



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Susanna Näätänen

Vaaratapahtumista oppiminen edistää potilas- ja asiakasturvallisuutta

Kehittämistyö vaaratapahtumaraportoinnin ja kehittävien
toimenpiteiden jalkauttamiseen Pohjola Sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Röntgenhoitaja (ylempi AMK)

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja palveluiden kehittäminen

Opinnäytetyö

27.4.2021

Tekijä Otsikko	Susanna Näätänen Vaaratapahtumista oppiminen edistää potilas- ja asiakasturvallisuutta
Sivumäärä Aika	48 sivua + 5 liitettä 27.4.2021
Tutkinto	Röntgenhoitaja ylempi AMK
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysalan palvelujen ja liiketoiminnan johtaminen
Ohjaajat	Lehtori Leena Hannula Palvelujohtaja Päivi Salo
<p>Suomessa vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki ja kansalliset potilasturvallisuusstrategiat 2013–2017 ja 2017–2021 korostavat potilasturvallisuuden tärkeyttä laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutuksessa. Vaaratapahtumat ovat aina mahdollisia, vaikka henkilökunta olisi kuinka ammattitaitoista. Vapaaehtoisuuteen perustuva raportointijärjestelmä on tärkeä menetelmä riskien tunnistamisessa, potilasturvallisuuden kehittämässä ja hoidon laadun parantamisessa. Raportointijärjestelmä mahdollistaa organisaatiossa tiedon jakamisen systemaattisesti, minkä vuoksi sen avulla voidaan ennaltaehkäistä jo tapahtuneiden poikkeamien toistumista sairaaloissa. Helsingin Pohjola Sairaalassa haluttiin yhtenäistää vaaratapahtumien kehittävien toimenpiteiden toteuttamista käytännössä. Tämän opinnäytetyön tavoite oli auttaa kehittämään Pohjola Sairaalan vaaratapahtumien käsittelyprosessia ja edistää sen toteutumista käytännössä.</p> <p>Kehittämistyö pohjautui tutkimukselliseen tietoon Helsingin Pohjola Sairaalan henkilökunnan kokemuk- sista vaaratapahtumaraportoinnista. Tutkimusaineisto kerättiin kahdella fokusryhmähaastattelulla, johon osallistui yhteensä seitsemän haastateltavaa henkilökunnasta. Aineistot analysoitiin sisällön analyysillä. Aineistosta muodostui vastaukset tutkimuskysymyksiin sekä tukimateriaali esimiesten työpajatyöskentelyyn, jossa nykyistä vaaratapahtumaraportointia kehitettiin.</p> <p>Fokusryhmähaastattelun tulosten mukaan Helsingin Pohjola Sairaalassa vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista edistää säännöllinen vaaratapahtumien käsittely, helppokäyttöinen raportointijärjestelmä, rakentavan palautteen saanti tehdystä ilmoituksesta sekä perehdytys ja kannustus raportointiin. Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista estäviksi tekijöiksi koetaan omalla nimellä raportointi, syyllistäminen, vähäinen raportointiaktiivisuus, kehittävien toimenpiteiden vähyyys sekä perehdytyksen ja motivaation puute. Kehittävien toimenpiteiden onnistuneeseen jalkauttamiseen liitetään vahvasti henkilökunnan osallistaminen sekä hyvä viestintä ja yhteistyö raportointiprosessin eri vaiheissa, kuten yhdessä ratkaisun kehittäminen tarvittavaan toimenpiteeseen. Vaaratapahtumien käsittely harvoin tai pintapuolisesti sekä vaaratapahtumiin liittyvä vähäinen kommunikaatio tiimien ja esimiesten välillä koetaan estävän tiedonkulkua, kuten kehittävän toimenpiteen käytännön toimivuuden arviointia.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena syntyi käytännön ideoita, miten kehittävät toimenpiteet saadaan jalkautettua käytäntöön. Yksi toimintatapa on jatkossa lisätä vaaratapahtumien kuukausikoonti tiimin nähtäville Teams -ryhmään. Jokainen voi lukea tapahtumat ja ideoita kehittävän toimenpiteen toteutukseen ratkaisua, jotka käsitellään yhdessä säännöllisesti tiimipalaverissa. Tutkimustulokset olivat yhteneväisiä terveydenhuoltoalan kirjallisuudesta mainittuihin seikkoihin raportointia mahdollistavista ja estävistä tekijöistä. Tämän vuoksi tuloksia voidaan hyödyntää muissa Pohjola Sairaaloissa tai terveydenhuoltoalan toimipisteissä, joissa suunnitellaan samantyyppistä vaaratapahtumaraportoinnin kehittämishanketta. Teams -alustan hyödyntäminen auttaa lisäämään avoimuutta ja yhteistyötä kehittävän toimenpiteen ideoinnissa ja jalkautamisessa edistäen turvallista ja vaikuttavaa hoitoa. Kehittämistehtävänä laadittiin kirjallinen ohje vaaratapahtumaraportointiin. Vaaratapahtuman kirjallinen ohje auttaa jatkossa Pohjola Sairaalan henkilökuntaa perehtymään vaaratapahtumaraportointiin.</p>	
Avainsanat	potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, vaaratapahtumaraportointi

Author Title	Susanna Näätänen Learning from Incident Reports Improves Patient and Customer Safety in Finland
Number of Pages Date	48 pages + 5 appendices 27 April 2021
Degree	Master`s Degree Programme in Social and Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Service and Business Management in Health Care and Social Services
Instructors	Leena Hannula, Senior Lecturer Päivi Salo, Service Manager
<p>According to the Finnish Health Care Act and National Customer and Patient Safety Strategy (2013–2017 and 2017–2021), improving patient safety is an important part at carrying out high-quality and safe healthcare. Accidents are always possible, no matter how skilled the staff is. A voluntary reporting system is an important method for identifying risks and improving patient safety and quality of care. The reporting system enables the organization to share information quickly and systematically, which is why it can be used to prevent the recurrence of abnormalities that have already occurred in hospitals. At Pohjola Hospital in Helsinki, Finland, the aim was to harmonize the implementation of developing procedures. The purpose of this master's thesis was to help develop Pohjola Hospital's incident handling process and to promote its implementation in practice.</p> <p>This development work was based on research data on Helsinki Pohjola Hospital staff's experiences of incident reporting. Data for this study were collected through two focus group interviews, which were attended by a total of seven interviewees from the staff. The data were analyzed by the methods of content analysis. The material consisted of answers to research questions and material for supervisors' workshop, in which the current incident reporting was developed by using a brainstorming method.</p> <p>According to the results of the focus group interviews at Helsinki Pohjola Hospital, incident reporting and learning from it is promoted by regular incident handling, an easy-to-use reporting system, receiving constructive feedback on the reports, and familiarization and encouragement with reporting. Reporting by using own name, fear of blaming, low reporting activity, rarely processing reports, lack of developing procedures, and lack of familiarization and motivation were perceived as barriers to incident reporting and learning from it. The successful implementation of the development procedures was strongly linked to the involvement of staff and good communication and co-operation thought-out of the reporting process, such as taking part in developing a solution for the required further procedures. The handling of incidents infrequently or superficially as well as the minor communication related to incidents between teams and supervisors, were pointed out to hinder the flow of information, such as assessing the practical effectiveness of the development procedures. The development work resulted practical ideas of implementing development procedures in practice. The team leader adds the monthly incident assembly on the Teams' group. Everyone can read the events and come up with a solution for the implementation of the developmental procedure, which will be discussed together in regular team meetings.</p> <p>The research results may be used in the other Pohjola Hospitals or elsewhere in the healthcare sector in similar development projects of the incident reporting method because the research results are consistent with the factors that enable and prevent reporting in the healthcare literature. In the future, the written instructions for an incident handling will help to familiarize Pohjola Hospital staff with patient safety and incident reporting, when the entire reporting process is presented in one page. Utilizing the Teams platform will help increase transparency and collaboration in the implementation of a developmental procedures.</p>	
Keywords	patient safety, incident report, incident reporting

