suomessa yli 200 sosiaali- ja terveysalan yksikössä. Järjestelmän kautta henkilöstö, potilaat ja omaiset voivat tehdä nimettömänä ilmoituksia hoidossa havaitsemistaan potilasturvallisuutta vaarantavista tilanteista (HaiPro 2013). HaiPro-järjestelmän kautta tehtyjen ilmoitusten perusteella on kyetty perustelemaan potilasturvallisuustoimenpiteitä, se on mahdollistanut käyttäjälähtöisen kehittämisen potilasturvallisuustyöhön. Järjestelmän kautta on mahdollista saada selville keskeiset potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueet yksiköittäin ja toimialuekohtaisesti. (Avelin & Lepola 2008, 64; Kuisma 2010.) Kinnusen (2010) mukaan virheistä oppimisen mahdollistamisessa raportointijärjestelmän tulee tukea nopeaa ja systemaattista tiedonkulkua läpi organisaation. Virheistä keskustelun ja tiedonsiirron tulee olla systemaattista ja vastuutettua. Vastuun keskustelun avaamiselle, etenkin hoitoketjun rajapinnoilla, on oltava selkeästi määritelty.

Oulaskangas-Visala tulosalueen toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2013–2015 potilasturvallisuusteema näkyy toiminnan ja talouden suunnittelussa, päätöksenteossa ja raportoinnissa, joita tulee kirjata potilasturvallisuuden näkökulmasta. Potilasturvallisuuden kehittäminen ja arviointi on jatkuva prosessi, ja niiden tulee perustua potilasturvallisuussuunnitelmaan. (Oulaskangas-Visala 2013.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää HaiPro-järjestelmään tehtyjen potilasturvallisuusilmoitusten hyödyntämiseen toimintamalli esimiesten potilasturvallisuusjohtamisen tueksi Oulaskangas-Visala-tulosalueella. Tavoitteena oli yhtenäistää HaiPro-ilmoitusten käsittelyä ja hyödyntämistä Oulaskangas-Visala-tulosalueella ja sitä kautta lisätä potilasturvallisuutta. Myös potilasturvallisuutta parantavien käytäntöjen jakaminen organisaation eri toimijoiden kesken lisääntyy. Esimiesten rooli turvallisuusjohtamisen suunnittelun ja toteuttamisen vastuuhenkilöinä korostuu. Näiden kautta potilasturvallisuus paranee. Aihe on ajankohtainen koko terveydenhuollossa potilasturvallisuustyön voimakkaan kehittymisen takia.

Tässä työssä vaaratapahtumien raportoinnilla tarkoitetaan kaikki niitä potilasturvallisuuden liittyviä haitta-, vaara- ja läheltä piti-tapahtumia, jotka raportoidaan HaiPro järjestelmän kautta.

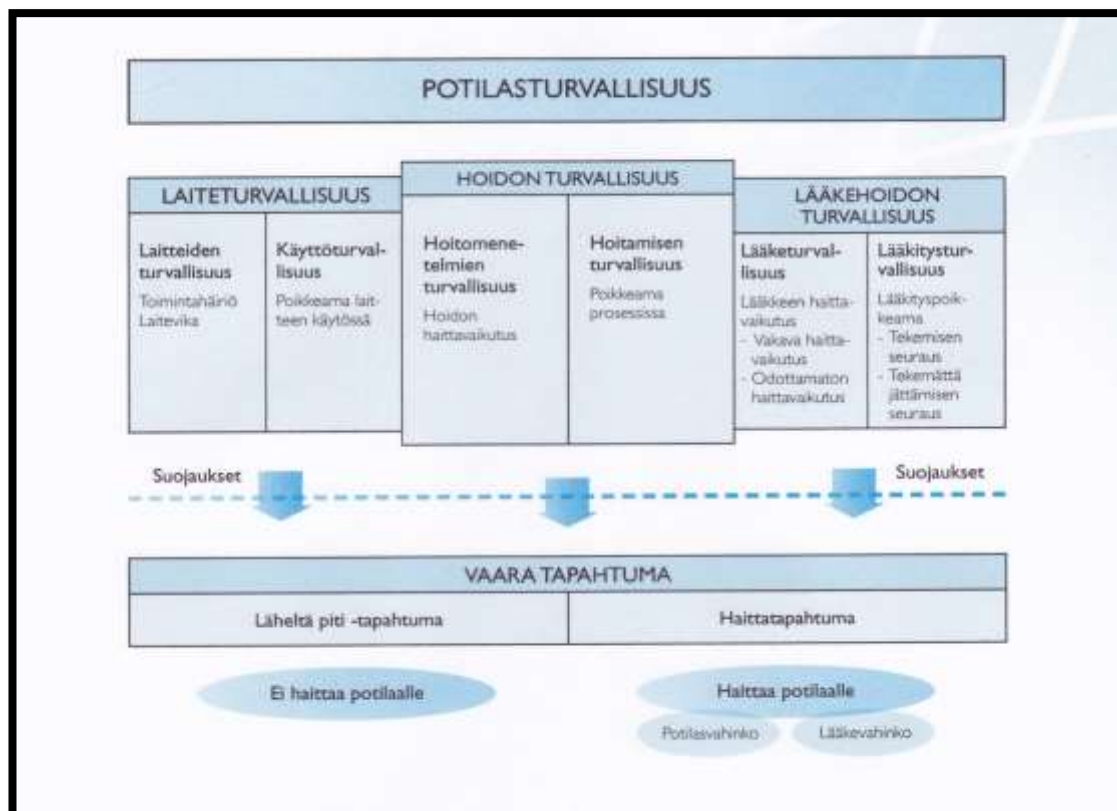
2 HAIPRO–VAARATAPAHTUMAILMOITUSJÄRJESTELMÄ OSANA POTILASTURVALLISUUTTA JA SEN JOHTAMISTA

Tietoperustassa käsitellään potilasturvallisuutta ja turvallisuuskulttuuria terveydenhuollossa sekä turvallisuusjohtamista terveydenhuollon näkökulmasta.

2.1 Potilasturvallisuus terveydenhuollossa

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta käsite tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa ja oikean hoidon niin, että siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Potilasturvallisuuden osa-alueista voidaan vielä erottaa menetelmän turvallisuus eli hoitomenetelmien, lääkkeiden tai laitteiden turvallisuus sekä prosessin turvallisuus eli hoitamisen turvallisuus, lääkitysturvallisuus ja laitteen käyttöturvallisuus (KUVIO 1). (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007.)

Potilasturvallisuus on viimeisen kymmenen vuoden aikana ymmärretty terveydenhuollossa laadunarvioinnin avainulottuvuudeksi (McLoughlin, Millar, Mattke, Franca, Jonsson, Somakh & Bates 2006, 14). Terveydenhuoltolaki määrää, että jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täyttöön panosta (Terveydenhuoltolaki 2010). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksella (341/2011) määritellään, että potilasturvallisuussuunnitelmasta tulee ilmetä mm. laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden vastuuhenkilöt ja toimijat sekä miten johto vastaa laadukkaan ja potilasturvallisen hoidon edellytyksistä ja voimavaroista. Asetuksen mukaan suunnitelmassa on oltava kuvattuna, miten turvallisuus ja laatuongelmia ennakoidaan, tunnistetaan ja hallitaan. Samoin on ilmentävä, miten vaara- ja haittatapahtumia tunnistetaan ja raportoidaan, sekä korjaavien toimenpiteet menettelytavat.



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet. (Stakes ja lääkeshoidon kehittämiskeskus Rohto 2007.)

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD on määritellyt potilasturvallisuusindikaattoreita, joiden seurannalla voidaan verrata eri maiden hoidon laatua ja turvallisuutta. Seurannan kohteina ovat sairaalainfektiot, leikkauksiin ja niistä toipumiseen liittyvät komplikaatiot, synnytyksiin liittyvät vammautumiset ja ongelmat, hoitovirheistä aiheutuneet haittatapahtumat ja muut sairaalahoidossa aiheutuneet haitat kuten potilaan putoaminen tai kaatumiset. (McLoughlin ym. 2006, 17.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköillä on ilmoitusvelvollisuus tietyistä potilasturvallisuuden vaikuttavista tekijöistä ja potilaille aiheutuneista haittatapahtumista. Ilmoituksia tilastoidaan useiden eri toimijoiden järjestelmiin. Tilastoihin kirjataan Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirastolle (Valvira) tulleet kantelut. Potilasvakuutuskeskus tilastoi potilasvahinkoilmoitukset. HILMO-järjestelmään kirjataan potilaille aiheutuneet haittatapahtumat, ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) tilastoi lääkkeiden haittavaikutuksia. Lääkintälaitteiden turvallisuuteen liittyvät ongelmat tilastoidaan Valvirassa, säteilyn käyttöön liittyviä vahinkoja tilastoidaan Säteilyturvakeskuksessa ja verituotteiden haitta-

vaikutuksia SPR:n Veripalvelussa. Näistä tilastoista saatavaa tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden arvioinnissa ja kehittämisessä. (Mattila 2013, 381.)

Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa 2009–2013 korostetaan johdon näkyvää vastuunottoa potilasturvallisuudesta. Vastuuta ei voi delegoida organisaation muille toimijoille. Potilasturvallisuusajattelun tulee johtaa myös taloudellisia päätöksiä sekä vaikuttaa henkilöstön, resurssien ja työolosuhteiden suunnittelussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 17.)

2.2 Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa

Turvallisuuskulttuuri on käsite, joka muodostuu organisaation määrittellessä keinoja turvallisuuden varmistamiseksi. Siihen sisältyy kykyä ja tahtoa ymmärtää turvallista toimintaa, keinoja toimintaan liittyvien vaarojen ymmärtämiseksi sekä niiden ehkäisemiseksi tehtävää työtä. Turvallisuuskulttuuri on myös organisaatiossa esiintyvää kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti sekä edistää turvallisuutta. Se on jatkuvasti elävä ja muuttuva tila, johon vaikuttavat henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisöjen sosiaaliset ilmiöt sekä organisaation toimintaprosessit. Turvallisuuskulttuurin käsite on keskeinen turvallisuuskriittisissä organisaatioissa, joihin terveydenhuolto luetaan. (Reiman, Pietikäinen ja Oedewalt 2008,9.)

Turvallisuuskulttuurin kehittäminen on pitkäjänteistä turvallisuustyötä, joka etenee vaiheittain ymmärtämisestä toimintaan, toimenpide kerrallaan. Kehittämisen tulee olla johdonmukaista ja harkittua, jotta käyttöön voidaan valita juuri ne toimenpiteet, joilla parhaiten saavutetaan asetettu tavoitetila. (Simola 2005, 223–224.) Yhteistyön eri ulottuvuudet kuten tiedottaminen, työyhteisön jäsenten väliset suhteet ja toiminta, mahdollistavat turvallisuuskulttuurin kehittämisen organisaatioissa (Niemi 2006, 86). Johtamisarvoilla on keskeinen merkitys turvallisuuskulttuurin muodostumisessa (Palukka 2010, 165).

Terveydenhuollon turvallisuuskulttuurista voidaan tarkemmin erottaa potilasturvallisuuskulttuuri. Se sisältää potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan ja sitä tukevan johtamisen, arvot ja asenteet. Potilasturvallisuuskulttuuri on potilaiden, omaisten ja henkilökunnan yhteistoiminnassa tapahtuvaa turvallisuutta uhkaavien tekijöiden havainnointia ja niihin puutumista. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittyminen vaatii avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.) Potilasturvalli-

suuskulttuurilla luodaan edellytykset turvalliselle hoitamiselle ja määritellään toimintatavat mahdollisissa poikkeustilanteissa. Organisaation potilasturvallisuuskulttuurin taso määrittelee sen, otetaanko haitta- ja vaaratapahtumista opiksi. (Reiman ym. 2008, 28.)

Reiman ym. (2008, 55–56) nostavat esiin esimiesten erilaisia rooleja osana organisaation turvallisuuskulttuuria. Esimiehet vastaavat laadukkaan työn edellytyksistä, ja heidän tehtävään on tukea normaalin työn sujuvuutta riittävällä resursoinnilla ja työhyvinvointia parantavien keinojen käyttämisellä. Turvallisuuden kannalta tärkeistä asioista ja kokemuksista viestiminen johdolle ja arvojen sekä tavoitteiden välittäminen alaisille asettaa esimiehet merkittävään rooliin tiedon välittäjänä. Alaisten ilmoittaessa tapahtuneista virheistä esimiehen avoin ja syyllistämätön suhtautuminen on erityisen tärkeää, jotta organisaatiossa uskalletaan puuttua ja ilmoittaa turvallisuutta vaarantavista tilanteista. Esimiehillä on toisaalta valvontavastuu siitä, ettei organisaatiossa hyväksytä riskikäyttäytymistä, joka altistaisi virheille. (Clarke, Lerner & Marella 2007.)

2.3 Potilasturvallisuus osana turvallisuusjohtamista

Turvallisuuden käsite laajemmin ei ole yksiselitteinen, ja sen määritelmä ei ole vakiintunut. Turvallisuuden käsite voidaan määritellä ominaisuutena, joka voidaan liittää tekniikkaan, työympäristöön, ihmisten toimintaan ja näkyvään käyttäytymiseen sekä tiedostamiseen tai henkiseen kokemiseen. Turvallisuus voidaan nähdä myös toiminnallisena tavoitteena ja osana prosessin laatua. Tällöin pyrkimyksenä on estää onnettomuuksia säännöillä ja teknisillä ratkaisuilla sekä tunnistamalla ja poistamalla vaaroja ennalta. Ihmisten toimintaan ja organisaation sisäisiin toimintatapoihin, taitoihin ja tietoihin vaikuttamalla voidaan ennaltaehkäistä turvallisuutta vaarantavia tilanteita. Turvallisuus voi olla myös pyrkimystä edistää toimintaympäristössä tapahtuvia myönteisiä muutoksia päämäärätietoisella, tavoitteellisella ja pitkäjänteisellä johtamisella, sekä ohjelmallisella kehittämisellä. (Levä 2003.)

Turvallisuutta ei voida ajatella systeeminä, joka toimii, vaan se on ilmiö, joka näkyy sosio-tekniisten järjestelmien toiminnassa. Inhimilliset ja organisatoriset tekijät vaikuttavat tilannekohtaisesti ihmisten toimintaan ja vaaratilanteiden syntyyn. Organisaatio vaikuttaa yksilöiden mahdollisuuksiin nähdä työn vaatimukset ja tehdä turvallisia valintoja eri työtilanteissa. Turvallisuus on jotain, mitä organisaatioissa tehdään tai luodaan, ja onnettomuudet ovat jotain, mitä pyritään estämään. (Reiman & Oedewalt 2008, 37, 292.) Taatilan (2009,

90) mukaan turvallisuuden tavoittelussa on huomioitava säädösten, kulttuurin, vastuun ja johtamisen näkökulma.

Turvallisuus on rinnastettu usein osaksi toiminnan laatua. Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa se on kuitenkin tärkeä nostaa omaksi itsenäiseksi tavoitteeksi. Turvallisuuskriittisiä organisaatioita ovat terveydenhuollon lisäksi mm. kemianteollisuus, ydinvoimateollisuus ja ilmaliikenne sekä organisaatiot, joiden toiminnassa huonosti hallitut vaarat voivat aiheuttaa vahinkoa ympäristölle ja kansalaisille. (Reiman & Oedewald 2009, 43; Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 16.)

Turvallisuusjohtaminen sisältää menetelmien, toimintatapojen ja ihmisten johtamisen. Turvallisuusjohtamisessa pyritään aktiivisesti turvalliseen ja terveyttä edistävään toimintaan, joka edellyttää jatkuvaa suunnittelua, seuranta- ja arviointia sekä kehittämistä. Johdon tasolla on sitouduttava vahvasti turvallisuusjohtamiseen, jotta henkilöstö saadaan mukaan turvallisuuden kehittämiseen. Turvallisuusjohtaminen vaikuttaa organisaation turvallisuuskulttuurin kehittämiseen. (Työsuojeluhallinto 2013.) Työturvallisuuslaki määrittelee yleisellä tasolla työn turvallisuuden johtamiseen liittyviä tavoitteita. Työnantaja voi suunnitella ja valita työpaikalle parhaiten sopivat keinot, joilla turvallisuuden hallintaa tavoitellaan. Työturvallisuuslaissa edellytetään että työnantajan on tunnistettava ja arvioitava työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle työssä aiheutuvia haittoja ja pyrittävä vähentämään niitä. Turvallisuutta on kehitettävä yhteistoiminnassa työntekijöiden kanssa. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.)

Turvallisuusjohtamisessa painottuu johdon rooli turvallisuudesta vastaavana ja turvallisuutta ohjaavana tekijänä. Johdon tehtäviin kuuluu tavoitteiden asettaminen, resurssien tarjoaminen sekä toteutuksen valvominen. (Oedewald & Reiman 2006, 25.) Turvallisuusjohtamisessa strategiset ratkaisut ohjaavat yritysturvallisuuden tavoitetasoa ja organisaation johdon päätökset luovat pohjan riskienhallinnalle. Operatiivisella johtamisella tavoitteet viedään toteutuksen tasolle, osaksi työn suorittamista. Strategisen ja operatiivisen johdon tukena toimivien turvallisuusasiantuntijoiden toiminta rajoittuu usein kapealle turvallisuuden toiminta-alueelle kuten paloturvallisuus, henkilöturvallisuus tai tietoturvallisuus. Kokonaiskuvan muodostaminen turvallisuusjohtamisesta on niillä toimijoilla, joilla on päätösvaltaa ja mahdollisuus tehdä valintoja. Yhteistyöllä on suuri merkitys organisaation sisällä tapahtuvassa turvallisuusjohtamisessa. Yhteistyötä ja vuorovaikutusta tulee toteuttaa organisaation eri tasojen välillä, eri turvallisuusasiantuntijoiden välillä, organisaation eri

yksikköjen ja rakenteellisten osien välillä, sekä organisaation ja ulkoisten yhteistyötahojen välillä. (Lanne 2013, 82-83.)

Terveydenhuollossa turvallisuusjohtaminen ja turvallisuuden hallinta ovat huomattavasti jäljessä muiden turvallisuuskriittisten alojen toiminnasta. Turvallisuuden systemaattiseen johtamiseen on haettu toimintamalleja kehittyneemmistä organisaatioista kuten ilmailun ja ydinvoimateollisuuden turvallisuusjohtamisesta. (Reiman & Oedewald 2009, 44.)

Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa potilasturvallisuutta käsitellään turvallisuuskulttuurin, vastuun, johtamisen ja säädösten näkökulmasta. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua, ja organisaatioiden pitää liittää laatujärjestelmiin myös potilasturvallisuuden näkökulma. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Potilasturvallisuuden johtamisen näkökulma perustuu turvallisuusjohtamisen alueelle. Potilasturvallisuuden johtamisessa on kuitenkin huomioitava terveydenhuollon toiminnan erityispiirteet. (Pietikäinen ym. 2012,11; Macchi, Pietikäinen, Heikkilä & Ruuhilehto 2011,27.)

Simolan (2005, 225) väitöstutkimuksen mukaan turvallisuusjohtamisessa korostuvat monimutkaisten riippuvuussuhteiden näkeminen ja ymmärtäminen, sekä kyky ratkaista asioiden ja ihmisten välisiä vuorovaikutussuhteita. Esimiehet, jotka osaavat johtaa turvallisuutta, hallitsevat yleensä hyvin muunkin johtamisen, ja turvallisuusosaaminen voisi olla väline esimiesten suorituskyvyn arviointiin. Pietikäinen ym. (2012, 79) nostavat esiin näkökulman, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita ajatellaan monimutkaisina adaptiivisina järjestelminä, joissa toimii itsenäisiä yksiköitä ja asiantuntijoita. Tällaisissa järjestelmissä tapahtuvaan potilasturvallisuuden johtamiseen tarvitaan järjestelmän luonteen, toiminnan ja tilanteen mukaan mukautuvaa johtamista. Potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuvat kaikki organisaation toimijat, myös potilaat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt toimivat osana laajaa toimijoiden verkostoa, joka muodostaa koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän. Tällöin potilasturvallisuuden johtamista tapahtuu niin oman yksikön sisällä kuin yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Potilasturvallisuuden johtamista tapahtuu kaikissa niissä vuorovaikutustilanteissa, joissa organisaatioiden eri toimijat ovat yhteydessä keskenään. Tulevaisuudessa potilaiden omavastuun ja osallisuuden lisääntyessä perinteinen toimintayksikkökohtainen turvallisuudenjohtaminen ei enää riitä. Potilaan hoidon turvallisuutta tulee tarkastella hoitokokonaisuuden näkökulmasta, huomioiden koko hoitoon osallistuva organisaatio ja toimijoiden verkosto. (Pietikäinen ym. 2012, 21–38.) Kehittämistoimet vaativat laajojen

kokonaisuuksien hallintaa, projektityöskentelyn tuntemista ja moniammatillista yhteistyötä (Paasivaara, Suhonen & Tiirinki 2012, 41). Pienissä sairaaloissa potilasturvallisuutta parantavia toimia voidaan ottaa käyttöön ja tuloksia saavuttaa nopeasti, sillä johto ja potilasturvallisuusvastaavat ovat lähellä potilastyötä tekeviä työntekijöitä (Ginsburg, Chuang, Berta, Norton, Ng, Tregunno & Richardson 2010).

2.4 HaiPro–vaaratapahtumien raportointijärjestelmä

Tässä luvussa kerrotaan vaaratapahtumien raportoinnin perusteista ja käsittelystä. Lisäksi tarkastellaan HaiPro-ilmoitusten hyödyntämistä potilasturvallisuuden johtamisessa.

2.4.1 Vaaratapahtumien raportoinnin perusteet

Maailman terveysjärjestö WHO on perustanut useita potilasturvallisuuden parantamiseen keskittyviä kehittämishankkeita ja työryhmiä. Yhtenä kehittämisalueena on vaaratapahtumien raportointijärjestelmän ohjeistaminen. Raportointijärjestelmän tärkein tehtävä on mahdollistaa vaaratapahtumista oppiminen terveydenhuollon yksiköissä. Järjestelmän kautta saatavaa tietoa tulee käyttää toiminnan riskien kartoittamiseen ja korjaamiseen. Kansallisella tasolla raportointijärjestelmistä saatavaa tietoa voidaan käyttää terveydenhuollon suunnitteluun ja kehittämiseen. Vaikka raportointijärjestelmät suunnitellaan ammattilaisten käyttöön, tulisi ilmoittaminen mahdollistaa myös potilaille, omaisille ja muille terveyspalvelujen hankkijoille. (WHO 2005.)

Euroopan unionin neuvosto on laatinut suosituksen potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta. Suosituksessa jäsenvaltiota kehoitetaan ottamaan käyttöön, parantamaan ja ylläpitämään kattavia vaaratapahtumien raportointi- ja oppimisjärjestelmiä. Järjestelmien tarkoituksena on vaaratapahtumien syiden löytäminen ja laajuuden selvittäminen, sekä ratkaisujen ja kehittämisalueiden löytäminen vaarojen ehkäisyyn. Ilmoitusjärjestelmien tulee avoimia, ja syyllistämättömiä, niiden tulee kannustaa terveydenhuollon henkilöstö tekemään ilmoituksia haittatapahtumista. (European Union Council recommendation Council recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections 9.6.2009/151/01.)

Vuonna 2005 Lääkelaitos (vuodesta 2009 Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea) ja Valtion teknillinen tutkimuskeskus, (vuodesta 2010 alkaen Teknologian tutkimuskeskus VTT), käynnistivät yhdessä terveydenhuollon asiantuntijoiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointimallin kehittämisen projektin. Tavoitteena oli edistää yhtenäisen kasallisen raportointikäytännön syntymistä turvallisuutta vaarantavien poikkeamien, virheiden ja vaaratilanteiden käsittelemiseen terveydenhuollon toimintayksiköissä. Projektin tuloksena valmistui HaiPro-työkalu, joka on lyhenne sanoista *haittatapahtumien raportointiprosessin kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa*. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007; Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 260.)

Poikkeamalla tarkoitetaan mitä tahansa terveydenhuollon toimintatapoihin, tuotteisiin, ympäristöön tai järjestelmiin liittyvää suunnitellusta poikkeavaa tapahtumaan, joka voi johtaa vaaratapahtumaan (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12; Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 5).

Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Tällöin puhutaan myös haittatapahtumasta. Vaaratapahtumaa joka olisi voinut toteutuessaan aiheuttaa potilaalle haittaa mutta joka on vältetty joko sattumalta tai ajoissa estämällä, kutsutaan läheltä piti-tapahtumaksi (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007). Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kautta voidaan toteuttaa ilmoituksen tekeminen, tiedon jatkokäsittely, säilyttäminen ja tiedot tapahtumasta oppimisen tuloksista (Kinnunen ym. 2013, 260). Vuoden 2013 maaliskuussa HaiPro-järjestelmä on käytössä yli 200 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Käyttäjyksiä on erikokoisia organisaatioita terveyskeskuksista sairaanhoitopiireihin. (HaiPro 2013.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri käyttää HaiPro-järjestelmää ja sen kautta koko henkilöstö voi tehdä potilasturvallisuusilmoituksia. Vuoden 2013 alusta asti järjestelmän kautta on ilmoitettu myös kaikki työtaturmailmoitukset. Potilaat ja omaiset voivat tehdä halutessaan nimettömänä *vaaratapahtuma sairaalassa* -ilmoituksen sairaanhoitopiirin verkkosivujen kautta. Ilmoitus kirjautuu HaiPro-järjestelmään, ja laatupäällikkö ohjaa saapuneen ilmoituksen tapahtumayksikön käsittelijälle.

2.4.2 HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten käsittely

Vaaratapahtumailmoitusten käsittely on useimmissa organisaatioissa vastuutettu lähiesimiestasolle. Tällöin tieto poikkeamista tavoittaa ensimmäisenä sen osan organisaatiota, jossa korjaavat toimenpiteet on helpointa toteuttaa. (Pietikäinen ym. 2012, 64.) Ilmoitusten käsittelijän, joka on osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai vastaava hoitaja, on aloitettava vaaratapahtumailmoituksen käsittely kahden viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta. Mikäli käsittelyä ei ole aloitettu, tulee sähköpostiin muistutusviesti käsittelyä odottavasta ilmoituksesta. Osastojen ilmoitukset tulee käsitellä kerran kuussa osastokokouksissa, jossa päätetään korjaavista toimenpiteistä ja päätökset tulee kirjata kokousmuistiin. (Oulaskangas–Visala 2009.)

Vaaratapahtumailmoituksen tekijä voi järjestelmän kautta ilmoittaa tapahtuman ajankohdan, ammattiryhmänsä, oman yksikkönsä ja sen yksikön, missä vaaratapahtuma tapahtui. Ilmoittaja valitsee tapahtuman tyypin ja kuvaa lyhyesti mitä, ja missä tapahtui, mitä seurauksia tapahtumasta oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Ilmoittajaa pyydetään kuvaamaan tapahtumahetken olosuhteet ja oma näkemyksestä siitä, mitkä asiat vaikuttivat tapahtuman syntyyn. Lopuksi ilmoittajaa pyydetään kertomaan näkemyksensä siitä, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää. Ilmoittaja voi halutessaan antaa sähköpostiosoitteensa järjestelmään, jolloin käsittelijä voi pyytää lisätietoja tapahtuneesta. Käsittelijä ei näe ilmoituksen tehneen henkilön sähköpostiosoitetta, vaan tieto pyydetään ja toimitetaan järjestelmän kautta. Jokainen ilmoitus saa oman käsittelynumeron, jonka avulla ilmoituksen tekijä voi seurata oman ilmoituksensa käsittelyn etenemistä järjestelmässä. (HaiPro 2013.)

Ilmoituksen käsittelijä arvioi kirjoitetun tiedon perusteella tapahtumatyyppiä tarkemmin ja luokittelee sen ohjelman antamien vaihtoehtojen mukaan. Jos tapahtumasta on ollut seuraus potilaalle, järjestelmä kysyy jo ilmoitusvaiheessa automaattisesti onko potilaalle tai omaiselle ilmoitettu ja kuka ilmoitti. Järjestelmään merkitään myös ketkä hoitivat tilanteen ja mitä tehtiin välittömästi turvallisuuden palauttamiseksi tai vahingon minimoimiseksi. (HaiPro 2013.)

Käsittelijän tulee analysoida tapahtuman tyyppiä ja seurauksia tarkemmin sekä valita tapahtumalle riskiluokka. Luokittelussa arvioidaan samankaltaisten tapahtumien esiintymistaajuutta ja seurausten vakavuutta. Riskiluokan avulla voidaan seurata HaiPro–raporteista laajemmin eri riskien esiintyvyyttä ja vaikutuksia potilasturvallisuuteen. (HaiPro 2013.)

Käsittelyssä arvioidaan tapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä ja tapahtumaolosuhteita. Tarkoituksena on havaita puutteita tai heikkouksia toimintaympäristössä, organisaatiossa, toimintatavoissa, menetelmissä, osaamisessa tai välineissä, joiden takia toiminnasta voi aiheutua vaaratilanteita. Havaittuihin ongelmiin valitaan sopivin ratkaisu, joka voi olla informointia ja keskustelua tai kehittämistoimi. Käsittelijä voi siirtää ilmoituksen ylemmälle taholle, joka on organisaatiokohtaisesti määritelty potilasturvallisuusvastaava tai ryhmä. Ilmoitukselle voidaan valita myös ”Ei toimenpidettä” -kohta, jonka käyttäminen pitää perustella erikseen. (HaiPro 2013.)

Vaaratapahtumailmoitus voidaan käsittelyvaiheessa tallentaa tai merkitä odottamaan lisätietoja. Ilmoitus kuitataan loppuun käsitellyksi vasta sitten kun suunnitellut kehittämistoimet on toteutettu ja kirjattu järjestelmään. (HaiPro 2013.)

2.4.3 HaiPro-ilmoitusten hyödyntäminen potilasturvallisuuden johtamisessa

Johdon ja esimiesten tehtävänä on kannustaa ja mahdollistaa työntekijöitä vaaratapahtumien raportointiin. Esimiehillä on vastuu siitä, että vaaratapahtumista saatua tietoa hyödynnetään oman yksikön organisaation ja koko palvelujärjestelmän potilasturvallisuuden kehittämisessä. Raportointi tukee yhteisen turvallisuuden ja toiminnan johtamista. Toisten organisaatioiden vaaratapahtumista voidaan saada arvokasta oppia oman yksikön potilasturvallisuuden parantamisessa. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009,11.) Henkilöstön pitää ymmärtää mitä ja miksi raportoidaan, ja analysoiduista ilmoituksista pitää tulla tietoa asianosaisille. Ilmoittajien tulee saada tietää, miten potilasturvallisuutta on kehitetty vaaratapahtumailmoitusten perusteella. (Pronovost, Holzmueller, Young, Whitney, Wu, Thompson, Lubomski & Morlock 2007.) Avelin ja Lepola (2008, 53) korostavat, että pelkkä ilmoitusten läpikäyminen osastokokouksissa ei riitä. Järjestelmästä saatavien tilastojen läpikäyminen ja riskien esiin nostaminen sekä ilmoituksista tiedottaminen ja palautteen antaminen kehittämistoimista lisäävät ilmoittajien aktiivisuutta (Ruuhilehto 2008, 39–41).

Taatila (2009, 89–90) tuo esiin, että organisaation vaaratapahtumien käsittelyn tulee olla sovitettuna linjaorganisaation toimintaan. Turvallisen ja laadukkaan organisaation toiminnassa kaikki ovat sitoutuneet vaaratapahtumien raportointiin, käsittelyyn ja seurataan. Raportointi ja seuranta tulisi olla johdon aktiivisessa käytössä päivittäisessä johtamistyössä. Myös Ruuhilehto (2009, 166–167) nostaa esiin sen, että organisaation rakenteissa tulee

olla määriteltynä eri tahojen ja tasojen tehtävät vaaratapahtumien käsittelyssä sekä niistä kommunikoimiseen. Tietoa havaituista riskeistä ja parannusehdotuksista tulee jakaa erilaisissa foorumeissa organisaatiossa alhaalta ylös, ylhäältä alas ja sivusuunnissa. Käsittelyssä keskistytään selvittämään järjestelmän rakenteita, toimintaa ja miten toimintatapoja tulee muuttaa potilasturvallisuuden parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20). Vaaratapahtumailmoitusjärjestelmät toimivat kuitenkin edelleen enemmän tiedon keräämisen ja tallentamisen välineinä kuin kehittämistyön ja potilasturvallisuutta ennakoivien toimien apuna (Pronovost ym. 2007).

Vuosina 2007–2009 HaiPro -järjestelmään tehtyjen ilmoitusten perusteella kaikissa käyttäjäyksiköissä ilmoitettiin eniten lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin liittyviä tapahtumia sekä tapaturmia ja tiedonvälitykseen liittyviä puutteita. Yleisin toimenpide-ehdotus tapahtuman uusiutumisen ehkäisemiseksi oli informointi tapahtuneesta. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011, 1033.) Toimintaprosessien korjaaminen on yleisin HaiPro-ilmoitusten kautta saatavan tiedon perusteella tehty kehittämistoimenpide (Virolainen 2010, 47). Ilmoittajista suurin osa on sairaanhoitajia, lääkärit ilmoittavat hyvin harvoin vaaratapahtumia HaiPro järjestelmään (Härkönen 2012, 54; Hämäläinen, 2013; Ruuhilehto ym. 2012, 103). Sairaanhoitajat ovat läsnä potilaan hoidon kaikissa vaiheissa, jolloin vaaratapahtumien havaitseminen on todennäköistä ja ilmoittaminen luontevaa. (Härkönen 2012, 54; Hämäläinen, 2013.)

Ruuhilehdon (2008, 39–41) mukaan raportointijärjestelmästä hyötymiselle yksiköissä on kolme edellytystä. Ensiarvoisen tärkeää on saada ilmoituksia, toiseksi toimintaa pitää kehittää yhteistyössä ja syyllistämistä välttämällä. Kolmas edellytys on, että saadaan aikaan muutoksia ja parannusta ilmoitusten pohjalta. Luottamuksen syntyminen on pitkäjänteistä työtä, joten järjestelmän peruseriaatteita ja tarkoitusta on kerrattava yhä uudelleen. Esi-miehet tarvitsevat vahvaa tukea ylemmän johdon tasolta siihen, että parannustoimiin ja ennalta ehkäiseviin käytäntöihin sitoudutaan laadun ja strategian näkökulmasta. Virheiden ilmoittamatta jättäminen tai ilmoitusaktiivisuuden aaltoilu nähtiin Kinnusen (2010) väitös-tutkimuksessa johtamiskysymyksenä. Jos johtamistoimia vaativiin tilanteisiin ei reagoida, ilmoitusaktiivisuus laskee.

Sarsteen (2012, 47) tutkimustulosten mukaan HaiPro-ilmoitusten käsittelystä keskustellaan esimiespalavereissa vain vähän. Kehittämistoimenpiteitä sekä niiden tuomaa hyötyä ei tuoda organisaatioissa laajasti esiin. Virolaisen (2010, 47) tutkimuksessa organisaatioiden

tavassa hyödyntää HaiPro-järjestelmää oli eroja. Osassa organisaatioita ilmoitusten kautta saatavaa tietoa hyödynnetään laajasti läpi koko organisaation koulutuksina ja tiedon jakamisena, kun taas toisaalla HaiPro-järjestelmän käyttö on vielä pinnallista ja yksikkökoh- taista. Myös Yli-Villamon (2008, 55) tutkimustulosten mukaan vaaratapahtumailmoituksia ei aina yleisesti käsitellä yksiköissä, vaikka niitä tilastoidaan HaiPro järjestelmällä. Vanhasasi-Huidan (2008, 42) tutkimuksessa vaaratapahtumailmoitusten käsittelykäytännöt vaihtelivat yksiköittäin osastokokouksen yhteydessä tapahtuvasta käsittelystä puolivuosit- tain tapahtuvaan käsittelyyn.