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilasturvallisuustyön lähtökohdat	2
2.1	Potilasturvallisuustyön käsitteet	2
2.2	Potilas- ja asiakasturvallisuus sekä turvallisuuskulttuuri	4
2.3	Hoitovirheet ja hoidon laatu terveydenhuollossa	6
2.4	Potilasturvallisuustyö 2000-luvulla	8
2.5	Raportointimenetelmät terveydenhuollossa	11
2.6	Potilasturvallisuuden johtaminen	16
2.7	Tiedonhaku	18
2.8	Aiemmat tutkimukset vaaratapahtumaraportointimenetelmästä	19
3	Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	20
4	Kohdeorganisaation kuvaus	21
4.1	Helsingin Pohjola Sairaala	21
4.2	Vaaratapahtumien käsittelyprosessi	21
5	Kehittämistyön eteneminen ja käytetyt menetelmät	24
5.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet	24
5.2	Menetelmävalinnat kehittämistyölle	25
5.2.1	Fokusryhmähaastattelu laadullisena tutkimusmenetelmänä	26
5.2.2	Aivoriihityöskentely kehittämistyön menetelmänä	26
6	Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen	27
6.1	Aineiston keruu	27
6.2	Laadullisen aineiston käsittely ja analysointi	29
6.3	Aivoriihityöskentelyn kuvaus	31
7	Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset	32
7.1	Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista edistävät tekijät	32
7.2	Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista estävät tekijät	34
7.3	Kehittävien toimenpiteiden toteutusta edistävät tekijät	36
7.4	Kehittävien toimenpiteiden toteutusta estävät tekijät	37
7.5	Aivoriihityöskentelyn tulokset	40
8	Pohdinta	41
8.1	Tutkimus- ja kehittämisaiheen valinta ja toteutus	41

8.2	Tulosten tarkastelu	42
8.3	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	44
8.4	Eettisyyden tarkastelu	46
8.5	Johtopäätökset	47
8.6	Kehittämistyön arvioiminen ja tulosten hyödyntäminen	47
8.7	Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset	48
	Lähteet	50
	Liitteet	
	Liite 1. Fokusryhmähaastattelun tutkimussuositus ja suostumuslomake	
	Liite 2. Teemahaastattelurunko	
	Liite 3. Kansainvälinen potilasturvallisuuspäivä -posteri	
	Liite 4. Tutkimusartikkelit vaaratapahtumaraportoinnista ja virheistä oppimisesta	
	Liite 5. Vaaratapahtumaraportointi -one pager	

1 Johdanto

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan mitä tahansa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006). Organisaatioissa tapahtuvat virheet ovat vaikeasti ennustettavissa ja kontrolloitavissa, koska niitä tapahtuu niin harvoin (Reason 2016: 1). Turvallisuuteen panostavalla organisaatiolla on selkeät menettelytavat potilasturvallisuutta vaarantavien poikkeamien raportointia, seuranta ja käsittelyä varten. Vaaratapahtumaraportoinnin tavoitteena on hoidon laadun ja turvallisuuden parantaminen. Haittatapahtumista ja läheltä piti –tilanteista kertynyt tieto tulisi hyödyntää tähän toiminnan kehittämiseen. Koska terveyden- ja sairaanhoito on monisyistä ja vaativaa, vaaratapahtumat ovat aina mahdollisia, vaikka henkilökunta olisi kuinka ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta. (STM 2009: 11, 17.)

Potilasturvallisuus on ollut 2000-luvulla kansainvälisen huomion ja kehittämisen kohteena terveydenhuollon alalla. WHO:n yleiskokouksen päätelausemassa (2002) kehoitetaan jäsenvaltioita potilasturvallisuustyöhön perustaen lauselman sen hyötyihin hoidon laadun vaarantamisen estämiseksi ja terveydenhuoltoon kohdistuvien kustannusten pienentämiseksi. Pohjautuen WHO:n päätöslauselmaan Euroopan Unionin neuvosto suosittelee jäsenvaltioilleen laatimaan sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimisjärjestelmä käyttöönsä (EU 2009). Raportoinnin perusmääritysten tulee olla yhteensopivia kansallisen strategian sekä EU:n ja WHO:n määritysten kanssa, vaikka se voidaan toteuttaa erilaisin menettelyin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Suomessa julkaistiin ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013, jota seurasi uudistettu painos vuosille 2017–2021. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian toimintaohjelmassa hoidon laatua sekä potilas- ja asiakasturvallisuutta käsitellään neljästä näkökulmasta, jotka ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Sen edistäminen tulisi rakentua hyvien toimintatapojen ympärille riskien arvioinnissa ja hallinnassa, jotka tulee olla kuvattu organisaation laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa tai omavalvontasuunnitelmassa. (STM 2009: 12; STM 2010: 15; STM 2017: 13, 15).

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin yhteistyössä Helsingin Pohjola Sairaalan kanssa. Opinnäytetyön aihe nousi työelämän tarpeesta, jossa haluttiin yhtenäistää

vaaratapahtumaraportoinnista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutusta potilasturvallisuuden edistämiseksi Pohjola Sairaaloissa. Tämän opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tietoa vaaratapahtumien käsittelyprosessin kehittämisen tueksi. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuus selvitti henkilökunnalta kokemuksia vaaratapahtumaraportoinnista ja niistä koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutuksesta. Opinnäytetyön tulosten avulla kehitettiin Pohjola Sairaalan vaaratapahtumien käsittelyprosessia edistään sen toteuttamista käytännössä.

2 Potilasturvallisuustyön lähtökohdat

Tässä luvussa käsitellään potilasturvallisuustyön sanastoa, potilas- ja asiakasturvallisuutta sekä organisaation turvallisuuskulttuuria, terveydenhuollon laatua ja hoitovirheitä, vaaratapahtumien raportointimenetelmää keinona estää virheiden toistuminen sekä potilasturvallisuustyön kehitystä 2000-luvulla. Potilasturvallisuustyöhön liittyvät termit on määritelty pääosin suomenkielisestä potilas- ja lääkehoidon sanastosta.

2.1 Potilasturvallisuustyön käsitteet

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto julkaisivat vuonna 2006 Suomen ensimmäisen potilas- ja lääkehoidon sanaston, joka tukee vaaratapahtumien raportointijärjestelmän suunnittelua ja toteutusta. Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2009 vastaavanlaisen sanaston kuvaamaan potilasturvallisuuteen liittyviä käsitteitä. WHO:n sanaston tapaan suomalainenkin sanasto tulee päivittymään sitä mukaan kuin terminologia vakiintuu. (WHO 2009; Kinnunen – Peltomaa 2009: 37.)