2.5 Yhteenveto opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä

Potilasturvallisuus (patientsäkerhet, patient safety) käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden ne periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuus sisältää hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden. (Stakes ja lääke- hoidon kehittämiskeskus Rohto 2007.)

Turvallisuusjohtaminen on työmenetelmien, toimintatapojen ja ihmisten johtamista niin että organisaatioissa aktiivisesti pyritään turvalliseen ja terveyttä edistävään toimintaan. Turvallisuusjohtaminen edellyttää johdon tiivistä sitoutumista turvallisuuden jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen. (Työsuojeluhallinto 2013.)

Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Tällöin puhutaan myös haittatapahtumasta. Vaaratapahtumaa joka olisi voinut toteutuessaan aiheuttaa potilaalle haittaa mutta joka on vältetty joko sattumalta tai ajoissa estämällä kutsutaan läheltä piti -tapahtumaksi (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007, 5).

Vaaratapahtumien raportointimenettely on prosessi joka alkaa vaaratapahtuman havaitse- misesta ja ilmoittamisesta. Ilmoitukset käsitellään ja luokitellaan tavoitteena jatkuva oppi- minen ja toimintatapojen, välineiden ja olosuhteiden parantaminen. Ilmoituksista voi seu- rata välitön korjaava toimenpide, ja tarvittaessa käsittelyä seuraa tarkempi tutkinta ja sään- nöllisesti tapahtumajoukon tarkastelu. (Kinnunen ym. 2009.)

3. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Tutkimusprosessin eteneminen ja konstruktiiivinen tutkimus on esitelty omissa alaluvuissaan. Lisäksi esitellään opinnäytetyön toimintaympäristö, avoin kyselylomake ja aineiston keruu. Lopussa kuvataan aineiston analyysi.

3.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää HaiPro-järjestelmään tehtyjen potilasturvallisuusilmoitusten hyödyntämiseen toimintamalli esimiesten potilasturvallisuusjohtamisen tueksi Oulaskangas–Visala–tulosalueella. Tavoitteena oli yhtenäistää HaiPro ilmoitusten käsittelyä ja hyödyntämistä Oulaskangas–Visala–tulosalueella ja sitä kautta lisätä potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on HaiPro järjestelmään tehtyjen potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä työyksiköissä ja käsittelyn vaikutuksista potilasturvallisuuteen?
2. Miten ilmoitusten käsittelyä ja raportointia yksiköissä tulee kehittää?
3. Mitä eri osa-alueita toimintamallin kehittämisessä pitää huomioida esimiesten näkökulmasta?

Toimintamallin luomisessa hyödynnettiin henkilöstölle suunnatun kyselyn ja esimiehille järjestetyn kehittämistilaisuuden tuloksia sekä teoreettisen viitekehyksen esiin tuomaa tietoa.

3.2 Tutkimusprosessin eteneminen

Opinnäytetyön idea syntyi jo opintojen varhaisessa vaiheessa. Kiinnostukseni potilasturvallisuuden eri osa-alueisiin rajasi aihe-alueen potilasturvallisuuden kehittämiseen. Olen työssäni käsitellyt HaiPro-ilmoituksia ja koin, että käsittelyprosessin kehittämisessä on aihe ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytteenä. Ylemmän ammattikorkeakou-

lututkinnon opinnäytteen kehittämisenäkökulma palvelee suoraan käytännön työtä. Opinnäytetyön johtamisnäkökulmaksi valitsin turvallisuusjohtamisen. Helmikuussa 2013 esitin alustavan aihealueeni Oulaskangas–Visala–tulosalueen laatupäällikkö Päivi Saarelle, joka kannusti kehittämään ideaa pidemmälle. Aiheen ajankohtaisuus lisäsi työn tekemisen motivaatiota ja antoi lisämerkitystä työn tavoitteille. Toikon ja Rantasen (2009, 57) mukaan kehittämistyön aiheen valinnassa onkin keskeistä kyetä perustelemaan, miksi jotakin pitää kehittää juuri nyt.

Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara (2010, 71–72) korostavat että tutkimuksen tulisi lähteä tutkijaa kiinnostavasta aiheesta tai ilmiöstä. Aihe voi tulla ulkopuolisen tilaajan taholta, liittyä opintojen kurssiin tai aiheeseen tai kuten omassa opinnäytetyössä, aihe voidaan valita vapaasti. Aiheen rajaaminen voi tällöin olla haasteellista ja siihen on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Aiheen hyväksyi 2013 Oulaskangas–Visala–tulosalueen Ylihoitaja Eija Hukkanen. Tapaamisessa sovittiin ohjausryhmän kokoonpanosta, tutkimuksen alustavasta aikataulusta ja toteuttamistavasta. Aineiston hankinnassa olin aluksi suunnittelut pelkästään haastattelevani esimiehiä, mutta päädyimme laajentamaan kohderyhmää myös HaiPro–ilmoitusten pääasiallisiin tekijöihin eli hoitohenkilökuntaan. Opinnäytetyöprosessin eteneminen on kuvattu kuviossa 2 (KUVIO 2).

Huhtikuun lopussa 2013 ohjausryhmä kokoontui, ja tapaamisessa sovittiin opinnäytetyön toteuttamisen alustavasta aikataulusta ja eri ohjausryhmän jäsenten rooleista. Opinnäytetyön työelämäohjaajaksi nimettiin Oulaskangas–Visala tulosalueen laatupäällikkö Päivi Saari, joka toimii myös potilasturvallisuusvastaavana. Tutkimusluvan hakuprosessissa yhteyshenkilöksi nimettiin vs. opetuskoordinaattori Petra Ukonsaari. Ohjausryhmän keskustelussa nousi esiin lääkärin ottaminen mukaan kehittämistyöhön ja tulosalueen ylilääkärit päätettiin kutsua esimiesten ohella kehittämistilaisuuteen



KUVIO 2. Opinnäytetyön prosessi

3.3 Konstruktiiivinen tutkimus

Konstruktiiivisen tutkimuksen tavoitteena on parantaa systeemien suorituskykyä ja toisaalta tuottaa uutta tietoa suunnittelu- ja konstruointiongelmien ratkaisemiseksi. Sen sijaan että pelkästään tutkitaan ja dokumentoidaan ongelmia, pyritään tuottamaan ongelmaan puuttumiseen sopiva työkalu tai ratkaisu. Konstruktiiivista tutkimusta on käytetty liiketaloudessa organisaatioiden johtamisen ja kehittämisen työkalujen tuottamiseen. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281–282 ; Järvinen & Järvinen 2011, 103–104.) Konstruktiiivisen lähestymistavan totuuskäsitys on pragmaattinen, eli ajatellaan, että totta on se, mikä toimii (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009,66). Tämän opinnäytetyön aihe oli uusi ja samankaltaista toimintamallia ei ole tiedossa. Aihevalintani perusteella konstruktiiivinen lähestymistapa sopi parhaiten uuden toimintamallin tuottamiseen. Konstruktiiivisen tutkimuksen eteneminen on kuvattu kuviossa 3 (KUVIO 3).

Konstruktiiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkija osallistuu työkalun kehittämiseen ja lopputuloksena syntyvän menetelmän tai työkalun tulee olla hyödynnettävissä laajemmin. Hyödyllisyyttä arvioidaan sen perusteella miten toimiva uusi menetelmä tai työkalu on käytännössä. Toisaalta tulee arvioida myös ratkaisun uutuusarvoa teorialle. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 283–284.) Olen työskennellyt opinnäytetyössäni tiiviisti yhdessä Oulaskangas–Visala tulosalueen laatu- ja turvallisuusvastuun Päivi Saaren kanssa, joka toimii myös potilasturvallisuusvastaavana. Kehitettävän toimintamallin tulee palvella käyttäjiään mahdollisimman hyvin, joten organisaation eri tasojen kuuleminen ja mukaan otto on ollut tärkeää tutkimuksen jokaisessa vaiheessa.

Konstruktiiivinen tutkimusprosessi alkaa ongelman määrittelystä, kuten muissakin tutkimuksissa. Ongelma voidaan määrittellä yhteistyössä tilaajaorganisaation kanssa, perustaa teoriaan tai aiempaan case-aineistoon. Tutkijalle konstruktiiivisen menetelmän ongelmanasettelu on haastavaa, sillä teoreettisen taustan lisäksi tilaa pitää jäädä toimivan työkalun kehittämiseksi. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.)

Tutkimusprosessin toisessa vaiheessa korostuu luottamuksen ja yhteistyön rakentaminen tutkijan ja tilaajaorganisaation välille. Luottamus mahdollistaa avoimen tiedon jakamisen ja sallii rakentavan kritiikin. Tässä työssä yhteistyösuhde oli jo olemassa, joten toinen vaihe eteni nopeasti. Tutkimusprosessin kolmannessa vaiheessa painottuu teorian tiedon hankkiminen ja käytännön ymmärryksen saaminen tutkittavasta ilmiöstä. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.)

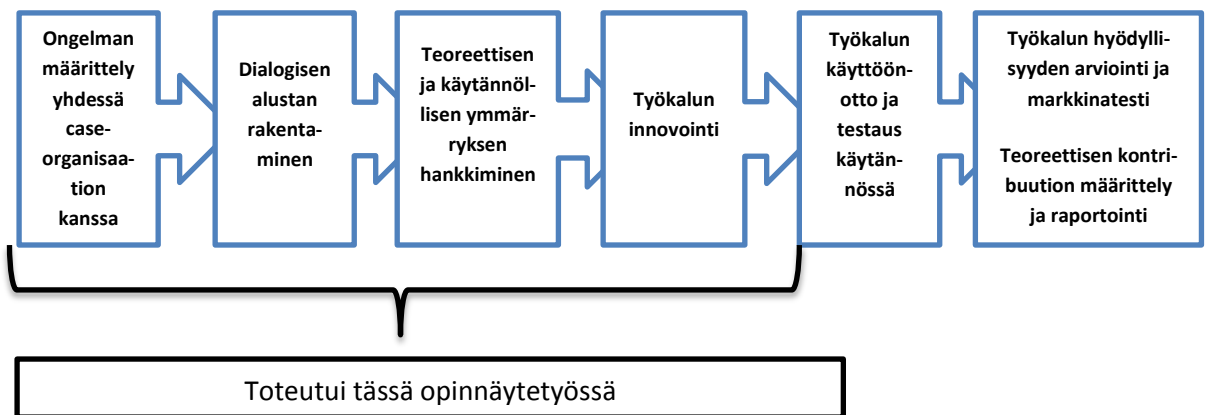
Teoriapohjaa tutkimukseen voidaan saada esimerkiksi systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Tutkijan voi kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten pohjalta määrittellä, onko tutkitavassa ilmiössä tutkimuksellista aukkoa, johon uuden konstruktion kehittäminen vastaisi. Toisaalta kehitystyön pohjaksi tulee hankkia esiymmärrystä tutkittavan ilmiön kentästä, ja tähän voidaan käyttää haastatteluja tai kyselytutkimusta. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.) Opinnäytetyössä hankin esiymmärrystä tutkittavasta aiheesta kirjallisuudesta ja aiemmista tutkimuksista. Hoitohenkilökunnalle suunnatulla kyselyllä pyrin saamaan kehittämistyötäni varten tietoa organisaation nykytilasta ja siinä ilmenevistä ongelmista sekä kehittämishaasteista. Esimiehille suunnatussa kehittämistilaisuuden avulla hankin tietoa esimiesten kokemuksista ja kehittämistarpeista HaiPro-ilmoitusten hyödyntämisessä.

Innovointivaiheessa kehitettävästä työkalusta luodaan esiversio ja sitä kehitetään yhdessä tilaajaorganisaation kanssa. Kehittämisen prosessi on vuorovaikutteista ja työkalua testataan käytännössä. Tämä vaihe eli innovointi, mallintaminen, käyttöönotto ja kehittäminen voi viedä pitkään. Kehitystyötä on tarkoitus jatkaa, kunnes työkalu on riittävän pitkälle kehittynyt ja toimiva. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 288.) Tämä opinnäytetyö sisältää työkalun kehittämisen prosessin. Varsinainen käyttöönotto ja testaus eivät sisälly tämän opinnäytetyön raporttiin, opintojen aikataulutuksesta johtuen. Kehittämistyö kuitenkin jatkuu organisaatiossa. Konstruktiivisessa tutkimuksessa ratkaisun toimivuuden testaus ja arviointi puuttuvat usein kehittämistyön raportista, sillä opinnäytteen aikataulutus ei ole aina sidoksissa kohdeorganisaation aikatauluihin (Ojasalo ym. 2009, 68).

Konstruktiivisen tutkimusprosessin tuotosten arviointi vaatii testauksen, jossa arvioidaan sen hyödyllisyyttä. Testaukseen voidaan käyttää heikkoa, keskivahvaa tai vahvaa markkinatestiä. Heikossa markkinatestissä konstruktion käyttäjät arvioivat työkalun hyödyllisyyttä omasta tai organisaationsa näkökulmasta. Mikäli kehitetty konstruktiio toimii kohdeorganisaatiossa, se läpäisee heikon markkinatestin. Keskivahvassa markkinatestissä kehitetyn konstruktion tulee olla usean organisaation käytössä. Vahvassa markkinatestissä tutkitaan niitä vaikutuksia, joita konstruktion käyttö on tuottanut esimerkiksi tuotteen laadulle. Mikäli voidaan kerätä tietoja useista organisaatioista, joissa konstruktiio on käytössä, saadaan vahvempaa näyttöä hyödyllisyydestä. Jos konstruktiota käyttävät organisaatiot menestyvät paremmin kuin vastaavat organisaatiot joissa konstruktiio ei ole käytössä, on se osoitus vahvan markkinatestin läpäisemisestä. Tieteellisestä näkökulmasta katsottuna kehitetyillä ratkaisulla tulee olla uutuusarvoa ja sitä pitää voida hyödyntää eri organisaatioissa, jotta se

on tieteellisesti merkittävä. Konstruktiivisen tutkimusprosessin eteneminen on kuvattu kuviossa 3 (KUVIO 3). (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 288; Ojasalo ym. 2009, 68.)

Tämän opinnäytetyön tuottaman mallin toimivuutta voidaan arvioida jatkossa keräämällä käyttäjiltä kokemuksia mallin toimivuudesta. Laajemmin toimintamallin hyödyllisyyttä voidaan jatkossa arvioida HaiPro-ilmoitusten määrää ja käsittelyaikoja seuraamalla, potilasturvallisuuden kehittämistoimien lukumäärällä sekä kysymällä henkilöstön näkemystä toiminnan kehittymisestä. Opinnäytetyöni tuloksena syntyneitä toimintamallia voidaan laajentaa käytettäväksi soveltaen organisaatioissa, jossa HaiPro-ilmoitusjärjestelmä on käytössä.



KUVIO 3. Konstruktiivisen tutkimusprosessin eteneminen (mukaillen Uusitalo & Kohtamäki 2009, 287).

3.4 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Opinnäytetyöni toimintaympäristö on Oulaskangas–Visala–tulosalue Pohjois–Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Tulosalue koostuu neljästä vastuualueesta, joita ovat konservatiivinen, operatiivinen, psykiatrinen tulosalue sekä tukipalvelut. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Oulaskankaan sairaala tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja kirurgian, synnytys- ja naistentautien, sisätautien, keuhkosairauksien, korva-, nenä-, ja kurkkutautien, lastentautien ja anestesiologyan erikoisaloilla Oulun eteläiselle alueelle. Sairaalassa on 69 sairaansijaa kolmella eri vuodeosastolla. Oulaskankaan sairaala vastaa alueellisesti erikoissairaanhoidon

don päivystyksen lisäksi lähikuntien perusterveydenhuollon ilta, yö- ja viikonloppupäivystyksistä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Visalan sairaala muodostaa Oulaskangas–Visala–tulosalueen psykiatrisen vastualueen ja se vastaa aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon tuottamisesta. Visalan sairaalassa hoidetaan akuuttipsykiatrisia potilaita Kala- ja Pyhäjokilaakson sekä osittain Siikalatvan ja Raahen seudulta. Pitkäaikaista psykiatrista hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia potilaita hoidetaan koko Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelta ja osittain Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä. Kuntoutuskotipalvelua tuotetaan Ylivieskassa ja Pyhäjärvellä. Visalan sairaalassa on viisi osastoa, joissa on yhteensä 98 potilaspaikkaa. Kuntoutuskodeissa potilaspaikkoja on 11. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

3.5 Avoin kyselylomake ja aineiston keruu

Opinnäytetyöni aineistonhankintavaiheessa hain vastausta tutkimuskysymyksiin, ”millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on HaiPro-järjestelmään tehtyjen potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä työyksiköissä ja käsittelyn vaikutuksista potilasturvallisuuteen” sekä ”miten ilmoitusten käsittelyä ja raportointia yksiköissä tulee kehittää” Tämän vaiheen tarkoituksena oli kerätä tietoa HaiPro-ilmoitusten käsittelyn nykytilasta organisaatiossa, jotta kehitettävä toimintamalli vastaa käytännöstä nouseviin tarpeisiin. Kohderyhmän valinnasta keskustelin ohjausryhmän jäsenten kanssa ja henkilöstön kokemusten kuulemista pidettiin kehittämisen kannalta tärkeänä. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin HaiPro-järjestelmään ilmoituksia tekevät työntekijät. Ilmoittajien aktiivisuus vaaratapahtumien havaitsemisessa ja raportoinnissa vaikuttaa suoraan siihen, minkä verran ja millaisia HaiPro-ilmoituksia käsittelijöille saapuu.