Haittatapahtuma (Adverse event, AE) tarkoittaa vaaratapahtumaa, joka aiheuttaa haittaa potilaalle (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006: 7).

Läheltä piti -tapahtuma (Near Miss) on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin välttämään ajoissa. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006: 6.)

Poikkeama (nonconformity, error) tarkoittaa mitä tahansa suunnitellusta poikkeavaa tapahtumaa terveydenhuollon tuotteissa, toimintatavoissa, ympäristössä tai järjestelmissä.

Poikkeama voi johtaa vaaratapahtumaan. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006: 6.)

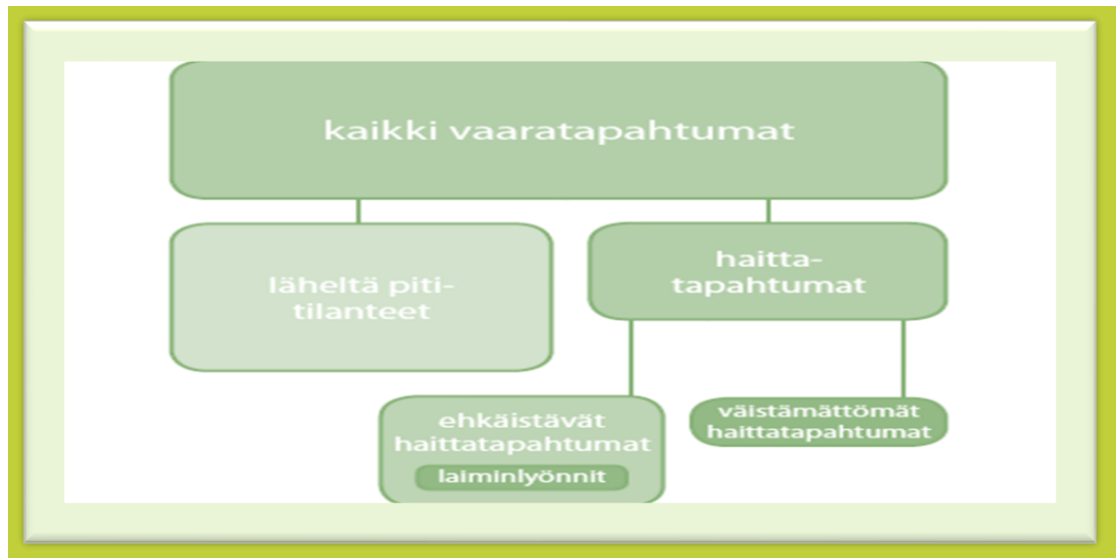
Potilasturvallisuus (Patient Safety) tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006: 6.)

Potilasvahinko on määritelty potilasvahinkolaissa tarkoittavan vakuutuskorvaukseen oikeuttavaa henkilövahinkoa, joka on aiheutunut lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä (Potilasvahinkolaki 585/1986 § 2). Vuonna 2019 potilasvahinkolaki korvattiin potilasvakuutuslailla (948/2019) ja sen 2 §:n mukaan potilasvahingolla tarkoitetaan potilaalle annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutunutta potilasvakuutuslain mukaan korvattavaa henkilövahinkoa.

Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, jossa vaaratapahtumien avoin ja syyllistämätön käsitteleminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä (Suomen kuntaliitto 2019: 11).

Vaaratapahtuma (Patient Safety Incident) tarkoittaa yleisesti mitä tahansa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006: 6).

Ammattisanastossa tulee erottaa kaksi tärkeää seikkaa turvallisuuden kannalta. Ensimmäinen on potilaan hoidosta seuranneen haittatapahtuman erottaminen potilaan perustaudin aiheuttamasta sairastuvuudesta ja kuolleisuudesta. Toiseksi potilas voi vahingoittua ilman, että virheitä on tapahtunut, kuten esimerkiksi lääkkeen haittavaikutuksen seurauksena. Toisin sanoen potilasturvallisuussanastosta on erotettavissa ennaltaehkäistävissä olevat haittatapahtumat ja väistämättömät haittatapahtumat alla olevan kuvion 1 mukaisesti. (Aaltonen – Rosenberg 2014.)



Kuvio 1. Vaaratapahtumien jaottelu (Aaltonen – Rosenberg 2014).

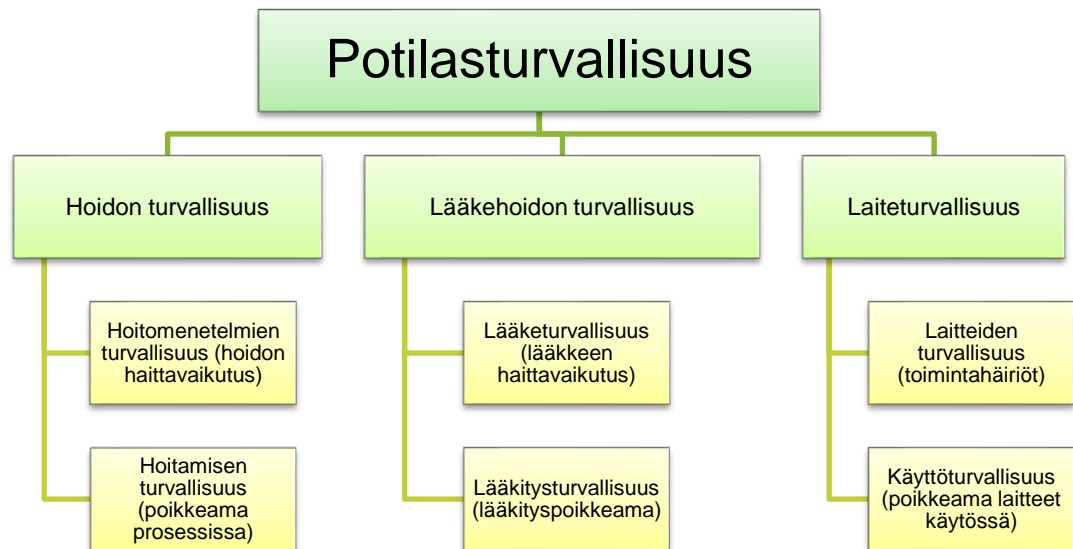
Vaaratapahtumien raportointimenettelyllä (Incident Reporting Systems, IRS) tarkoitetaan vaaratilanteisiin ja -tapahtumiin liittyvien tietojen analysointiin tarkoitettua kokonaisuutta, jonka tavoitteena on jatkuva oppiminen. Tätä kautta kyetään parantamaan toimintatapoja ja toiminnan olosuhteita sekä välineitä. Toiminta ketjuuntuu paikallisesta toiminnasta kansallisen tason kautta kansainväliseen yhteistyöhön. (STM 2010: 10.)

2.2 Potilas- ja asiakasturvallisuus sekä turvallisuuskulttuuri

Potilas- ja asiakasturvallisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon ja palvelujen turvallisuus sekä suojataan potilaita ja asiakkaita vahingoittumasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon osaava henkilökunta, tarpeelliset tilat, laitteet, tarvikkeet sekä lääkkeiden oikea käyttö takaa potilaille ja asiakkaille kaikki heidän tarvitsemat ehkäisevät, hoitavat ja korjaavat sekä kuntouttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Potilaan näkökulmasta turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan niin, ettei hoidosta aiheudu hänelle haittaa. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2020: 5; STM 2017: 25; THL 2011: 7.)