Avoin kyselylomake koostui kolmesta avoimesta kysymyksestä, jotka pohjautuivat ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen sekä aikaisempaan tietoperustaan. Kyselylomakkeella kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta keskeisiä kysymyksiä, jotka perustuvat teoreettiseen viitekehukseen tai tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyihin tietoihin (Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.) Avointen kysymysten kautta vastaajat voivat osoittaa mikä heidän mielestään tutkittavassa aiheessa on keskeistä tai tärkeää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 201).

Avoimen kyselylomakkeen muotoilun jälkeen esitetasin sitä kahdella leikkausosaston työntekijällä, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen aineistonkeruuseen. Esitestaajien kommenttien perusteella muutin vielä joitakin sanamuotoja kyselyssä (LIITE 1).

Kysely kohdentui Oulaskangas–Visala–tulosalueen viidelle eri osastolle. Oulaskankaan sairaalasta tutkimuksen kohderyhmässä oli henkilöstöä neljältä osastolta: sisätauti- ja keuhkosairaudet, kirurgia, synnytys-, ja naistentaudit sekä päivystyspoliklinikka. Visalan sairaalasta mukana on henkilöstöä suljetulta vastaanotto-osastolta. Kyselyyn osallistuvat osastot valitsimme ohjausryhmässä ja tarkoituksena oli, että kaikkien erikoisalojen ja keskeisten hoitoprosessien henkilöstöä on mukana. Tukipalvelujen yksiköt (fysioterapia, röntgen ja laboratorio) jätettiin kyselyn ulkopuolelle, koska näiden yksiköiden toiminta liittyy osana kaikkiin hoitoprosesseihin ja henkilöstömäärä on näissä yksiköissä pienempi. Myös oma työyksikköni leikkaus- ja anestesiaosasto jätettiin pois kyselystä. Visalan sairaalan psykiatrisista osastoista mukaan valittiin suljettu vastaanotto-osasto, jossa potilaiden vaihtuvuus on suurta ja tilanteet nopeasti muuttuvia.

Vastaajina kyselyssä olivat HaiPro-ilmoituksia tekevät sairaanhoitajat lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat, joilla tuli olla työkokemusta vähintään vuosi joltakin tulosalueen osastolta. Työkokemusvaatimuksella varmistin, että vastaajilla on riittävästi kokemusta HaiPro-ilmoitusten käsittelytilanteista ja tulosten hyödyntämisestä.

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujiksi voidaan valita henkilöitä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Tällöin puhutaan harkinnanvaraisesta näytteestä tai tarkoituksenmukaisesta otannasta. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 83–85.)

Esittelin opinnäytetyöni aiheen Oulaskankaan sairaalan osastonhoitajien kokouksessa lokakuussa 2013. Jaoin kyselylomakkeet ja palautuslaatikot osastonhoitajille. Visalan sairaalassa kävin tapaamassa kyselyyn osallistuvan osaston osastonhoitajaa ja annoin kyselyt hänelle jaettavaksi kohderyhmälle sekä palautuslaatikon. Jokaiselle kyselyyn osallistuvalla osastolle toimitin viisi kyselylomaketta, yhteensä 25 kappaletta, jotka osastonhoitajat jakoivat osallistumiskriteerit täyttävälle henkilöstölle. Kyselylomakkeen mukana oli saatekirje (LIITE 2) ja palautuskuori.

Vastausaikaa oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen hain palautuslaatikot osastoilta. Vastauksia palautui yhteensä 17 kappaletta. Ennen vastausten käsittelyä yhdistin ja sekoitin avaamat-

tomat kuoret, jotta vastaajien anonymiteetti säilyisi. Vastaukset olivat sisällöltään rikkaita ja yhteneväisiä, joten aineiston saturaatio toteutui.

3.6 Aineiston analyysi

Kyselyni lähestymistapa oli laadullinen eli kvalitatiivinen. Analysoin kyselyaineiston induktiivista sisällönanalyysia mukailen, ja vastausten analyysia ohjasivat tutkimuskysymykset. Induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jolla voidaan analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sitä pidetään etenkin hoitotieteessä tutkimuksen perusprosessina, jolla voidaan löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samankaltaisuuksia tai eroja. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien seurauksia, merkityksiä ja yhteyksiä tutkittavasta kohteesta tai ilmiöstä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–22, Tuomi & Sarajärvi 2011, 103–104.) Sisällönanalyysin tavoitteena esittää tutkittava ilmiö laajasti, mutta samalla tiivistetyksi (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 134).

Aloitin aineiston analysoinnin lukemalla vastaukset useaan kertaan, jotta sain kokonaiskäsitelmän vastausten sisällöstä. Kirjoitin vastaukset puhtaaksi tekstinkäsittelyohjelmalla ryhmitellen jokaisen kolmen kysymykseen vastaukset omaan tiedostoonsa. Analysoin jokaisen kysymyksen vastaukset erikseen, sillä kysymykset perustuivat suoraan tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen aloin etsiä niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia ilmaisuja. Alleviivasin vastauksista tutkimustehtävän kannalta keskeisiä ilmaisuja eri väreillä. Analyysiyksikkönä käytin lausetta, yksittäistä sanaa tai asiakokonaisuutta. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 134). Ryhmittelin samaa asiaa tarkoittavat alkuperäisilmaukset yhteen ja pelkistin aineiston vastauksia kuvaavilla sanayhdistelmillä tai lauseilla. Pelkistämisen jälkeen muodostin tiivistyneestä aineistosta alaluokkia. Nimesin alaluokat kutakin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston ryhmittelyssä ja yhdistämisessä luokiksi aineisto tiivistyy, ja luokkien nimeämisellä luodaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 110). Alaluokat ryhmittelin niin, että samansisältöiset yhdistyivät pääluokiksi, ja nimesin pääluokan sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä.

Pääluokista muodostin yhdistävät luokat. Vastausten luokittelu on liitteenä (LIITE 3, 4 ja 5). Aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisinformaatiosta teoreettisiin käsitteisiin. Aineiston abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan kuin aineisto sisältö sen mahdollistaa. Tutkijan pitää pyrkiä jokaisessa vaiheessa ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä edetään empirisestä aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta aiheesta, ja eteneminen perustuu tulkintaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 112–113.) Tässä opinnäytetyössä aineisto mahdollisti luokittelun jatkamisen yhdistäviin luokkiin, joista muodostuu vastaus tutkimuskysymyksiin. Toimintamallin kehittämisessä olen hyödyntänyt myös alaluokkien kuvaamia konkreettisia käytännön ilmiöitä.

4 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Henkilöstölle suunnatun kyselyn tulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin. Alkuperäisilmauksista on valittu muutamia kuvaamaan vastausten luokittelua. Esimiesten kehittämislaisuuden sisältö ja siellä tuotettu materiaali on kuvattu omassa alaluvussaan.

4.1 Hoitohenkilökunnan kokemukset käsittelyprosessin nykytilasta ja kehittämistarpeista

Tässä luvussa kuvataan kyselytutkimuksen tuloksia. Jokainen kysymys on esitetty omassa alaluvussaan. Alkuperäisilmauksia käytetään havainnollistamaan luokittelun perusteita.

4.1.1 Hoitohenkilökunnan kokemukset HaiPro-ilmoitusten käsittelystä työyksiköissä

Hoitohenkilökunnan kokemuksissa HaiPro-ilmoitusten käsittelystä nousi esiin että käsittelystä puuttuu yhtenäinen toimintalinja. Käsittely työyksiköissä jakautuu asialliseen käsittelyyn ja toisaalta käsittelyssä on myös puutteita. Henkilöstön kokemusten luokittelu on koottu kuvioon 4 (KUVIO 4).

Asialliseen käsittelytavassa ilmoitukset käsitellään säännöllisesti osastokokouksissa ja käsittely tapahtuu yhdessä henkilöstön kanssa. Epäkohdista puhutaan, mutta ei etsitä syyllisiä vaan asiat käsitellään asioina. Avoin keskustelu nousi esille useissa vastauksissa. Vastaajat nostivat esiin yhteisen parannusehdotusten miettimisen sekä tapahtumien miettimisen kokonaisuutena, kaikkien yhteisenä asiana.

Hyvin käsitellään kaikki osastokokouksissa ja mietitään parannusehdotuksia.

On hyvä, että ei etsitä syyllisiä, vaan asiat käsitellään asioina.

Ilmoituksia on käyty yhdessä läpi osastotunneilla, todettu millaisia on sattunut ja miten on toimittu ko. tilanteessa.

Puutteellisessa käsittelytavassa nousee esiin käsittelyn epäsäännöllisyys, jolloin käsitellään vain vakavimmat tapaukset tai käsittely tapahtuu hyvin harvoin. Käsittelytilanteet osastokokouksissa ovat usein kiireisiä, tai käsittelyyn on varattu vain pieni osa osastokokouksen ajasta. Vastaajat kuvasivat, että joskus HaiPro-ilmoitukset vain luetaan läpi osastokokouk-

nessa. Vuorotyössä olevan henkilöstön on vaikea osallistua säännöllisesti HaiPro-ilmoitusten käsittelytilanteisiin työvuorojen vaihtelun takia. Käsittelyn toteuttaminen kii-reellä häiritsee tapahtuneen pohtimista ja käsittely voi jäädä puutteelliseksi.

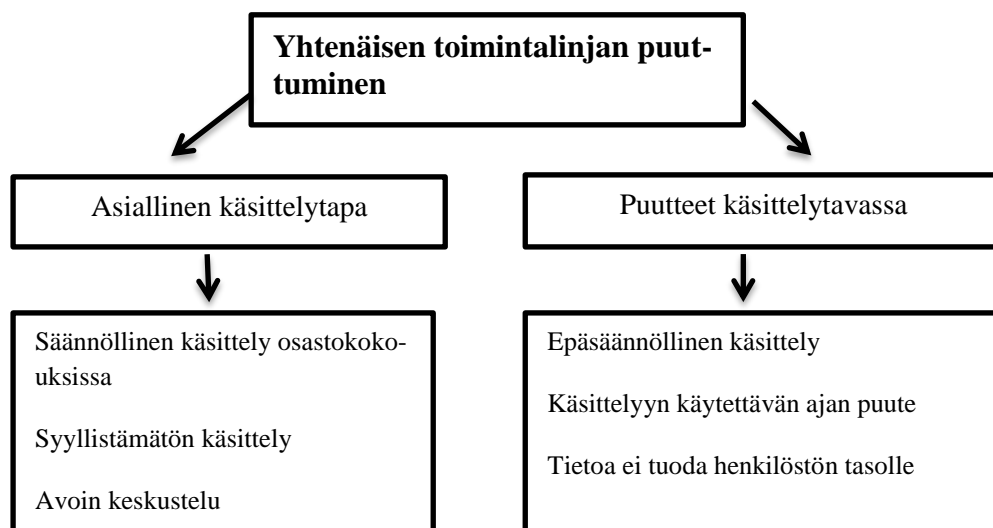
Esimiesten roolin tärkeys käsittelyprosessin etenemisen tiedottajina nousi vastausten kautta esiin. Ilmoituksen tehnyt työntekijä seuraa oman ilmoituksensa etenemistä ja sen vaikutuk-sia. Toisaalta saapuneiden ilmoitusten salaaminen henkilöstöltä nousi vastauksissa esiin negatiivisina kokemuksina. Ilmoituksia ei aina tuoda henkilöstön tasolle, vaan ne käsitel-lään esimiesten kesken.

Osastokokouksiin pääsee vain pieni osa henkilökunnasta vuorotyön vuoksi.

Haiproja käsitellään meillä hyvin harvoin osastotunneilla.

Suurin osa HaiPro -ilmoituksista jää esimiesten tietoon.

Useimmiten en ole tiennyt onko HaiPron tekemisen jälkeen asia edennyt.



KUVIO 4. Hoitohenkilökunnan kokemukset HaiPro-ilmoitusten käsittelystä työyksiköissä

4.1.2 HaiPro-ilmoitusten käsittelyn vaikutukset potilasturvallisuuteen

Vastauksista nousi esiin kokemus siitä että ilmoitusten käsittelyllä on monitasoisia vaikutuksia. Vaikutukset näkyvät organisaation toiminnan tasolla sekä suoraan käytännön potilastyössä. Ilmoitusten käsittelyn vaikutukset on koottu kuvioon 5 (KUVIO 5).

Organisaation toiminnan tasolla HaiPro ilmoitusten käsittelyn kautta potilasturvallisuus on parantunut ja siihen on kiinnitetty huomioita. Turvallisuustietoisuus on lisääntynyt ja turvallisuusasioista on puhuttu. Potilasturvallisuusriskejä on pyritty ennakoimaan ja vaaratilanteista on otettu opiksi.

Ainakin niistä turvallisuusasioista on puhuttu. Turvallisuustietoisuus on lisääntynyt.

Potilasturvallisuus on HaiProjen myötä parantunut.

Pyritään ennakoimaan potilaan turvallisuus.

Ilmoitusten käsittelyllä on myös käytännön potilastyössä näkyviä vaikutuksia. Lääkehoidon turvallisuutta lisääviä vaikutuksia on saavutettu lääkelistojen kaksoistarkistuksilla ja varmistamalla, että potilaan siirtyessä jatkohoitoon lääkelistan ja epikriisin tiedot vastaavat toisiaan. Ilmoitusten käsittelyn kautta on tullut myös potilaan hoitoon liittyviä vaikutuksia kuten potilaan henkilöllisyyden tarkistaminen, turvallisuutta lisäävän materiaalin hankinta ja potilasrannekkeiden käytön lisääntyminen. Toimintaa on uudistettu ja kehitetty uusilla käytännöillä ja toimintatapojen uudistamisella.

Potilaan siirtyessä jatkohoitoon, lääkelistojen tarkistus, täsmäkö kirjoitetun epikriisin kanssa.

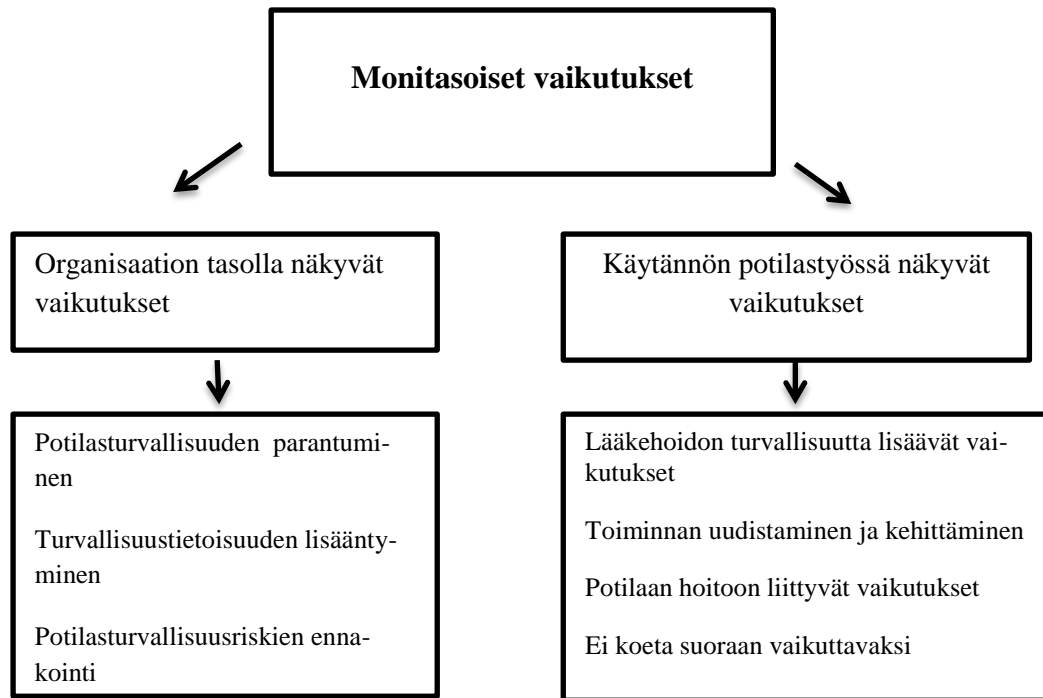
Potilasranneke on tullut käyttöön lähes 100% sti.

Oikea potilas, oikea näyte.

Toisaalta osa vastaajista ei kokenut HaiPro-ilmoitusten käsittelyä suoraan potilasturvallisuuteen vaikuttavaksi. Vastaajat kuvasivat, ettei kaikkiin asioihin voi vaikuttaa, tai että tilanteista on keskusteltu muutenkin.

Läheskään kaikkiin asioihin ei voida vaikuttaa.

Tosin tilanteet ovat olleet sellaisia että on keskusteltu muutenkin ja tarvittavia muutoksia on tehty jo ennen HaiProjen käsittelyä.



KUVIO 5. HaiPro-ilmoitusten käsittelyn vaikutukset potilasturvallisuuteen

4.1.3 Käsittelyn ja raportoinnin kehittämiskohteet yksiköissä

Ilmoitusten käsittelyä ja raportointia tulisi kehittää yksiköissä yhtenäisellä toimintamallilla, johon sisältyy monialainen yhteistyö sekä selkeät ohjeet ja vastuut. Yhteistyön lisääminen ilmoitusten käsittelyssä eri yksiköiden kesken ja henkilöstön osallistaminen käsittelyyn, lisäävät yhdessä pohtimista ja perehtymistä. Tärkeänä koettiin ilmoitusten tuominen kaikkien yksikössä työskentelevien tietoon. Käsittelyn ja raportoinnin kehittämiskohteen on koottu kuvioon 6 (KUVIO 6).