WHO:n potilasturvallisuusraportin (2017: 6) mukaan potilasturvallisuustyön tavoitteita ovat parantunut potilasturvallisuus, vähentyneet riskit ja vahingot, paremmat terveystulokset ja pienemmät terveydenhuollon kulut. Näitä tavoitteita voidaan parhaiten edistää estämällä mahdolliset virheet hoidossa. Potilasturvallisuuteen kuuluu kolme osa-aluetta,

jotka on esitetty alla kuviossa 2. Ne ovat hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006: 5.) Osa potilasturvallisuutta edistävää strategiaa on luoda organisaatioon toimintakulttuuri, jossa kannustetaan tunnistamaan virheitä, arvioimaan syitä ja ryhtymään tarvittaviin toimiin suorituskyvyn parantamiseksi tulevaisuudessa (Kohn – Corrigan – Donaldson 2000: 8).



Kuvio 2. Potilasturvallisuus koostuu hoidon, lääkehoidon ja laiteturvallisuudesta (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006).

Nykyinen vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sen nojalla annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan täytäntöönpanosta (341/2011) edellyttää laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelman laatimista kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan suunnitelma edellyttää siitä vastaavien henkilöiden sekä organisaation johdon tukevan laadukasta ja potilasturvallista toimintaa varmistamalla henkilökunnalle ne menettelytavat, joilla he osallistuvat moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen sekä saavat palautetta oman toimintansa kehittämistä varten. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Terveydenhuoltolaki ei velvoita terveydenhuollon yksityisiä toimijoita (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 1). Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 3 §:ssä todetaan, että ”Toiminnan on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus”. Saman lain 6 §:n mukaan ”Palvelujen tuottajan toimiessa useammassa

kuin yhdessä toimipaikassa vastaavan johtajan on laadittava toiminnan laadun varmistamiseksi palvelujen tuottajan ja sen erillisten toimipaikkojen toiminnan kattava omavaltavontasuunnitelma”. (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990.)

Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan lisäksi on hyvä muistaa, että työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöidensä turvallisuudesta ja terveydestä työssä. Työnantajan yleiseen huolehtimisvelvollisuuteen kuuluu, että turvallisuutta ja terveellisyyttä koskevat toimenpiteet otetaan huomioon tarpeellisella tavalla kaikessa toiminnassa. Tähän luetaan muun muassa vaaratapahtumien ennaltaehkäisevät toimenpiteet. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Potilasturvallisuuteen ja sen johtamiseen liittyy tiiviisti turvallisuuskulttuurin käsite. Turvallisuuskulttuuri muodostuu organisaation tahtotilasta ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä (Reiman – Pietikäinen – Oedewald 2008a: 3). Tätä toimintaa ohjaa organisaation johto arvoineen ja asenteineen. Vahvistamalla turvallisuuskulttuuria vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. Riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat menetelmiä, joilla edistetään turvallisuuskulttuurin rakentumista. (STM 2009: 14; STM 2017: 25.) Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa on kysymys siitä, että organisaation jäsenten keskuudessa turvallisuudesta välitetään aidosti. Toimintaan liittyviä vaaroja pyritään aktiivisesti ymmärtämään ja ennakoimaan, minkä lisäksi turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systeemiseksi ominaisuudeksi. (Reiman – Pietikäinen – Oedewald 2008b: 3.)

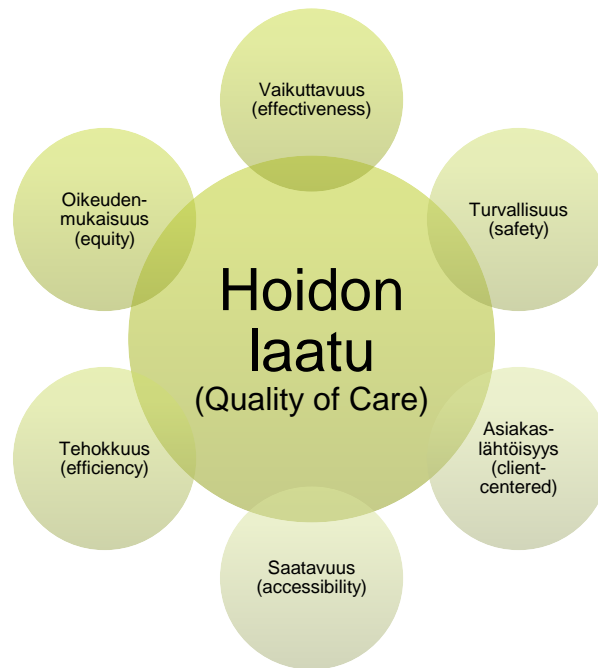
2.3 Hoitovirheet ja hoidon laatu terveydenhuollossa

Potilaiden hoitoon liittyvät virheet ja niistä aiheutuvat haitat kustannuksineen ovat osoittautuneet merkittäväksi terveydenhuollon rasitteeksi. Hoitovahinkoon johtavat virheet aiheutuvat järjestelmässä piilevistä riskitekijöissä tai syntyvät yksilön ja järjestelmän yhteisvaikutuksesta. Haitat kirurgisesta toimenpiteestä, lääkitysvirheet ja hoidosta aiheutuvat infektiot ovat yleisimpiä hoitoon liittyviä virheitä. Maailmalla tehtyjen potilasturvallisuuskartoitusten pohjalta on arvioitu, että sairaalahoidossa olevista potilaista joka kymmenes kärsii saamastaan hoidosta haittaa, joka sadas potilas saa vakavan haitan ja yhdellä tuhannesta haitta tai hoidossa tapahtuva virhe johtaa kuolemaan. Suhteutettuna

lukumääriltään hoidollisiin tapahtumiin Suomessa, vastaavia kuolemaan johtavia hoitovirheitä voi sattua vuosittain vähintään 700, mahdollisesti jopa 1 700. (Pasternack 2006: 2459–2470; THL 2011: 9–10; WHO 2017:4.) Tutkimusten mukaan lääketieteelliset virheet ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy Yhdysvalloissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa tehdään uusia potilasvahinko -ilmoituksia keskimäärin joka 35 sekunti. (WHO 2017: 3.) Kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollon vaara- ja haittatapahtumista syntyy huomattavaa kustannusrasitetta, jota on mahdollista pienentää ennaltaehkäisemällä haittatapahtumia (STM 2020: 15; Järvelin – Haavisto – Kaila 2010: 1123–1127).

Vaaratapahtumista aiheutuvat kustannukset koostuvat suoraan haittatapahtumien aiheuttamista kustannuksista ja niiden ehkäisemiseksi tehtyjen toimenpiteiden kustannuksista. Haittatapahtumien yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista noin puolet aiheutuvat haittatapahtumien hoidosta terveydenhuollolle aiheutuvista kustannuksista ja loput haittatapahtumien aiheuttamista ansionmenetyksistä ja kotitaloustuotannon menetyksistä. Ulkomaisten tutkimusten pohjalta arvioituna haittatapahtumat maksavat Suomen terveydenhuollolle noin 400 miljoonaa euroa vuodessa. Summa on tätäkin merkittävästi suurempi, jos otetaan huomioon terveydenhuollon avohoito ja pitkäaikaishoito sekä terveydenhuollon ulkopuolelle aiheutuvat kustannukset, kuten ansionmenetykset ja kotitaloustuotannon menetykset. (Järvelin ym. 2010: 1123–1127.)

Terveydenhuollon laatua tarkastellaan yleensä keskeisillä laatuun vaikuttavilla osaluilla. Näitä niin sanottuja hoidon laadun ulottuvuuksia ovat esimerkiksi palvelun saatavuus, potilasturvallisuus, asiakastyytyväisyys ja korkeatasoinen osaaminen. Muita hoidon laadun ulottuvuuksia ovat hoitoprosessien sujuvuus, vaikuttavuus, tuottavuus ja tehokkuus. (Leinonen – Pekurinen – Räikkönen 2008: 3, 19–20.) WHO:n raportissa (2006: 9–10) määritellään hoidon laatu jakamalla terveydenhuollon tuotto kuuteen ulottuvuuteen. Näitä ovat hoidon tehokkuus, vaikuttavuus, saatavuus, turvallisuus, oikeudenmukaisuus ja asiakaslähtöisyys, jotka on esitetty alla olevassa kuviossa 3. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön OECD:n selvityksen (2006: 13) mukaan hoidon laadun kuusi ulottuvuutta on tehokkuus, vaikuttavuus, saatavuus, turvallisuus, oikeudenmukaisuus ja reagoitavuus (*responsiveness*).



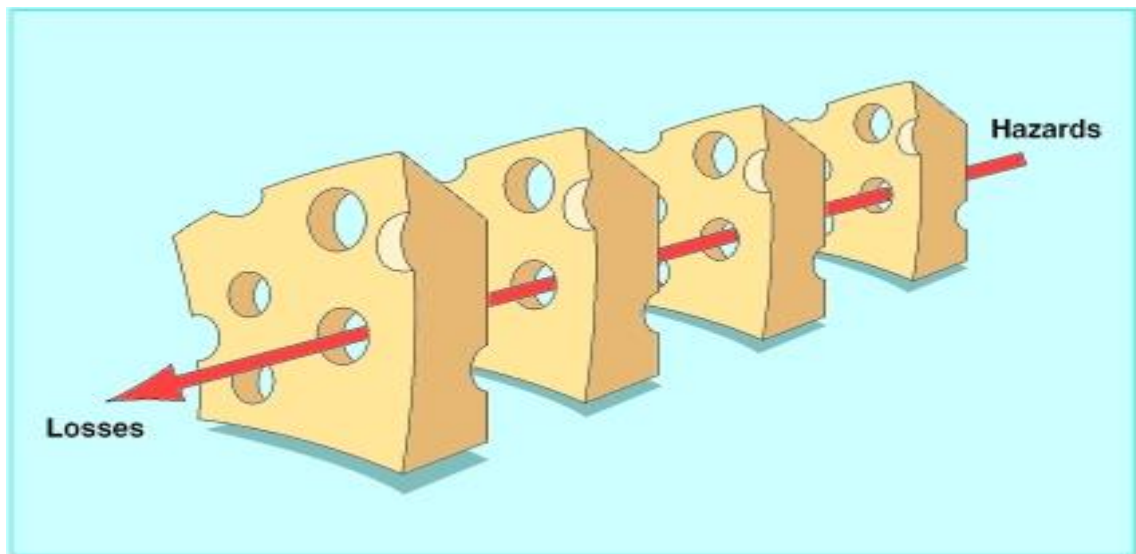
Kuvio 3. Hoidon laadun kuusi ulottuvuutta. Mukailtu WHO:n julkaisusta Quality of care: a process for making strategic choices in health systems 2006.

Laatu on kokonaisuus, jossa tulee näkyväksi organisaation kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset. Laatu on hyvä toiminta täyttäen nämä vaatimukset annettujen taloudellisten voimavarojen asettamissa rajoissa. Hyvä laatu tarkoittaa sitä, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. (Leinonen ym. 2008: 19.) Potilasturvallisuuden kehittäminen on määritelty Suomessa osaksi terveydenhuollon organisaatioiden laatutoimintaa (STM 2010: 9; ks. myös Kinnunen – Peltomaa 2009: 33).

2.4 Potilasturvallisuustyö 2000-luvulla

Yhtenä virstanpylväänä potilasturvallisuuden edistämisen tutkimustyössä pidetään psykologian professori James Reasonin (2000) kirjoittamaa Human Error: Models and Management -julkaisua. Raportissaan Reason erottelee yksilön tekemät virheet ja järjestelmän eri tasoilla ja eri tekijöistä aiheutuvat vahingot toisistaan. Koska virheet voivat läpäistä järjestelmän siihen rakennetusta suojauksesta huolimatta, toimintavarmuudeltaan korkean luokan alatkaan, kuten ilmailu- tai terveydenhuoltoala, eivät ole suojassa haittatahtumilta. Reasonin nimesi systeemiajatteluun perustuvan teoriansa kuvailevasti reikajuustoteoriaksi, jossa organisaation eri tasot ovat ikään kuin juustopaloja, joihin jää erikokoisia reikiä kaikkiin sen tasoihin. Vaara (hazard) pääsee aiheuttamaan vahingon (loss), mikäli se pääsee systeemin jokaisessa tasossa olevien reikien läpi. Alla olevassa

kuviassa 4 on esitetty Reasonin Swiss Cheese -teoria, joka jalkautti systeemiajattelun terveydenhuoltoalalle.



Kuvio 4. Reikäjuustoteorian mallikuva (Reason 2000).

Toinen selkeästi merkittävä potilasturvallisuustyötä edistävä tieteellinen artikkeli on vuonna 2000 Institute of Medicinen julkaisema to Err is Human – Building a Safe Health System -raportti, joka osoitti potilasturvallisuuden olevan osa hoidon laatua takaamalla oikean hoidon sekä pyrkien välttämään virheitä hoidossa. Selvityksessä suositellaan edistämään potilasturvallisuutta luomalla moniammatillinen käytäntö raportointijärjestelmän näkyvyyteen ja sen toimintaan. (Kohn ym. 2000: 155–156.)

Suomessa potilasturvallisuustyö pohjautuu vahvasti kansainvälisiin suosituksiin, joita ovat ohjanneet WHO:n (2002:1–2) potilasturvallisuusohjelmat, Reasonin systeemiajatteluun ja Kohnin ja kollegoiden tutkimukseen potilasturvallisuuden olevan keskeinen osa hoidon laatua. Potilasturvallisuustyö kuuluu nykyiseltään osaksi jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen ydinosasta. Potilasturvallisuustutkimuksen Maiju Wellingin ja dosentti Tuija Iksen (2020: 1211–1219) vertaisarvioitu katsaus kuvaa 2000-luvulla Suomessa tehtyä potilasturvallisuustyön kehitystä. Vuonna 2004 Peijaksen sairaalassa toteutettiin tutkimuksellinen projekti, jossa luotiin pohja haattatapahtumaraportoinnille ja niiden käsittelylle sairaalatoiminnan turvallisuuskulttuurin kehittämisessä (Mustajoki 2005: 17). Vuonna 2006 ilmestyi professori Palsternackin katsaus potilasturvallisuuteen sekä Tur-

vallinen lääkehoito -opas (STM 2006). Palsternackin julkaisussa kootaan yhteen maailman potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimustietoa ja käsitellään lääkäreiden moraalikäyttäytymistä virheen tapahduttua.