Henkilöstö kuvasi runsaasti kehittämiskohteita käsittelyyn. Ilmoitusten käsittelyn toivottiin olevan mahdollisimman pian ilmoituksen saapumisen jälkeen, kun aihe on ajankohtainen. Lisäksi ehdotettiin erillisiä HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn varattuja osastokokouksia tai tilaisuuksia. Ilmoitusten asiallisuus koettiin tärkeänä, HaiPro-ilmoitukset eivät saa mennä henkilökohtaisuuksiin. Ilmoituksen tekeminen koettiin turhana, jos asian voisi käydä suoraan läpi esimiehen kanssa.

Voisiko erikseen joskus pitää HaiProjen käsittelykokouksen.

Mahdollisimman pian käsitellä HaiProt niiden teon jälkeen ettei ne venyisi kuukausien päähän

Turhat HaiProt pois, joissakin tapauksissa HaiPro tehty turhaan, kun asian voisi suoraan käydä läpi esimiehen kanssa.

Selkeät ohjeet ja vastuut sisältävät myös ilmoitusten jatkotoimenpiteet. Henkilöstön mukaan haittatapahtumiin pitäisi miettiä enemmän ratkaisuja ja keskustella, miten tapauksia voitaisiin välttää. Ilmoitusten kautta nousseiden muutostarpeiden toteuttamiseen kaivattiin keskittymistä. Myös ilmoituksen taustalla oleviin syihin puuttumalla voidaan estää vaaratilanteen tilanteen toistuminen.

Pitäisi enemmän miettiä ratkaisuja haittatapahtumien ehkäisyyn.

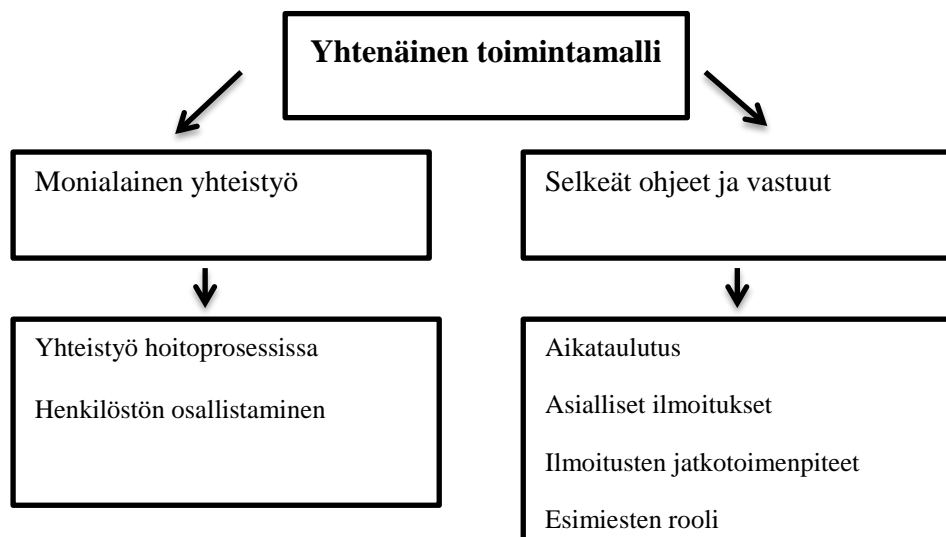
Keskityttäisiin enemmän tekemään tarvittavat muutokset.

HaiProhan voi uusiutua samasta syystä jos ei ole puututtu syyhyn.

Esimiesten vastuullinen rooli nousi vastauksissa esille. Esimiehiltä kaivattiin kannanottoja ja reagoitua jokaiseen ilmoitukseen.

Joka HaiProon pitäisi esimiesten reagoida jotenkin.

Esimiestasolta enemmän kannanottoa.



KUVIO 6. Käsittelyn ja raportoinnin kehittämiskohteet yksiköissä

4.2 Esimiesten näkemyksiä toiminnan kehittämisestä

Tammikuussa 2014 järjestin Oulaskangas–Visala–tulosalueen esimiehille kehittämistilaisuuden, jossa hain vastausta tutkimuskysymykseen ”Mitä eri osa-alueita toimintamallin kehittämisessä pitää huomioida esimiesten näkökulmasta?” Menetelmänä tiedonkeruussa käytin aivoriihi–ideointimenetelmää soveltaen. Aivoriihi- ideointimenetelmää on ryhmäluovuustekniikka, jota voidaan käyttää kun etsitään paljon ideoita määrättyyn ongelmaan. Ideoita ei arvostella eikä niitä tarvitse alkuvaiheessa perustella. Ideat kirjataan ylös ja niitä pyritään yhdistelemään ja kehittämään. Samantapaisia ideoita kootaan ryhmiin. Osallistujat tarkastelevat ideoita kriittisesti ja niitä arvioidaan. Parhaat ideat valitaan kehitettäviksi. (Hassinen 2008, 47–49.)

Kehittämistoiminnassa käyttäjien ja toimijoiden osallistumisella on keskeinen merkitys onnistumisen kannalta. Kehittämisprosessit eivät etene ulkopuolisen toiminnan tuloksena, vaan kehittäminen tapahtuu yhteistyössä osallisten kanssa siellä missä työn haasteet ja ongelmat ilmenevät. Käyttäjiä ja toimijoita konsultoidaan todellisuuden asiantuntijoina, ja menetelminä voivat olla keskustelutilaisuudet, fokusryhmät tai erilaiset foorumit. (Toikko & Rantanen 2009, 97–98.)

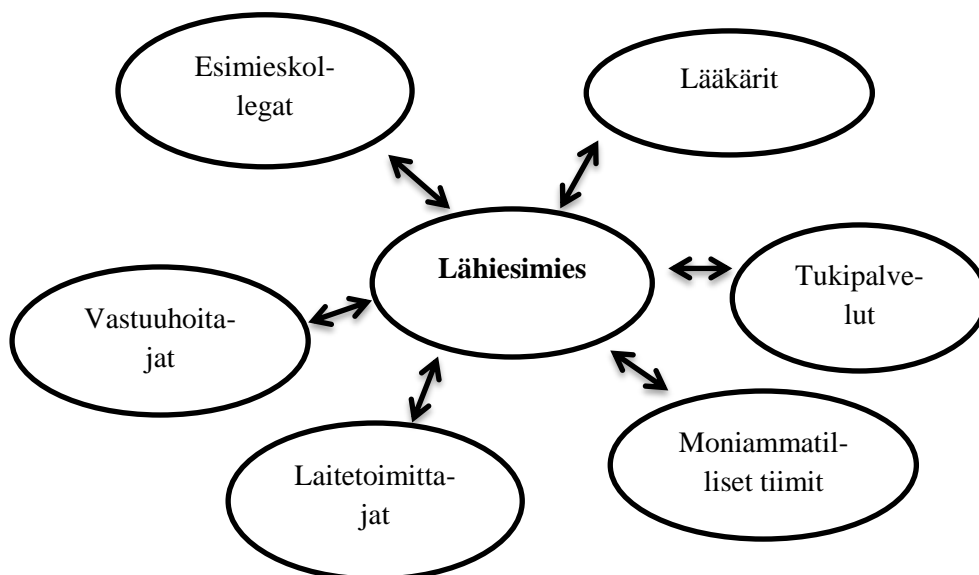
Kutsuin kehittämistilaisuuteen kaikki osastonhoitajat ja tulosalueen ylilääkärit sähköpostilla kuukautta ennen ja lähetin muistutusviestin lähellä kehittämistilaisuuden ajankohtaa. Osa kutsutuista ilmoitti estymisestään etukäteen. Kehittämistilaisuuteen osallistui opinnäytetyön ohjausryhmästä laatupäällikkö ja opetuskoordinaattori. Osastonhoitajia ja apulaisosastonhoitajia paikalla oli 11. Tilaisuuteen ei osallistunut lääkäreitä. Aikaa kehittämistilaisuuteen oli varattu 1,5 tuntia ja paikkana oli Oulaskankaan sairaalan palaveritila. Kirjasin heti kehittämistilaisuuden jälkeen tutkimuspäiväkirjaan keskustelussa nousseet keskeiset teemat sekä kokemuksiani tilaisuuden vetäjänä.

Aluksi esittelin opinnäytetyöni aiheen sekä henkilöstölle suunnatun kyselyn keskeiset tulokset ja keskustelimme niistä. Esimiehet toivat esiin ongelmia tiedon välittämisessä henkilöstölle HaiPro–ilmoitusten käsittelystä ja niiden pohjalta laadittujen kehittämistoimista. Niissä yksiköissä, joissa tehdään vuorotyötä, ongelmaan ei ole vielä löytynyt toimivaa ratkaisua. Osastokokousten asiapaljoukset häiritsevät ilmoitusten käsittelemistä yhdessä henkilöstön kanssa. Lääkärien haluttomuus osallistua käsittelyyn koetaan ongelmalliseksi. Esimiehet katsovat, että lääkärin tulisi osallistua etenkin niiden ilmoitusten käsittelyyn, jossa potilaaseen kohdistunut haittatapahtuma on aiheutunut hoitomenetelmästä tai lääkehoidosta.

Lääkäreiden informointi HaiPro-ilmoituksista ja käsittelyyn mukaan saaminen on käytännössä hoitotyön esimiesten vastuulla. Keskustelussa nousi esiin myös, kuinka HaiPro-ilmoitusten kautta saavutettuja potilasturvallisuutta parantavia hyviä käytäntöjä ja kehittämistoimia voitaisiin jakaa eri yksiköiden käyttöön.

Esittelin ideariihen toimintatavan lyhyesti, minkä jälkeen esitin PowerPoint-dialla potilasturvallisuuden osa-alueet ja niiden sisällön. Osallistujat jakautuivat 3–4 hengen ryhmiin ja jaoin jokaiseen ryhmään potilasturvallisuuden osa-alueet dian paperiversiona. Ryhmät miettivät eri osa-alueiden kautta yhteistyötahoja ja vastuuhenkilöitä, joita esimiehet tarvitsevat suunnitellessaan HaiPro-ilmoitusten kautta tulleiden haitta- tai vaaratapahtumien kehitys ja parannusehdotuksia. Tutkijana en osallistunut ryhmien keskusteluun enkä kommentoinut sitä. Lähdin rakentamaan ideariihen perustaa potilasturvallisuuden eri osa-alueiden kautta, jotta yhteistyötahot ja vastuut olisi helpompi konkretisoida ja hahmottaa.

Jaoin ryhmille muistilappuja, joihin yhteistyötahot kirjattiin, ja laput ryhmiteltiin seinälle kuvion ympärille kaikkien nähtäväksi. Lappujen sisällöstä ja sijoituksesta keskusteltiin yhteisesti. Samankaltaisia vastauksia sisältävät laput ryhmiteltiin yhteen, ja niistä muodostui esimiesten yhteistyötahot. Esimies tarvitsee potilasturvallisuuden johtamiseen yhteistyötä lääkäreiden, vastuuhoitajien, esimieskollegoiden, moniammatillisten yhteistyöryhmien, tukipalveluiden ja laitetoimittajien kanssa (KUVIO 7).



KUVIO 7. Esimiesten yhteistyötahot potilasturvallisuuden johtamisessa

Kehittämistilaisuuteen varattu aika muodostui keskustelua rajoittavaksi tekijäksi. Vasta tilaisuuden loppuvaiheessa syntyi hedelmällistä ja pohtivaa dialogia potilasturvallisuuden eri osa-alueista ja HaiPro ilmoitusten merkityksestä. Tilaisuuden alkupuolella keskustelu keskittyi enemmän nykytilan toteamiseen, eikä osa keskustelijoista nähnyt kehittämisen tarvetta. Opinnäytetyöni aihe on uusi, eikä vastaavasta mallista ole aiempaa versiota esiteltäväksi. Osallistujien oli aluksi vaikea hahmottaa eroa tietojärjestelmässä tapahtuvan HaiPro-ilmoitusten teknisen käsittelyn ja laajemman toimintamalliajatuksen välillä.

Vastaukseksi kolmanteen tutkimuskysymykseen muodostui: toimintamallin kehittämisessä tulee huomioida yhteistyön lisääminen sekä tiedon ja hyvien käytäntöjen jakaminen.

4.3 Toimintamallin rakentuminen

Toimintamallia kehittäessäni keräsin yhteen henkilöstölle tekemäni kyselyn tulokset, esimiesten kehittämistilaisuudessa tuottaman aineiston ja teoreettisessa tietoperustassa esiin nostamiani potilasturvallisuuden johtamiseen ja vaaratapahtumaraporttien käsittelyyn liittyviä osatekijöitä. Toimintamallin kehittäminen ajoittui helmikuulle 2014.

Ohjausryhmä kommentoi toimintamallin eri kehitysversioita sekä sisältöjä, ja tein tarvittavia muokkauksia ennen seuraavaa arviointia. Ensimmäisessä mallissa sekä kehittämistuloksista tiedottaminen organisaation tasolla että esimiesten vastuiden määrittely olivat samassa yhteydessä. Tämän mallivaihtoehdon kuvaaminen selkeästi osoittautui haastavaksi, ja sitä päätettiin kehittää edelleen. Toimintamallista erotettiin kehittämistoimista tiedottaminen ja esimiehille kuuluvat tehtävät omiksi kokonaisuuksikseen.

Potilasturvallisuusvastaavien rooli ja vastuu toiminnan kehittämisestä haluttiin myös näkyviin. Toimintamallin käyttöönotossa ja hyödyntämisessä potilasturvallisuusvastaavilla on merkittävä rooli. Potilasturvallisuus-kehittämistilaisuus ja potilasturvallisuus uutiset-julkaisu ovat myös Oulaskangas-Visala-tulosalueella uusia, tämän opinnäytetyön pohjalta ideoituja potilasturvallisuustyötä ja turvallisuuskulttuuria parantavia kehittämistoimia. Myös Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laupäällikkö Leena Lang kommentoi toimintamallin sisältöä sen ollessa luonnosvaiheessa.

4.4 HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä toimintamalli

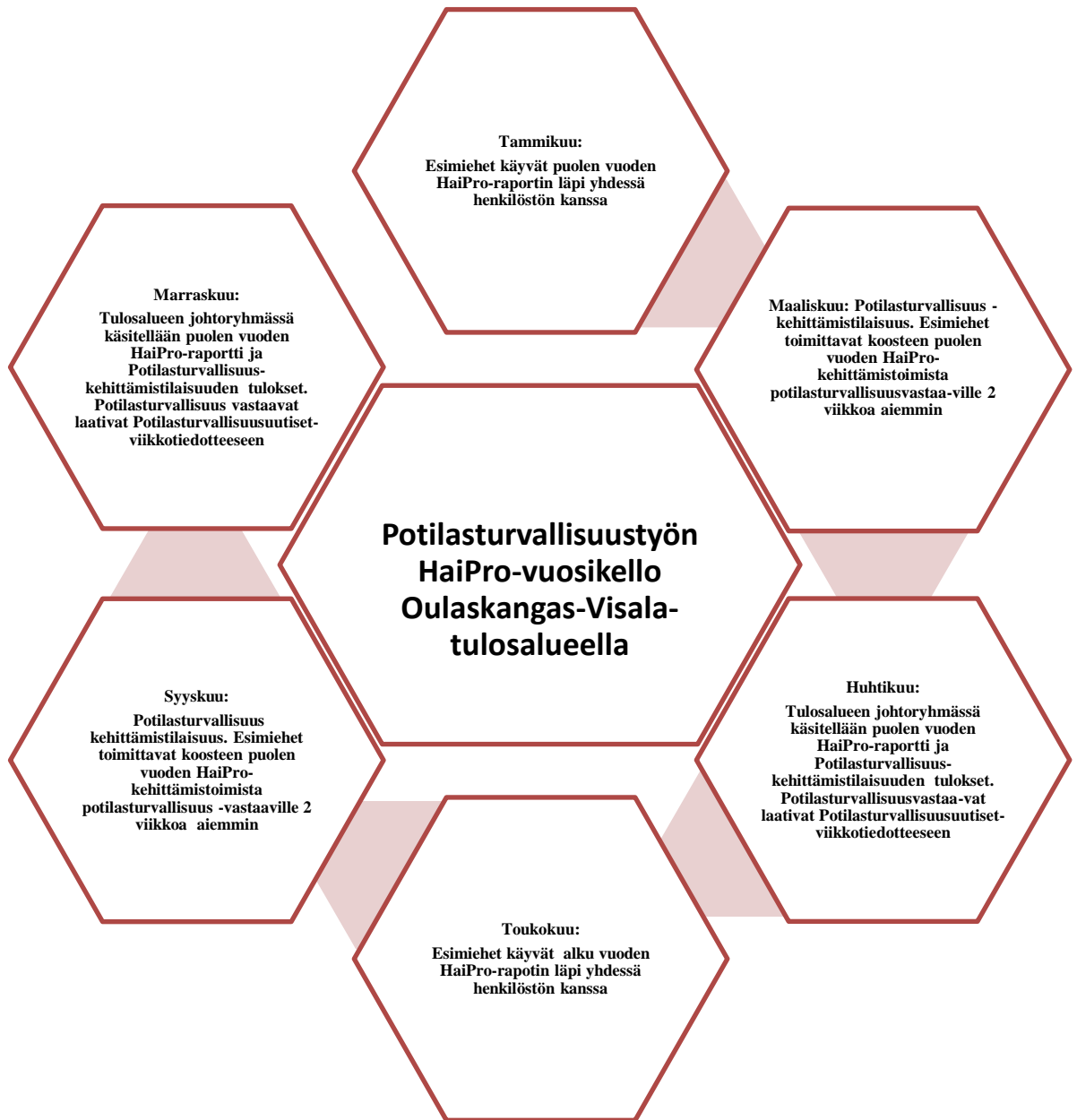
HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä toimintamalliin sisältyy kaksi osa-aluetta. Lähiesimiesten potilasturvallisuusjohtamisen työkaluksi suunnattu osa (LIITE 6) koostuu lähiesimiesten vastuita määrittelevistä kolmesta osa-alueesta. Jokainen osa-alue sisältää eri toimintoja, joita on kuvattu kunkin osa-alueen alapuolella. Malliin haluttiin selkeä kuvaus esimiehen vastuusta, jotta käytännön toteutus on mahdollisimman yhtenäistä eri osastoilla.