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä valmisteli Suomeen ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuusstrategian, joka valmistui vuosille 2009–2013. Kansalliseksi toimijaksi valittiin Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos, jonka kokoama asiantuntijaryhmä oli ollut vaikuttamassa terveydenhuoltolain potilasturvallisuutta käsittelevään sisältöön. WHO:n kehittämä leikkaustiimin tarkistuslista (surgical safety checklist) jalkautettiin Suomeen vuonna 2009. Tätä nykyä Valvira ja Potilasvakuutuskeskus edellyttävät leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä. (Ikonen – Welling 2020: 1212–1213.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vetämä Potilasturvallisuutta taidolla -projekti konkretisoi ja edisti potilasturvallisuustyötä vuosina 2011–2015. Siinä keskityttiin kansainvälisesti ajankohtaisiin potilasturvallisuuden teemoihin ja potilasturvallisuuden edistämässä tarvittavan tiedon jakamiseen terveydenhuollon ammattilaisille. Ohjelma tuki asiantuntijoiden verkostoitumista työpaja -työskentelymallilla, jossa muun muassa laadittiin potilasturvallisuussuunnitelmia eri yksiköihin. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman loputtua valtakunnallista yhteistyötä potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisessä jatkoi vuonna 2010 perustettu Suomen Potilasturvallisuusyhdistys. (Ikonen – Welling 2020: 1213.)

Ensimmäisen suomalaisen potilasturvallisuusstrategian visio oli turvallisuuden ankkuroiminen toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin niin, että hoito on vaikuttavaa ja turvallista. Strategiassa korostetaan järjestelmälähtöistä ajattelutapaa ja potilasturvallisuuden edistämistä yhdessä toimien. Virheet ja läheltä piti -tapahtumat nähdään seurauksina tapahtumaketjuista ja virhettä estävien suojausten heikkouksista sen sijaan, että ne ovat aiheutuneet yksittäisten henkilöiden toiminnasta. (STM 2009: 13; kts. Reason 2000.) Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia jatkettiin vuosille 2017–2021. Uudessa painoksessa korostetaan kokonaisvaltaista laadun ja turvallisuuden hallintaa, jonka kehittämiseen pyritään ottamaan mukaan potilas, asiakas ja tarvittaessa hänen läheiset. (STM 2017: 11.)

Vaasan sairaanhoitopiirissä on pitkään tehty työtä potilasturvallisuuden eteen. Vuonna 2019 perustettiin sairaanhoitopiirin valtuuston asettaman tavoitteen mukaisesti potilas-

turvallisuuden osaamiskeskus, jonka nimeksi tuli Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus. Tammikuussa 2021 valtioneuvosto päivitti erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksen, jossa vahvistetaan Vaasan sairaanhoitopiirille kuuluvaksi asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen ja suunnittelun kansallisen yhteensovittamisen tehtävät. Näitä tehtäviä on muun muassa potilas- ja asiakasturvallisuusmenettelyjen mittaamisen ja arvioinnin suunnittelu sekä niiden kehittäminen yhteistyössä eri sote-toimijoiden kanssa. Lisäksi sen tehtäviin kuuluu potilasturvallisuustutkimuksen edistäminen, valtakunnallisen verkoston koordinointi sekä tutkitun tiedon ja hyvien käytänteiden välittäminen sekä kansainvälinen yhteistyö. (Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus.)

2.5 Raportointimenetelmät terveydenhuollossa

Terveydenhuollon ammattihenkilöt raportoivat hoitoon, laitteisiin ja lääkkeisiin liittyvistä vaaratapahtumista viranomaisten ylläpitämiin rekistereihin. Useimmiten raportointi perustuu säädettyyn velvollisuuteen. Tämän lisäksi tietoa vaaratapahtumista saadaan potilaspalautteen ja esimerkiksi potilaan tai läheisen tekemän vahinkoilmoitusten avulla. Koottujen tietojen pääasiallinen tavoite on terveydenhuollon toiminnan tilan seuranta ja kehittäminen. (Knuuttila – Ruuhilehto – Wallenius 2007: 12–14.) Suomessa turvallisuus on rakennettu ammattiosaamisen, eettisyyden, hyvän hallintotavan ja johtamisen sekä tutkitun tiedon varaan. Valvonnan ja sanktioiden merkitys on siis toissijainen. Myös potilasvahinkomenettelyt perustuvat syyllistämättömyyteen. (Ikonen – Welling 2020: 1211.)

WHO:n potilasturvallisuuteen liittyvän raportin (2005: 5, 18) mukaan terveydenhuollon vapaaehtoinen raportointijärjestelmän tärkein tehtävä on virheistä oppiminen potilasturvallisuutta parantaen. Vaaratapahtuma -ilmoituksesta tulee saada tietää mitä, missä, miten ja miksi tapahtui, miten virheen voisi korjata tai miten minimoidaan siitä aiheutuvia seurauksia ja miten sen uusiutumista voisi ennalta ehkäistään. Vapaaehtoinen raportointijärjestelmä nähdään toimintaa hyödyttävänä mahdollisuutena ja ilman säädösvelvoitetakin vaaratapahtumaraportteja kerätään yhteisesti sovituin menetelmin (Knuuttila ym. 2007: 12). Ei ole kuitenkaan olemassa yhtä oikeaa lähestymistapaa vaaratapahtumista oppimiseen. Eri aloilla on erilaiset tarpeet ja se vaatii erilaisia oppimisjärjestelmiä. Toimialoina ilmailu ja ydinvoima ovat käyttäneet tapahtumia oppimaan tunnistamaan turvallisuuden riskejä, ja tämä on malliesimerkinä muille ammattiteille kehittämään raportointimenetelmää arvokkaaksi työkaluksi potilasturvallisuuden edistämiseksi. Vapaaehtoisen raportointijärjestelmän avulla voidaan paneutua virheestä saatavaan tietoon isommassa

mittakaavassa ja paljastaa järjestelmästä löydettäviä puutteita uusien samankaltaisten virheiden estämiseksi (Kohn ym. 2000: 8).

Suunnitelmallinen turvallista hoitoa edistävä toiminta tarkoittaa vaaratapahtumien avointa ja syyllistämätöntä käsittelemistä moniammatillisessa yhteistyössä. Vapaaehtoisen vaaratapahtumien raportoinnin tulisi olla käytössä sekä organisaatioiden sisällä että eri toimijoiden välillä. Terveydenhuollon palveluntuottajille laatutyön tueksi tehty Terveydenhuollon laatuopas suosittelee käyttämään perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa hoidon turvallisuuden tarkistuslistaa vaaratapahtumien käsittelyn järjestämisessä. OECD:n laatukehityksen mukainen tarkistuslista on esitetty alla taulukossa 1. (Suomen kuntaliitto 2019: 5, 11–12.)

Taulukko 1. Terveydenhuollon hoidon turvallisuus -tarkistuslista (Suomen kuntaliitto 2019: 12).