Toisena osana toimintamallia luotiin HaiPro–vuosikello, (KUVIO 8) jonka tarkoituksena on HaiPro–ilmoitusten perusteella tehtyjen kehittämistoimien tuominen organisaation kaikkien toimijoiden tietoon. Se muodostaa potilasturvallisuustoiminnalle säännöllisen, vuoden kestävän syklin, jossa korostuvat tiedon kerääminen, käsittely, hyödyntäminen ja hyvien käytäntöjen jakaminen. Vuosikello toimii potilasturvallisuusvastaavien apuna potilasturvallisuustyön jaksottamisessa. HaiPro–ilmoituksia käsittelevät esimiehet tietävät vuosikellon avulla, missä vaiheessa vuotta eri asiat toistuvat.

Vuosikelloon sisältyy kahdesti vuodessa toistuva potilasturvallisuus- kehittämistilaisuus joka on tarkoitettu esimiehille. Ajankohdiksi kehittämistilaisuuksille määriteltiin maaliskuu ja syyskuu. Maaliskuun kehittämistilaisuudessa käsitellään syys- ja talvikauden toiminnan aikana ilmenneitä vaaratapahtumia ja niistä syntyneitä kehittämistoimia. Syyskuun kehittämistilaisuudessa käsiteltävissä vaaratapahtumissa ja kehittämistoimissa korostuu kesälomakauden aika. Tällöin organisaation toiminnassa on supistuksia, osastojen yhdistämistä ja henkilöstössä toimii paljon sijaisia. Mahdolliset potilasturvallisuuden ongelmat voidaan koota ja käsitellä systemaattisesti ennen seuraavan kesälomakauden toiminnan suunnittelua.

Potilasturvallisuusvastaavat huolehtivat kehittämistilaisuuksien järjestämisestä. He kokoavat tilaisuuksiin ajankohtaista tietoa potilasturvallisuuden eri osa-alueilta. Jokaisen yksikön esimies valmistelee lyhyen koosteen oman yksikkönsä HaiPro–ilmoitusten kautta laadituista kehittämistoimista ja esittelee niitä tilaisuudessa. Kehittämistoimien yhteenvedot julkaistaan koko vastualueella kahdesti vuodessa viikkotiedotteen mukana ilmestyvässä Potilasturvallisuus uutiset -liitteessä. Laatupäällikkö esittelee laaditut kehittämistoimet tulosalueen johtoryhmässä kahdesti vuodessa. Kehittämistilaisuudet voidaan yhdistää osastonhoitajien kokouksiin tai tarvittaessa osaksi esimiesten kehittämispäiviä.

Vuosikelloon on sisällytetty kahdesti vuodessa tapahtuva HaiPro–raportin läpikäynti osastoilla. Esimiehet tekevät yhteenvedon oman osastonsa HaiPro tapahtumista puolen vuoden ajalta ja käyvät ne läpi henkilöstön kanssa.



KUVIO 8. HaiPro vuosikello Oulaskangas–Visala–tulosalueella

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tulosten pohdinnassa pohdin opinnäytetyön tuloksena syntyneitä toimintamallia teoriataustaan verraten. Opinnäytetyön prosessin pohdinnassa käyn läpi työn etenemistä ja siihen liittyviä haasteita ja oppimiskokemuksia. Lopuksi käsittelem opinnäytetyön luotettavuutta, etiikkaa, johtopäätöksiä ja jatkotutkimushaasteista.

5.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää HaiPro-järjestelmään tehtyjen potilasturvallisuusilmoitusten hyödyntämiseen toimintamalli esimiesten potilasturvallisuusjohtamisen tueksi Oulaskangas-Visala-tulosalueella.

HaiPro-järjestelmä on ollut käytössä muutamia vuosia, mutta sen kautta saatavaa tietoa ei mielestäni hyödynnetä siinä laajuudessa, kuin se olisi mahdollista. Kyselyn tulosten mukaan vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä on erilaisia käytäntöjä saman organisaation sisällä. Mielestäni selkeä ja yhdenmukainen toiminta helpottaa niin esimiesten kuin henkilöstönkin potilasturvallisuuden riskien ja vaaratapahtumien käsittelyä. HaiPro-järjestelmän käsittelyosan käyttöön liittyvissä ongelmissa täydennyskoulutusta on mahdollista järjestää erikseen. Ilmoitusten arvon näkeminen ja hyödyntäminen osoittaa myös arvostusta ilmoituksen laatijaa kohtaan. Myös Sarsteen (2012,43) tutkimustuloksissa tuli esiin, että käsitteelyyn liittyvien tehtävien ohjeistuksessa on puutteita. Tehtävien ja vastuiden määrittelyyn olisi kiinnitettävä organisaatioissa enemmän huomiota.

Vaaratapahtumien ilmoitusprosessissa vapaaehtoista on vain ilmoittaminen. Prosessin käsittelyvaiheen eteneminen ja organisaation eri tasojen velvollisuudet sen sijaan on määritetty hyvinkin tarkkaan kansallisissa ja kansainvälisissä suosituksissa. Turvallisuusjohtamisessa on yleensä keskeistä määritellä eri organisaatiotasojen vastuut ja osoittaa johdon sitoutuminen turvallisuuden kehittämiseen. (Oedewald & Reiman 2006, 25.)

Toimintamallissa esimiehille suunnatun osan ensimmäisessä osa-alueessa määritellään HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn liittyviä toimintoja yksiköissä. Lähiesimiesten on käsiteltävä HaiPro-ilmoitukset osastokokouksissa kuukausittain yhdessä henkilökunnan kanssa. Oulaskangas-Visala-tulosalueen HaiPro-ilmoitusten käsittelyohjeessa käsittely on aika-

taulutettu tapahtuvaksi kerran kuukaudessa (Oulaskangas–Visala 2009.) Henkilöstö toi kyselyssä esiin säännöllisen, yhteistyössä tapahtuvan käsittelyn tarpeen. Säännöllisyys on vaaratapahtumien käsittelyn peruspilari, jolla luodaan jatkuvuus potilasturvallisuuden kehittämiseen. Myös Kinnunen ym. (2009, 28) ja nimeävät yksikön esimiehen vastuuksi vaaratapahtumailmoitusten säännöllisen käsittelyn ja informoinnin.

Toimintamallin mukaan vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn tulee tapahtua syyllistämättömästi ja keskustelun tulee olla avointa. Kyselyn vastauksissa nousi esiin että syyllistämättömän käsittely koetaan asianmukaisen käsittelytavan osaksi. Syyllistämättömyys on vapaaehtoisen vaaratapahtumailmoitusjärjestelmän keskeinen periaate. WHO:n luomien kansallisten raportointijärjestelmien ohjeiden mukaan syyllistämättömyys on edellytys menestyvälle raportointijärjestelmälle (WHO 2005). Vaaratapahtuman käsittelyssä keskitytään järjestelmän puutteiden havaitsemiseen ja ehkäisemiseen. Tavoitteena tulee olla olosuhteiden, välineiden tai toimintatapojen muutos. Tapahtumaan osallistuneiden tunnistamista tai syyllisten osoittamista pitää välttää. (Kinnunen ym. 2009; Ruuhilehto 2008, 39; Knuutila ym. 2007) Avoimella ja luottamuksellisella ilmapiirillä on virheistä oppimista tukeva vaikutus, joka mahdollistaa organisaation kehittymisen turvallisemmaksi (Kinnunen 2010). Syyllistäväksi koettu käsittely voi vähentää ilmoitusaktiivisuutta ja johtaa vaaratapahtumien salailuun (Holmström, Airaksinen, Weiss, Wulji, Xuan & Laaksonen 2012; Kuisma 2011).

Henkilöstö tulee ottaa mukaan kehittämisideoiden pohtimiseen ja vastuuhoidajien sekä tiimien osaamista tulee hyödyntää. Yhdessä pohtimisella koettiin henkilöstön mukaan olevan merkitystä turvallisuustietoisuuden lisääntymiselle ja yhdessä miettimisen kautta on jo luotu potilasturvallisuuden kehittämistoimia. Kinnunen (2010) toteaa väitöstudkimuksessaan, että keskustelu on tärkein oppimista ja yhteisen näkemyksen muodostumista edistävä tekijä organisaatiossa. Lähiesimiehen tehtävänä on antaa keskustelumahdollisuuksia työyhteisössä ja välittää tietoa organisaation eri tason välillä.

Toimintamallissa tietoa kehittämistoimista tuodaan henkilöstön tasolle ilmoitustaululla, sähköpostilla ja osastokokouksissa. Kyselyssä nousi esiin, että tietoa vaaratapahtumailmoituksista, niiden käsittelystä tai kehittämistoimista ei tuoda tarpeeksi esille työyksiköissä. Lähiesimiesten kehittämistilaisuudessa todettiin, että tiedottaminen jää osastokokousten varaan, eikä se tavoita koko osaston henkilöstöä. Kinnusen (2010) mukaan tiedon tulee

tavoittaa kaikki työyhteisön jäsenet, jotta oppimista tapahtuu koko organisaation toiminnassa.

Toimintamallin toisessa osiossa määritellään lähiesimiesten roolia suhteessa käsittelyprosessin muihin osallisiin. Ilmoitusta käsittelevän lähiesimiehen tehtäviin kuuluu mallin mukaan määritellä ne yhteistyötahot, jotka ovat osallisina ilmoituksen aiheena olevaan vaaratapahtumaan tai joiden osallistuminen kehittämistoimien suunnitteluun ja toteutukseen on merkittävä. HaiPro-ilmoitusta käsittelevä esimies ottaa yhteyttä eri osapuoliin ja organisoii yhteistyötä.

Toimintamallissa korostetaan yhteistyötä tukipalvelujen ja ulkoisten toimijoiden kanssa. Esimiehen rooliin kuuluu arvioida käsittely perusteella ketä kehittämistoimiin tarvitaan, jotta toimenpiteet voidaan toteuttaa. Potilasturvallisuuden kehittämisessä tarvitaan myös muiden kuin välittömästi hoitoon osallistuvien tahojen osaamista. Tietohallinto, kiinteistöhuolto ja laitetoimittajat nähtiin esimiesten kehittämistilaisuuden tulosten perusteella tärkeinä yhteistyötahoina. Lanne (2013) tuo esiin että turvallisuuden johtamisessa yhteistyötä ja vuorovaikutusta tulee toteuttaa myös organisaation ja ulkoisten yhteistyötahojen välillä.

Potilaalle tapahtunut haittatapahtuma tulee käsitellä yhdessä osastonlääkärin kanssa. Esimiesten kehittämistilaisuudessa nostettiin esiin vaikeus saada lääkärit osallistumaan HaiPro ilmoitusten käsittelyyn. Lääkärien informointi ja mukaan ottaminen on hoitotyön esimiesten aktiivisuuden varassa. Potilaan kärsimän haitan ja riskin luotettavassa arvioinnissa lääketieteen osallisuus on kuitenkin välttämätöntä. Lääkärien osallistuminen vaaratapahtumien ilmoittamiseen tai käsittelyyn on yleisesti vähäistä. Suurimmassa osassa järjestelmää käyttävistä yksiköistä osastonhoitajan käsittelypariksi on nimetty osastonlääkäri, joka saa tiedon saapuneesta ilmoituksesta sähköpostiinsa. (Ruuhilehto ym. 2011, 1037.) Kuitenkin haittatapahtumien kustannuksista yli puolet olisi vältettävissä ja voimavarat voitaisiin käyttää tehokkaammin potilaiden hoitamiseen. Haittatapahtumista suurimmat kustannukset aiheutuvat leikkausten jälkeisistä komplikaatioista, joiden käsittelyssä lääketieteen asiantuntemus on ensiarvoisen tärkeää ja vaikutuksiltaan merkittävää. (Järvelin 2010, 1124-1127.)

Käsittelymallin kolmanteen osioon sisältyy vastuun määrittely kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta ja kirjaamisesta. Tässä osiossa on yhteisiä toimintoja HaiPro-vuosikellon kanssa. Esimiesten vastuulla on raportoida toteutetuista kehittämistoimista osastokokouksessa puolivuositain. Esimiehet laativat oman yksikkönsä kehittämistoimista lyhyen yh-

teenvedon potilasturvallisuus uutiset–julkaisuun kahdesti vuodessa. Esimiesten rooliin kuuluu osallistua HaiPro–vuosikellon mukaan toteutettavaan Potilasturvallisuuskehittämistilaisuuteen kahdesti vuodessa. Tiedottaminen on esimiesten vastuulla ja palautteen saaminen kehittämistoimista kannustaa henkilöstöä tekemään ilmoituksia (Avelin & Lepola 2008, 59). Hyvien käytäntöjen levittäminen organisaation sisällä vaatii kehittämistoimien tuomista näkyviin ja eri toimijoiden tietoon (Kinnunen ym. 2009). Tällöin mahdollistuu virheistä oppiminen, joka on vaaratapahtumailmoitusjärjestelmien lähtökohta ja terveydenhuollon organisaatioiden muuttuminen turvallisemmiksi. (Pietikäinen ym. 2010; Kinnunen 2010; Kinnunen ym. 2009; McLoughlin ym. 2009, 14.)

5.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyöni aihe nousi omista kokemuksistani HaiPro–ilmoitusten käsittelystä ja hyödyntämisestä potilasturvallisuuden kehittämisessä, sekä kiinnostuksestani turvallisuusjohtamiseen. Aiheen ajankohtaisuus on vain korostunut tutkimusprosessin aikana, sillä terveydenhuoltoon kohdistuvat kustannusten kasvun hillitsemispaineet voivat aiheuttaa potilasturvallisuuteen negatiivisesti vaikuttavia säästötoimenpiteitä. Toisaalta toimivalla ja tehokkaasti hyödynnetyllä HaiPro–ilmoitusten käsittelyllä voidaan saavuttaa merkittäviä säästöjä ja vähentää haittatapahtumista aiheutuvaa inhimillistä kärsimystä. Haitta- ja vaaratapahtumat ovat myös henkilökunnalle raskaita tilanteita, ja niiden avoin, syyllistämätön käsittely on mielestäni esimiehen turvallisuusjohtamisosaamisen keskeisiä vaatimuksia.

Opinnäytetyöprosessi on vahvistanut ja kehittänyt tiedonhankinta- ja arviointiosaamistani sekä vahvistanut ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kompetensseissa määriteltyä vastuunottoa yhteisön tavoitteellisesta oppimisesta. Opinnäytetyöni tuottaman mallin kautta työyhteisöjen virheistä oppiminen helpottuu ja selkeytyy.

Viestintäosaaminen on kehittynyt organisoidessani prosessin etenemistä ja sen eri vaiheita. Haastavaa työssä oli lähteä kehittämään toimintamallia esimiehille, vaikka itse en opinnäytetyön aikana ole työskennellyt esimiesasemassa. Kiinnostus kehittämisen kohteesta, teoriatiieto ja esiintymiskokemus opetustyöstä ovat helpottaneet prosessin läpivientiä. Työyhteisöosaamiseni on parantunut ja olen saanut kokemusta verkostojen luomisesta, kehitystoiminnan johtamisesta ja työtapojen uudistamisesta. Monimutkaisten ja ennakoimattomien

tilanteiden johtaminen on osa opinnäytetyön tekemistä ja siinä olen voinut hyödyntää monipuolisesti kehittämisen ja johtamisen opintojani.

Opinnäytetyöni on myös vahvistanut esimiestyössä tarvittavaa kehittämisosaamista ja projektien läpivientiä. Paasivaara, Suhonen & Tiirinki (2012, 41) korostavat tulevaisuuden hoitotyön esimiesten projektiosaamisen merkitystä. Hoitotyön kehittäminen vaatii ihmisten johtamistaitoja, hyviä yhteistyö- ja tiimitaitoja sekä kykyä hahmottaa omaa toimintaympäristöä laajempien kokonaisuuksien vaikutusta kehittämistyöhön. Tähän opinnäytetyössä olen saanut arvokasta kokemusta osallistavien menetelmien käytöstä kehittämistyön apuna. Opinnäytetyön tuloksena luotu malli lisää toimiessaan moni ammatillista yhteistyötä ja mahdollistaa laajan vuorovaikutuksen organisaation eri tasojen kesken.

Teoriataustan hankkiminen aiheesta oli erittäin mielenkiintoista. Turvallinen hoito on lähtökohta potilaan hyvään hoitamiseen. Potilasturvallisuuden johtamisen taustalla oleva teoria on kuitenkin pääosin muiden tieteenalojen kuin hoitotieteen tuottamaa. Turvallisuusjohtamisen keskeiset lähteet ja teoriat tulevat teknisten alojen tutkijoilta ja turvallisuuskirittisten organisaatioiden toiminnasta. Turvallisuusjohtaminen terveydenhuollossa sisältää potilasturvallisuuden lisäksi henkilö- kiinteistö- palo- tieto- ja työturvallisuuden johtamista. Tämän opinnäytetyön tekemisen kautta olenkin saanut laajan kuvan terveydenhuollon kokonaisturvallisuuden johtamisesta. Ylemmän ammattikorkeakoulun kompetensseissa esiin nostetaan uuden tiedon tuottaminen eri alojen toimintatapoja ja osaamista hyödyntäen. Mielestäni tässä työssä olen onnistunut yhdistämään niin monipuolisia työtapoja kuin teoriaakin.

Opinnäytetyön 30 opintopisteen laajuus rajoitti laajojen aineistojen mukaan ottamista ja analyysiä. Varsinaisen työkalun eli tässä opinnäytetyössä toimintamallin luomiseen oli varattava resursseja ja aikaa. Toikon & Rantasen (2009, 83) mukaan kehittämisprosessissa joudutaan analysoimaan kehittämissuunnitelmassa luotua tavoitetta ja sitä vastaavako eri toimijoiden käsitykset sitä mitä alun perin on tavoiteltu.

Opinnäytetyöni tekeminen on kestänyt ajallisesti pitkään ja vaatinut pitkäjännitteistä otetta ja yhteistyötä. Työn, perheen ja opiskelujen yhteensovittaminen on kehittänyt organisointitaitojani ja vaatinut priorisointia eri asioiden kesken. Omien rajojen hakeminen ja oman toiminnan arvioiminen on kasvattanut taitojani ihmisenä ja työyhteisön jäsenenä. Ohjausryhmän ja työtoverieni tuki ja kiinnostus on auttanut eteenpäin koko prosessin ajan. Aikataulujen muuttuminen ja ennalta arvaamattomat viivytykset tutkimuslupaprosessissa piden-

sivät opinnäytetyön kestoja suunnitellusta. Opinnäytetyöni ei ollut sidoksissa mihinkään organisaation toiminnan aikatauluun, jolloin suunnitelmien muutos on vaikuttanut vain opintojeni valmistumiseen. Esimiestaitojen kehittämisessä opinnäytetyö on erityisen antoisaa aikaa, sillä kaiken opitun soveltamiseen on kyettävä itse löytämään keinot ja eri tilanteisiin soveltuva tapa.

Nykypäivän muuttuvissa toimintaympäristöissä esimiehen on reagoitava nopeasti kulloisiinkin vaatimuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden muuttuminen tulee asettamaan esimiestyöhön lukuisia haasteita. Vanhat tutut organisaatiot ja toimintamallit lakkaavat olemasta, ja uusien toimintatapojen kehittämiseen vaaditaan ennakoivaa otetta. Potilasturvallisuuden johtamisessa laajojen vaikutusten näkeminen ja organisaation eri toimijoiden täysipainoinen osallistaminen tulevat korostumaan. Esimiehen on kyettävä luomaan työntekijöille olosuhteet, joissa turvallinen hoitaminen on mahdollista ja yksi tärkeimmistä vaatimuksista. Esimerkillä johtaminen on mielestäni tässä keskeisessä roolissa. Jos esimies ei omalla toiminnallaan tuo esille turvallisuuden periaatteellista merkitystä, ei henkilökuntaakaan sitoudu sen toteuttamiseen. Turvallisuuden kautta tapahtuva johtaminen asettaa toiminnalle selkeät raamit, ja prosessit on pakko suunnitella tarkoin ja toimiviksi. Tällöin työn tuottavuus kasvaa ja tavoiteltu lopputulos saavutetaan ilman vaaratapahtumista aiheutuneita komplikaatioita.

5.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kehittämistoiminnassa käytettävät menetelmät voivat olla monimuotoisia ja luotettavuuden arviointi kohdistuu eniten tiedon käyttökelpoisuuteen. Luotettavuutta arvioitaessa tieteellisen luotettavuuden kriteerejä sovelletaan kehittämistoiminnassa käytettyjen tutkimuksellisten asetelmien arviointiin. Laadullisten menetelmien arvioinnissa käytetään vakuuttavuuden käsitettä, jolloin tutkijan on esitettävä aineistonsa ja siihen perustuvat argumentaatiot avoimesti. Tutkijan on voitava vakuuttaa tiedeyhteisö tutkimuksensa pätevydestä. (Toikko & Rantanen 2009, 123.)

Opinnäytetyön kohteena olivat Oulaskangas–Visala–tulosalueen hoitohenkilöstö ja esimiehet. Tarkoituksena oli kehittää HaiPro-järjestelmään tehtyjen potilasturvallisuusilmoitusten hyödyntämiseen toimintamalli esimiesten potilasturvallisuusjohtamisen tueksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota aineiston laatuun, analyysiin ja tulosten esittämiseen (Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Tutkimusaineiston keräämistä ja analysointia tulee kuvata läpinäkyvästi. Esille pitää tuoda myös analyysivaiheen epävarmuustekijät ja johtopäätöksiä heikentävät tekijät. Opinnäytetyön aineiston keruussa käytin avointa kyselyä, jossa tutkimuksen kohteena olivat henkilöstön kokemukset HaiPro ilmoitusten käsittelystä työyksiköissä. Aineiston keruumenetelmänä oli avoin kyselylomake, jossa oli kolme kysymystä. Kysymykset muodostin tutkimuskysymysten ja aikaisemman teorian pohjalta ja esitetasin kyselyn kahdella leikkausosaston sairaanhoitajalla. Kysymysten muotoiluun tein pieniä muutoksia esitestauksen perusteella.

Osastonhoitaja valitsi jokaisella viidellä osastolla kyselyn vastaajat. Valintakriteerinä oli yli vuoden työkokemus Oulaskangas–Visala–tulosalueelta. Kyselyn analysoinnissa käytin soveltaen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analysoin jokaisen kyselyn kysymyksen erikseen, sillä kysymykset pohjautuivat suoraan opinnäytetyön kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen.

Esimiehille suunnatun kehittämistilaisuuden tuottamaa keskustelua aineistoa en nauhoittanut tai analysoinut. Kehittämistilaisuudessa tuotettiin yhteenveto esimiesten yhteistyötahoista HaiPro-ilmoitusten kehittämistoimien suunnittelussa. Kirjasin ylös tilaisuuden aikana ja välittömästi heti tilaisuuden jälkeen keskustelussa esiin nousseita asioita ja kommentteja. Tutkimuspäiväkirjassa pohdin omaa rooliani ja ajatuksia tilaisuuden vetäjänä. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa kokemustieto voidaan rinnastaa tieteellisen tiedon kanssa tasavertaiseksi. Kehittämistoiminnassa tiedon käyttökelpoisuus on keskeistä, kun taas tutkimuksen piirissä tiedon kriteerinä on tutkimusmenetelmien ja tutkimusprosessin luotettavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 156.)

Keskustelulla ja yhteisellä pohtimisella oli myös merkitystä potilasturvallisuuden esiintuomisen ja korostamisen kannalta. Kehittämishankkeiden kautta syntyneet hyvät käytännöt leviävät usein hitaasti käytäntöön ja syynä on pidetty yksipuolista tuloksista tiedottamista. Hyvien käytäntöjen leviäminen edellyttää monipuolisia prosesseja, joissa oppiminen ja oppimisverkostot ovat keskeisessä asemassa. (Toikko & Rantanen 2009, 159.)

Laajemmassa tutkimuksessa olisi voinut käyttää myös esimiesten näkemysten selvittämiseen haastattelua tai kyselyä. Tässä opinnäytteessä pääpaino oli kuitenkin toimintamallin kehittämisellä, jolloin tutkimuksellisten menetelmien käyttö ja laajuus rajautui yhteen ky-

selyyn. Aiheesta olemassa olevat tutkimustieto, siihen vaikuttavat lait ja ohjeet ovat toimintamallin ydin ja lähtökohta. Opinnäytetyön tutkimusosion kautta saatu tieto vahvistaa aiempien tutkimusten tuloksia henkilökunnan kokemuksista. Henkilöstön kuuleminen tuo tähän työhön Oulaskangas–Visala–tulosalueen HaiPro–ilmoitusten käsittelyn arkitodellisuudesta keskeiset kehittämisalueet ja vahvuudet, joita toimintamallilla pyritään selkeyttämään.

Toikon & Rantasen (2009, 124) mukaan kehittämistoiminnassa on keskeistä toimijoiden sitoutuminen kehittämiseen. Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, jossa toimijoiden ja kehittäjien yhteistyö ja roolit vuorottelevat. Kummankin osapuolen sitoutuminen prosessiin vaikuttaa aineistojen, menetelmien ja tulosten luottavuuteen. Oleellista on myös tietämissä vaiheessa toimijat eivät ole osallistuneen aktiivisesti kehittämiseen. Tässä työssä kehittäminen on edennyt vaiheesta toiseen aina yhteistyössä toimijoiden kanssa. Jokaista vaihetta on työstetty taustaorganisaation tarpeet huomioon ottaen, ja kehittäminen on ollut aktiivista.

Opinnäytetyössä käyttämäni lähdekirjallisuuden olen etsinyt Ovid,- CINAHL,- NELLI,- Science direct,- ja Terveysportti- tietokannoista. Olen pyrkinyt käyttämään sekä kotimaisia että ulkomaisia tutkittuja ja mahdollisimman uusia lähteitä. Potilasturvallisuuden tutkimus on kehittynyt nopeasti ja olen pyrkinyt valitsemaan lähteisiini luotettavia ja uusia tutkimuksia.

Konstruktiiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa keskeistä on tulosten sovellettaavuus muihin organisaatioihin. Laajaa hyödynnettävyyttä voidaan pitää kehitetyn työkalun hyödyllisyyden näkökulmasta yhtä tärkeänä kriteerinä kuin työkalun toimivuutta. Onnistuneen työkalun luominen vaatii prosessilta dialogisuutta, täsmällistä tarpeen määrittelyä, osaamisen hyödyntämistä yhdessä tapahtuvaa arvionluontia, konstruktion testaamista ja tutkijan roolin tunnistamista sekä toteuttamista. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281–293). Tämän opinnäytetyön tuloksena luotu malli on siirrettävissä eri toimintayksiköihin soveltaen. Mallin toimivuuden testaus alkaa käyttöönotosta ja jatkuu vaikutusten arviointiin. Mallin käyttöönotto ja arviointi ei sisälly tämän opinnäytetyön raporttiin.

5.4 Opinnäytetyön etiikka

Tutkijan eettinen vastuu on kaiken tieteellisen toiminnan lähtökohta. Eettinen vastuu korostuu niissä tutkimuksissa, jotka kohdistuvat ihmisen henkilökohtaisiin kokemuksiin tutkittavasta ilmiöstä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 256. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset voivat olla uskottavia silloin kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön pohjalta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012,6).

Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, tarkasti ja huolellisesti. Tulokset tulee tallentaa, esittää ja arvioida näistä lähtökohdista. Tutkimuksessa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteereihin perustuvia ja eettisesti hyväksyttäviä tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Tutkimustulosten julkaisun on oltava avointa ja vastuullista tiedeviestintää. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset on otettava huomioon ja heidän julkaisuihinsa on viitattava asianmukaisella tavalla. Toisille tutkijoiden saavutuksille on annettava niille kuuluva arvo. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa, sekä raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Tässä opinnäytetyössä toimintamallin luomisessa käytettiin aineistoina kyselytutkimusta ja esimiehille suunnattu kehittämistilaisuuden yhteenvetoa. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Centria ammattikorkeakoulussa elokuussa 2013. Opinnäytetyöhön myönsi tutkimusluvan tulosalueen ylilääkäri syyskuussa 2013 (LIITE 7).

Henkilöstölle järjestettyyn kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja kyselylomakkeen mukana oli saatekirje yhteystietoineen. Vastauskuoret olivat kaikilla samanlaiset. Vastaukset sekoitin ennen kuorien avaamista varmistaakseni, etten tiedä, mistä palautuslaatikosta kukin vastaus on. Alkuperäisiä vastauksia olen säilyttänyt lukitussa tilassa ja tulen tuhoamaan ne opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyössä käyttämiini alkuperäisilmaisuihin olen valinnut sellaisia vastauksia, joista vastaajan työyksikkö ei ole tunnistettavissa.

Oma työyksikköni ei ollut mukana kyselyssä, sillä olen aiemmin toiminut HaiPro-ilmoitusten käsittelijänä. Kahtalainen roolini tutkijana ja työyhteisön jäsenenä olisi voinut vaikuttaa vastausten sisältöön suhteessa muihin kyselyyn osallistuviin yksiköihin. Tutkimusprosessin aikana en ole osallistunut HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn.

Esimiehille järjestämäni kehittämistilaisuus oli vapaaehtoinen. Keskustelua ja aivorihi-työskentelyä ohjasi tutkimuskysymys. Kaikilla osallistujilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun ja tuoda oma mielipiteensä esiin. Oma roolini kehittämistilaisuudessa oli opinnäytetyön tekijän rooli, mikä poikkeaa normaalista roolistani työyhteisössä. Opinnäytetyön tekijänä pyrin tuomaan keskustelun pohjaksi näkemyksiä teoriaperustasta ja tutkimustuloksista, joita en normaalissa sairaanhoitajan roolissani tulisi esittämään esimiehille. Roolini tutkijana ja sen erottaminen työroolista kehittämistilaisuudessa oli haastavaa, mutta onnistuin mielestäni tuomaan esiin kehittämisen näkökulman ja tavoitteet.

Kehittämistyön tekijän arvolähtökohtien esiin tuominen on tärkeää. Tutkimuseettinen neuvottelukunta, (2012,6) korostaa tutkimuksen sidonnaisuuksien ilmoittamisen tärkeyttä osana tutkimuksen etiikan arviointia. Toikon ja Rantasen (2009,128) mukaan kehittämistoiminnassa on tärkeää tiedostaa, kenen intresseistä kehittäminen ja kehittämistyön arviointi lähtee. Tutkimuksen tulokset ja etenemisen olen pyrkinyt kuvaamaan selkeästi ja avoimesti, jotta lukija voi arvioida tutkimusprosessin luotettavuutta ja eettisyyttä. Aiheen valitsin itse ja lähtökohtani on potilaiden turvallisuuden parantaminen.

5.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämän opinnäytetyön tulokset ovat käytännön kehittämisen näkökulmasta tärkeitä, koska potilasturvallisuus on merkittävässä roolissa kaikkien terveydenhuollon yksiköissä. Esimiesten rooli HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä ja potilasturvallisuuden johtamisessa on merkittävä. Esimiesten asenne ja toiminta vaikuttavat vaaratapahtumista ilmoittamisen aktiivisuuteen. Opinnäytetyön tulosten mukaan HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä on tärkeä huomioida seuraavat asiat:

1. HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn yksiköissä tulee olla säännöllistä, syyllistämätöntä ja avointa. Henkilöstö tulee ottaa mukaan vaaratapahtumien käsittelyyn ja kehittämistoimia tulee pohtia yhdessä.
2. Tietoa saapuneista ilmoituksista tulee jakaa niin osaston sisällä kuin laajemmin organisaatiossa.
3. Esimiesten rooli ja vastuut käsittelyprosessin eri vaiheissa tulee olla määritellyt.

4. Esimiesten tulee toimia yhteistyössä organisaation eri tahojen kanssa vaaratapahtumien käsittelyprosessissa ja kehittämistoimien toteuttamisessa. Hyviä käytäntöjä tulee jakaa organisaatiossa.

5. Käyttämällä tässä työssä luotua toimintamallia eri terveydenhuollon yksiköissä voidaan potilasturvallisuutta johtaa tehokkaasti ja vaaratapahtumailmoitusten kautta saatavaa tietoa hyödyntää laajasti.

Tulevaisuudessa tulisi tutkia HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä -toimintamallin toimivuutta ja hyötyä käytännössä esimiesten kokemana sekä kehittää mallia kokemusten perusteella. Mallin kehittäminen kuuluu potilasturvallisuusvastaavien toimenkuvaan. Esimiestyöhön sisältyvä turvallisuusjohtamisosaamista ja sen haasteita tulisi selvittää esimiesten ja ylemmän johdon näkökulmista.

Henkilökunnan kokemuksia HaiPro–vaaratapahtumailmoitusten käsittelytilanteista ja kehittämishaasteita tulisi tutkia toimintamallin käyttöönoton jälkeen. Henkilökunnan kokemusten perusteella käsittelyn menetelmiä ja toimintamallia voidaan parantaa ja tarkentaa. Lisäksi tulisi analysoida onko toimintamallilla vaikutusta HaiPro ilmoitusten käsittelyaikoihin ja kehittämistoimien määrään.

LÄHTEET

- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. 2. painos. Hamina: Akatiimi Oy
- Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen, toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma, ylempi AMK. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Clarke, J., Lerner, J. & Marella, W. 2007. The role for leaders of health care organizations in patient safety. American journal of medical quality. 2007/22. 311–318. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875751/pdf/hesr0045-0607.pdf>. Luettu 22.2.2014.
- European Union Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. 9.6.2009. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/key_documents/index_en.htm. Luettu 26.3.2013.
- Ginsburg, L., Chuang, Y-T., Berta, W. Norton, P., Ng, P. Tregunno, D. & Richardson, J. 2010. The relationship between organizational leadership for safety and learning from patient safety events. Health services research 45/3. 607–632. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875751/pdf/hesr0045-0607.pdf>. Luettu 20.2.2014.
- HaiPro. 2013. terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Www-dokumentti. Päivitetty 3.3.2013. Saatavissa: <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx> Luettu: 13.3.2013
- Hassinen, J. 2008. Ideointityökalupakki, ideointimenetelmiä ja työkaluja ideanikkareille. Partus Oy
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15–16 painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmström, A-R., Airaksinen, M., Weiss, M., Wuliji, T., Xuan, H. & Laaksonen, R. 2012. National and local medication error reporting systems- a survey of practices in 16 countries. Journal of patient safety. Vol 8/4.
- Hämäläinen, S. 2013. HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset lääke- ja nestehoidossa KSSHP:n päivystys- ja infektio-osastolla. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/handle/10024/2074/browse?value=H%C3%A4m%C3%A4l%C3%A4inen%2C+Sini&type=author>. Luettu 4.12.2013.
- Härkönen, M. 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toinen uudistettu painos. Helsinki: WSOY

- Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen lääkäri-lehti 2010/65, 1123–1127.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2011. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 2. painos. Helsinki: WSOY pro.
- Kinnunen, M. Aaltonen, L-M & Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Aaltonen L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki : Duodecim, 257-273.
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Liiketaloustiede 94. Johtaminen ja organisaatiot. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Pdf-tiedosto. Saatavissa: www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf. Luettu 23.5.2013.
- Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Helsinki: THL.
- Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.valvira.fi/files/tiedostot/l/h/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf. Luettu: 13.3.2013.
- Kuisma, P. 2010. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.tampere.fi/material/attachments/t/5xDwInBPb/D_4,terveydenhuollon_vaaratapahtumailmoitukset.pdf . Luettu 13.13.2013.
- Lanne, M. 2007. Yhteistyö yritysturvallisuuden hallinnassa. Tutkimus sisäisen yhteistyön tarpeesta ja roolista suurten organisaatioiden turvallisuustoiminnassa. VTT julkaisuja 632 Espoo: VTT
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadullisen tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS bookwell OY, 21–43.
- Levä, K. 2003. Turvallisuusjohtamisjärjestelmien toimivuus, vahvuudet ja kehittämishaasteet suuronnettomuusvaarallisissa laitoksissa. Tukes. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.tukes.fi/fi/Palvelut/Tukes-julkaisut>. Luettu 27.2.2013
- Macchi, L., Pietikäinen, E., Reiman, T. & Ruuhilehto, K. 2011. Patient safety management, available models and systems. VTT työpapereita 169. Espoo: VTT
- Mattila, K. 2013. Potilasturvallisuuden mittarit. Teoksessa Aaltonen L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki : Duodecim, 375-386.
- McLoughlin, V., Millar, J., Mattke, S., Franca, M., Jonsson, P., Somekh, D. & Bates, D. 2006. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECE countries. International journal of Quality in health care. September 2006. 14-20.