Palveluntuottajalla on kirjallinen prosessikuvaus vaaratapahtumien ilmoitusmenettelystä omassa organisaatiossaan	Kyllä / Ei
Prosessi sisältää järjestelmälliset käytännöt vaaratapahtumien <ul style="list-style-type: none"> • Ilmoittamiseksi • ilmoitusten viiveettömäksi käsittelemiseksi • Kehittämistoimenpiteiden toteuttamiseksi 	Kyllä / Ei Kyllä / Ei Kyllä / Ei
Johto seuraa ilmoittamisaktiivisuutta ja ilmoitusten perusteella tehtävien hoidon turvallisuutta parantavien toimien määrää ja laatua	Kyllä / Ei
Palveluntuottajalla on kirjallinen toimintaprosessi vakavien vaaratapahtumien (kuolemaan tai pysyvään haittaan johtanut tapahtuma) käsittelemiseksi ja korjaaviksi/ ennaltaehkäiseviksi toimiksi vastaavan tapahtuman toistumisen estämiseksi	Kyllä / Ei
Johto seuraa jatkuvasti vakavien vaaratapahtumien ilmaantumista ja käsittelee ne	Kyllä / Ei
Eri organisaatioiden välillä tapahtuneiden vaaratapahtumien ilmoittamiseksi ja käsittelemiseksi on vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä (ns. rajapinnan ylittävä vaaratapahtumien ilmoittaminen)	Kyllä / Ei

Suomessa vuonna 2005 alkaneessa Valtion Teknillisen Tutkimuskeskuksen (VTT) tutkimushankkeessa kehitettiin terveydenhuollon kanssa yhteistyössä vapaaehtoista vaaratapahtumien raportointijärjestelmää. Tämän tuloksena vaaratapahtumien ilmoittamisjärjestelmä HaiPro -menetelmä syntyi. HaiPro -raportointijärjestelmää käyttävät Suomessa yli 90 % perusterveydenhuollon toimijoista ja useat yksityiset toimijat. Järjestelmä ei kerää tunnisteellista tietoa potilaista tai raportin ilmoittajasta. (Ikonen – Welling 2020: 1212.) Raportoinnin perusmäärityksen puitteissa vaaratapahtumien raportointi voidaan järjestää muunlaisenakin toteutustapana (Kinnunen – Keistinen – Ruuhilehto – Ojanen 2009: 7).

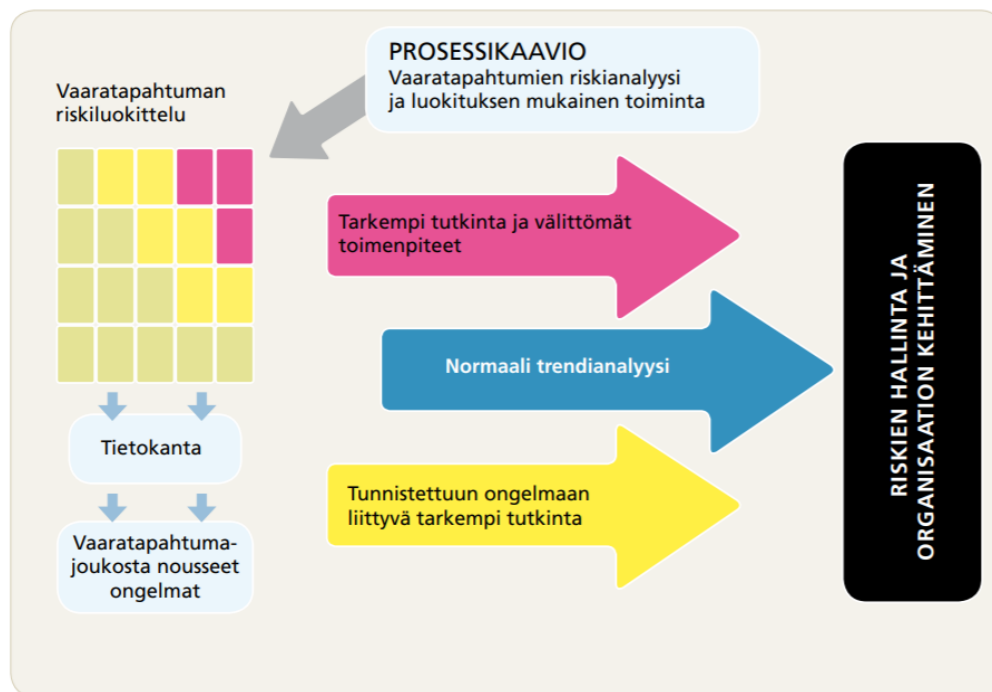
Suomen terveysministeriö on asettanut vaaratapahtumaraportoinnille kolmenlaisia tavoitteita julkaisussaan vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset (2010: 9):

- Saadaan tietoa siitä, kuinka paljon ja millaisia tyyppiltään jo tunnistettuihin riskeihin liittyviä vaaratapahtumia esiintyy. Kertyneen tiedon perusteella voidaan tunnistaa kehittämistä vaativat asiat.
- Saadaan tietoa siitä, millaisia aivan uusia vaaratapahtumia esiintyy ja miten ne syntyvät. Voidaan tunnistaa uusia tekijöitä, joita poistamalla tai joihin varautumalla voidaan estää tapahtumien toistuminen.
- Ylläpidetään henkilöstön riskitietoisuutta ja motivoidaan ihmisiä turvallisten toimintatapojen käyttöön.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kinnusen kollegoineen kirjoittama Vaaratapahtumien raportointimenettely -julkaisu (2009) on tarkoitettu edistämään raportointijärjestelmien käyttöönottoa. Vapaaehtoiseen raportointiin perustuva raportointimenetelmän tavoite on edistää potilasturvallisuutta oppimalla raportoiduista tapahtumista. Potilasturvallisuus paranee avoimuuteen ja kaikkien hoitoon osallistuvien aktiivisuuteen perustuvan raportointimenettelyn avulla. (Kinnunen ym. 2009: 8.)

Vaaratapahtumien raportointimenetelmä perustuu vapaaehtoisuuteen ja nimettömyyteen. Se alkaa vaaratilanteiden tunnistamisesta ja ilmoittamisesta, missä korostuu työntekijän oma-aloitteellisuus. Ilmoitusten käsittelyssä ne luokitellaan ja saatuja tietoja hyödynnetään toimintatapojen ja toimintaympäristön kehittämisessä. Ilmoitukset saattavat johtaa välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin tai tarvittaessa ilmoitusta täytyy tutkia tarkemmin. Alla oleva kuvio 5 on Vaaratapahtumien raportointimenettely -julkaisusta (2009),

jossa esitetään riskiluokittelun prosessikaavio ja siitä seuraavat organisaation kehittämiseen käytetyt toimenpiteet. Säännöllistä koko tapahtumajoukon tarkastelua suositellaan. Riskiluokittelun avulla valitaan toimenpiteet, jotka nähdään tärkeinä riskien hallinnassa ja organisaation toiminnan kehittämisessä. (Kinnunen ym. 2009: 9, 11.) Riskien hallinnassa ja prosessien kehittämisessä käytettävä tarkempi tutkinta toteutetaan usein juuri-syyanalyysejä apuna käyttäen. Se pyrkii selvittämään olosuhteita, jotka johtivat ei-toivotuun tapahtumaan. (Haney 2020: 26.)