Niemi, A. 2006. Röntgenhoitajien turvallisuuskulttuuri säteilyn lääketieteellisessä käytössä, kulttuurinen näkökulma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2008. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY Pro.

Oulaskangas–Visala–tulosalueen HaiPro ilmoitusten käsittelyohje 2009.

Oulaskangas–Visala–tulosalueen toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2013–2015.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Tiirinki, H. 2012. Hoitotyön johtajien kokemuksellinen tieto kehittämistyössä. Tutkiva hoitotyö. 10/3, 41–42.

Palukka, P. 2010. Tuottavuuden ja turvallisuuden ristiriita johtamisessa. Työelämän tutkimuspäivien konferenssijulkaisu 1/2010. Tampere: Tampereen yliopisto, 160-169.

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisessä terveydenhuollossa. VTT tiedotteita 2456. Espoo: VTT.

Pietikäinen, E. Heikkilä, J & Reiman, T (toim.) 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. Espoo: VTT

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin internetsivut 2013. Www-dokumentti. Saatavissa: [Www.ppsshp.fi](http://www.ppsshp.fi). Luettu 15.4.2013.

Potilasturvallisuusopas 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 15. Helsinki: THL

Pronovost, P., Holzmüller, C., Young, J., Whitney, P., Wu, A., Thompson, D., Lubomski, L. & Morlock, L. 2007. Using incident reporting to improve patient safety: a conceptual model. Journal of patient safety. Vol 3 2007/1 27-33. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://ovidsp.tx.ovid.com/sp3.11.0a/ovidweb.cgi?&S=LKOKFPBNEJDDIPINNCMKEEGCAMJCAA00&Link+Set=jb.search.31%7c7%7csl_10.

Luettu 20.2.2014.

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

Ruuhilehto, K. 2008. Virheilmoitusten käsittely, esimiesten vaativa rooli. Premissi 2008/3, 39–42.

Ruuhilehto, K. 2009. Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin, hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 147–171.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro–millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2011/ 127, 1033–1040.

Sarste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Sosiaali – ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro gradu –tutkielma. Kuopion Yliopisto.

- Simola, A. 2005. Turvallisuuden johtaminen esimiestyönä. Teknillinen tiedekunta. Väitös-kirja. Oulun yliopisto. Oulu: Oulu University press.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3 2. korjattu painos. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täyttöönpäntä laadittavasta suunnitelmasta. 2011. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus. Luettu 20.2.2014.
- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2007. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanasto. Stakesin työpapereita 28. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Pdf-tiedosto. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>. Luettu 25.3.2013.
- Taatala, N. 2009. Potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien raportoinnin kehittämisen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Materiaalitekniikan koulutusohjelma. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto.
- Terveysturvallisuuslaki 30.12.2010/1326.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Kolmas korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kahdeksas uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, hyvä tieteellinen käytäntö. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Luettu 20.3.2014
- Työsuojeluhallinto 2013. Turvallisuusjohtaminen Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/fi/turvallisuusjohtaminen>. Luettu 28.5.2013.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.
- Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetelmien kentässä. Teoksessa: Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.
- Vanhasasi-Huida, S. 2008. Vaaratapahtumien raportointi osastonhoitajien arvioimana. Yhteiskuntatieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Virolainen, J. 2012. Potilasturvallisuustutkimus Suomessa: kartoituskysely 2010. Farmasian tiedekunta. Pro gradu- tutkielma. Helsingin yliopisto.
- WHO 2005. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting_and_learning/en/index.html. Luettu 12.2.2014

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto.

HAIPRO ILMOITUSTEN KÄSITTELY TYÖYKSIKÖISSÄ

Kirjoita vastaus kysymyksen alla olevaan tyhjään tilaan

1. Millaisia kokemuksia sinulla on HaiPro- ilmoitusten käsittelytilanteista omassa työyksikössäsi?

2. Millaisia vaikutuksia ilmoitusten käsittelyllä on ollut potilasturvallisuuteen?

4. Miten HaiPro ilmoitusten käsittelyä tulisi mielestäsi kehittää?

Hei!

Opiskelen Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Centria- ammattikorkeakoulussa. Opintoihini liittyvän opinnäytetyön teen HaiPro ilmoitusten käsittelystä. Tarkoitukseni on luoda yhtenäinen HaiPro ilmoitusten käsittelymalli esimiesten työn avuksi Oulaskangas-Visalan tulosalueelle. Tällä kyselyllä haen tietoa HaiPro ilmoitusten täyttäjien kokemuksista. Saatua tietoa käytetään esimiehille järjestettävässä kehittämistilaisuudessa materiaalina sekä käsittelymallin luomisessa. Kyselyyn vastaaminen on nimetöntä ja vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja niin, ettei vastaajan henkilöllisyys tai työyksikkö ole tunnistettavissa. Opinnäytetyön valmistuttua hävitän vastaukset asianmukaisesti. Opinnäytetyö valmistuu vuoden 2014 alussa ja on saatavissa sähköisesti Theseus tietokannasta ja painettuna Centria- ammattikorkeakoulun koulutuskirjastosta.

Kehittämistyön ohjausryhmässä toimivat Oulaskangas- Visalan tulosalueen ylihoitaja Eija Hukkanen, laatupäällikkö Päivi Saari ja opetuskoordinaattori Päivi Kaski. Ohjaavana opettajana toimii yliopettaja Annukka Kukkola.

Voit palauttaa vastauksen kyselyn mukana olevassa vastauskirjekuoressa osastolla olevaan palautuslaatikkoon 25.10.2013 mennessä.

Kiitos etukäteen vastauksista!

Vastaan mielelläni kysymyksiin kyselyä ja opinnäytettäni koskien sähköpostilla tai puhelimitse

Yhteistyöterveisin

Anu Niemi-Himanka

Tutkimus- kysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on HaiPro järjestelmään tehtyjen potilasturvallisuusilmoitusten käsittelystä työyksiköissä?	<p>”Käydään osastotunnilla porukalla läpi”</p> <p>”Hyvin käsitellään kaikki osastokokouksissa ja mietitään parannusehdotuksia”</p> <p>”Toiminut hyvin, käsitelty asiallisesti porukalla”</p> <p>”On hyvä, että ei etsitä syyllisiä, vaan asiat käsitellään asioina”</p> <p>”On hyvä, että epäkohdista puhutaan”</p> <p>”Porukalla mietitty parannus/ kehitysehdotuksia”</p> <p>”Mietitään tilanne kokonaisuudessaan”</p> <p>”Ilmoituksia on käyty yhdessä läpi osastotunneilla, todettu millaisia on sattunut, ja miten toimittu ko. tilanteessa”</p>	<p>Käsitellään yhdessä osastokokouksissa</p> <p>Käsitellään kaikki ilmoitukset osastokokouksissa</p> <p>Asianmukainen käsittely</p> <p>Ei etsitä syyllisiä</p> <p>Asioiden käsittely asioina</p> <p>Epäkohdista puhuminen</p> <p>Parannusehdotusten miettiminen yhdessä</p> <p>Tapahtuneen miettiminen kokonaisuutena</p> <p>Yhteinen keskustelu</p>	<p>Säännöllinen käsittely osastokokouksissa</p> <p>Syyllistämätön käsittely</p> <p>Avoin keskustelu</p>	<p>Asianmukainen käsittelytapa</p>	<p>Yhtenäinen toimintalinja puutuu</p>
	<p>”Haiproja käsitellään meillä hyvin harvoin osastotunneilla”</p> <p>”Vakavimmat” tapaukset käsitellään yhdessä henkilökunnan kanssa”</p> <p>”Osastokokouksiin pääsee vain pieni osa henkilökunnasta vuorotyön takia ”</p> <p>”Haiprot on vain luettu läpi osastotunneilla”</p> <p>”Käsitellään osastokokouksissa, eikä aikaa tahdo olla riittävästi”</p> <p>”Häiritseviä tekijöitä kiire, os. kokouksissa paljon asiaa”</p> <p>”Suurin osa Haipro ilmoituksista jää esimiesten tietoon”</p> <p>”Useimmiten en ole tiennyt onko Haipron tekemisen jälkeen asia edennyt.”</p> <p>”Jos ilmoitus koskee esimiesten työskentelyä, asiaa ei olla käyty läpi.</p>	<p>Ilmoituksia käsitellään harvoin osastokokouksissa</p> <p>Vain vakavimmat tapaukset käsitellään yhdessä</p> <p>Vuorotyö vaikeuttaa osallistumista</p> <p>Luetaan läpi osastokokouksissa</p> <p>Käsittely jää puutteelliseksi</p> <p>Ajan puute osastokokouksissa</p> <p>Ilmoitukset jäävät esimiesten tietoon</p> <p>Asian etenemisestä ei tiedoteta</p> <p>Esimiehiä koskevia ilmoituksia ei käsitellä</p>	<p>Epäsäännöllinen käsittely</p> <p>Käsittelyyn käytettävän ajan puute</p> <p>Tietoa ei tuoda henkilöstön tasolle</p>	<p>Puutteet käsitteilytavassa</p>	

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka	Yhdistävä luokka
Millaisia vaikutuksia ilmoitusten käsittelyllä on ollut potilasturvallisuuteen?	<p>”Potilasturvallisuuteen on kiinnitetty huomioita”</p> <p>”Potilasturvallisuus on HaiProjen myötä parantunut”</p> <p>”Ainakin niistä turvallisuusasioista on puhuttu, turvallisuustietoisuus on lisääntynyt”</p> <p>”Käsittely pistää jokaisen ajattelemaan ja pohtimaan asioita ennakoivasti”</p> <p>”Pyritään ennakoimaan potilaan turvallisuus”</p>	<p>Potilasturvallisuuden huomioiminen</p> <p>Potilasturvallisuus on parantunut</p> <p>Turvallisuusasioista on puhuttu</p> <p>Turvallisuustietoisuus on lisääntynyt</p> <p>Tilanteista on otettu opiksi</p> <p>Keskusteltu tilanteiden ennaltaehkäisemisestä</p> <p>Potilasturvallisuuden ennakointi</p>	<p>Potilasturvallisuuden parantuminen</p> <p>Turvallisuustietoisuuden lisääntyminen</p> <p>Potilasturvallisuusriskien ennakointi</p>	<p>Organisaation tasolla näkyvät vaikutukset</p>	Monitasoiset vaikutukset
	<p>”Lääkkeissä kaksinkertainen tarkistus”</p> <p>”Potilaan siirtyessä jatkohoitoon lääkelistojen tarkistus, täsmäkö kirjoitetun epikriisin kanssa”</p> <p>” Joitakin toimintatapoja on uudistettu”</p> <p>” Asioille on mietitty parannusehdotuksia ja otettu käyttöönkin uusia käytäntöjä tai toimintatapoja”</p> <p>” Muutetaan asiaa, tapoja mitä nyt sitten koskevatkin”</p> <p>” Potilasranneke on tullut käyttöön lähes 100% sti”</p> <p>”Oikea potilas, oikea näyte”</p> <p>” Hankittu tarvittaessa lisää turvallisuutta lisäävää materiaalia osastolle”</p> <p>”Ei minkäänlaisia”</p> <p>”Läheskään kaikkiin asioihin ei voida vaikuttaa”</p> <p>”Tosin tilanteet ovat olleet sellaisia että on keskusteltu muutenkin ”</p>	<p>Lääkkeiden kaksoistarkistus</p> <p>Läkelistojen tarkistus</p> <p>Toimintatapojen uudistaminen</p> <p>Uusien käytäntöjen käyttöönotto</p> <p>Potilasrannekkeiden käyttö on lisääntynyt</p> <p>Potilaan henkilöllisyyden tarkistaminen</p> <p>Turvallisuutta lisäävän materiaalin hankinta</p> <p>Ei vaikutusta</p> <p>Kaikkiin asioihin ei voi vaikuttaa</p> <p>Tilanteista on keskusteltu muutenkin</p>	<p>Lääkehoidon turvallisuutta lisäävät vaikutukset</p> <p>Toiminnan uudistaminen ja kehittäminen</p> <p>Potilaan hoitoon liittyvät vaikutukset</p> <p>Ei koeta suoraan vaikuttavaksi</p>	<p>Käytännön potilastyössä näkyvät vaikutukset</p>	

Tutkimuskysymys	Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Miten ilmoitusten käsitteilyä ja raportointia yksiköissä tulee kehittää?	<p>”Joskus yhteisiä palavereita eri yksiköiden kesken HaiPro ilmoituksista”</p> <p>”Niihin pitäisi yhdessä perehtyä paremmin”</p> <p>”Kaikki kun yhdessä pohtii, niin asia tulee jokaisen tietoon”</p> <p>”Olisi hyvä jos joka HaiPro tulisi kaikkien yksikössä työskentelevien tietoon”</p>	<p>Yhteistyöpalaverit ilmoituksista</p> <p>Yhdessä perehtyminen</p> <p>Yhteinen pohtiminen</p> <p>Kaikkien tietoon saattaminen</p>	<p>Yhteistyö hoitoprosessissa</p> <p>Henkilöstön osallistaminen</p>	<p>Monialainen yhteistyö</p>	<p>Yhtenäinen toimintamalli</p>
	<p>”Voisiko erikseen joskus pitää HaiProjen käsittelykokouksen”</p> <p>”Haipro ilmoitukset olisi hyvä käsitellä tiheämmällä aikavälillä, esim. 2 viikon välein”</p> <p>”Mahdollisimman pian käsitellä HaiProt niiden teon jälkeen ettei ne venyisi kuukausien päähän”</p> <p>”Turhat HaiProt pois- joissakin tapauksissa HaiPro tehty turhaan, kun asian voisi suoraa käydä läpi esimiehen kanssa”</p> <p>HaiProt olisi hyvä tehdä asiasta, ei mennä henkilökohtaisuuksiin”</p> <p>”Pitäisi enemmän miettiä ratkaisuja haittapahantumien ehkäisyyn”</p> <p>”Keskityttäisiin enemmän tekemään tarvittavat muutokset”</p> <p>”HaiProhan voi uusiutua samasta syystä jos ei ole puututtu syyhyn”</p> <p>”Joka HaiProon pitäisi esimiesten reagoida jotenkin”</p> <p>”Esimiestasolta enemmän kannanottoa”</p>	<p>Erillinen käsittelykokous</p> <p>Tiheämpi käsittelyaikataulu</p> <p>Käsittelyn ajankohtaisuus</p> <p>Turhien ilmoitusten vähentäminen</p> <p>Ilmoitusten asiallisuus</p> <p>Ratkaisujen etsiminen</p> <p>Muutosten täyttöönpäätös</p> <p>Syihin puuttuminen</p> <p>Esimiesten reagointi</p> <p>Esimiesten kannanotot</p>	<p>Aikataulut</p> <p>Asialliset ilmoitukset</p> <p>Ilmoitusten jatkotoimenpiteet</p> <p>Esimiesten rooli</p>	<p>Selkeät ohjeet ja vastuut</p>	

HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä

Lähiesimies käsittelee säännöllisesti HaiPro- ilmoitukset henkilökunnan kanssa osastokokouksissa kuukausittain

Lähiesimiehet tekevät yhteistyötä kehittämistoimenpiteissä ilmoituksiin liittyvien osapuolten kesken

Vastuu kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta ja kirjaamisesta on lähiesimiehellä

Käsittely tapahtuu syyllistämättömästi ja keskustelua käydään avoimesti

Ilmoitusta käsittelevä esimies määrittelee yhteistyötahot hoitoprosessissa ja huolehtii eri osapuolien mukaan ottamisesta kehittämiseen

Esimies pitää tehdyistä kehittämistoimista puolivuositain koosteen osastokokouksessa

Henkilöstö otetaan mukaan kehittämissideiden pohtimiseen, vastuuhoitajien ja tiimin osaamista hyödynnetään

Potilasturvallisuuden kehittämistoimenpiteissä yhteistyötä tehdään myös tukipalvelujen ja ulkoisten toimijoiden kanssa

Esimies laatii koosteen tehdyistä kehittämistoimenpiteistä potilasturvallisuus uutiset – julkaisuun kaksi kertaa vuodessa

Tietoa kehittämistoimista tuodaan henkilöstön tasolle ilmoitustaululla, sähköpostilla ja osastokokouksissa

Potilaalle tapahtunut haittatapahtuma käsitellään yhdessä osastonlääkärin kanssa

Esimiehet osallistuvat puolivuositain potilasturvallisuuskehittämistilaisuuteen

Potilasturvallisuuden kehittäminen on jatkuva prosessi jota arvioidaan. Tapahtuneesta otetaan opiksi koko organisaatiossa

Potilasturvallisuusvastaavien rooli

Potilasturvallisuus uutisten julkaisu 2 kertaa vuodessa viikkotiedotteen liitteenä
 Potilasturvallisuus kehittämistilaisuuksien järjestäminen 2 kertaa vuodessa