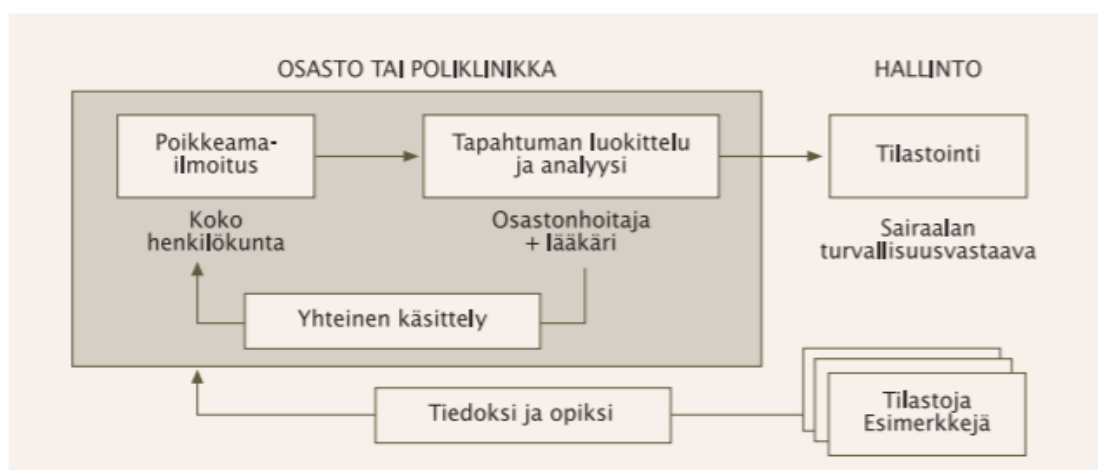
Kuvio 5. Vaaratapahtumien riskiluokittelua ohjaava matriisi (mukaillen Kinnunen ym. 2009: 9).

Vaaratapahtumien raportointi ja siitä saatavan tiedon hyödyntäminen edellyttää koko organisaation sitoutumista. Ilmoituksia käsittelevät tehtävään nimetyt, koulutetut ja perehdytetyt henkilöt. Tapahtuman käsittelyn tarkoituksena on vastata kysymykseen, mitä tapahtui sekä miten ja miksi tapahtuma pääsi syntymään. (Kinnunen ym. 2009: 9.) Oheisessa mallikuvassa 6 on esitetty Kinnusen kollegoineen julkaisema prosessikaavio vaaratapahtumien raportointimenetelmästä.



Kuvio 6. Vaaratapahtumien raportointiprosessi (Kinnunen ym. 2009: 9).

Mustajoen (2005: 2624) toteuttamassa tutkimuksellisessa projektityössä Peijaksen sairaalassa vaaratapahtumien käsittely noudatti suunnitelmallista kaavaa poikkeamien ilmoittamisen ja käsittelyn toimintamallista. Turvallisuusvastaava saa ilmoitukset tilastointia varten hallintoon, josta tulee esimerkit ja laajemmat tilastot takaisin sairaalan osastolle läpikäyntiä varten. Poikkeamailmoituksen luokittelun mukaan osastonhoitaja ja lääkäri käsittelee osan tapauksista sairaalassa yhteisesti (ks. kuvio 7). Kokonaisuudessaan prosessi tuottaa tietoa ja oppia henkilökunnalle sekä hallinnolle vaaratapahtumista ja niiden ennaltaehkäisystä. Raportointijärjestelmä mahdollistaa tiedon jakamisen nopeasti ja systemaattisesti eri tasoille organisaatiossa (Kinnunen 2010: 110).



Kuvio 7. Mustajoen projektissa käytetty vaaratapahtumien käsittelyprosessi (Mustajoki 2005: 2624).

Tutkimusten mukaan vaaratapahtumien jälkeen tehtyjen kehittämissuosituksen toteutumisaste on vaihdellut noin 30 prosentista 80 prosenttiin. Vaaratapahtumista kootut kehittävät toimenpiteet ovat kohdentuneet tiimityöhön ja toimintatapoihin, lisäkoulututtamiseen, prosessien kehittämiseen sekä ohjeistusten vahvistamiseen. (Haatainen – Flinck – Olin – Plukka 2018: 840–841.) Jopa keskikokoisessa organisaatiossa aktiivinen raportointikulttuuri voi johtaa moniin satoihin raportteihin kuukaudessa. Monilla organisaatioilla ei ole resursseja lukea tai analysoida kaikkia näitä raportteja. Tämä voi johtaa käyttäjien tyytymättömyyteen, kun heidän raporttinsa jätetään ratkaisematta. (Pham – Girard – Pronovost 2013: 155.)

Tilastojen ja yhteenvetoraporttien avulla organisaation ylemmät tasot voivat seurata organisaation vaaratapahtumista saatuja tietoja, kuten ilmoittamisaktiivisuutta, käsittelyaikojia, toteutettuja toimenpiteitä ja muutoksien vaikutuksia. Tärkeää tiedon hyödyntämisessä on, että koko työyhteisö saa säännöllisesti tietoa järjestelmään kootuista tiedoista. Tilastojen lisäksi voidaan erikseen tiedottaa yksittäisistä tapahtumista tai tuottaa yksityiskohtaisempia yhteenvetoja tietyntyyppisistä tapahtumista. (Knuutila ym. 2007: 47–48.)

2.6 Potilasturvallisuuden johtaminen

Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen tavoite on, että toimijat yhdessä synnyttävät muutokset (Volmanen – Alahuhta 2015: 337). Oleellista on ymmärtää, että vaaratapahtumia ilmoittamalla voidaan ehkäistä muiden potilaiden ja työntekijöiden joutuminen samanlaiseen tilanteeseen (Kinnunen ym. 2009: 11). Palvelujärjestelmien eri toimijoiden johtamisen vaikutuksia potilasturvallisuuden parantamiseen on kuvattu Pietikäisen ym. (2012: 35–37) mukaan adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen -julkaisussa. Terveystieteiden organisaatiot voidaan nähdä monimutkaisina järjestelminä, jotka koostuvat itsenäisesti toimivista yksiköistä ja asiantuntijoista. Perinteinen valvontaan perustuva johtaminen ei riitä takaamaan turvallisuutta, vaan tarvitaan uudenlaista toiminnan mukaan mukautuvaa potilasturvallisuuden johtamista.

Johtajien tehtävä on luoda organisaatioon vakautta ja pysyvyyttä organisoimalla toimintaa ja asettamalla tavoitteita. Toisaalta johtajien tulee pyrkiä luomaan organisaatioon myös joustavuutta tukemalla yhteistyötä ja uusien ajatusten syntymistä. Keskeistä on, että turvallisuuden johtaminen ymmärretään muutosvoimana organisaatiossa. Potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuvat viime kädessä kaikki henkilöt organisaatiossa.

Organisaation toimijoilla on potilasturvallisuustyöhön vaikuttavia vahvuuksia ja heikkouksia, joita on esitetty alla olevassa taulukossa 2. (Pietikäisen ym. 2012: 35–37.)

Taulukko 2. Organisaation sisäisessä potilasturvallisuuden johtamisessa keskeisiä toimijoita ja heidän asemaansa liittyviä vahvuuksia ja haasteita. (Pietikäinen ym. 2012: 36–37.)

Toimija	Vahvuudet	Haasteet
Organisaation ylin johto ja esimiehet	<ul style="list-style-type: none"> -Muodollinen päätäntävalta -Parhaat mahdollisuudet saada kokonaiskuva toiminnasta ja vaikuttaa kaikkiin eri tekijöihin kokonaisvaltaisesti -Usein arvo- ja vaikutusvaltaa organisaatiossa ja organisaation ulkopuolella - linkki ylimmän johdon ja henkilöstön välillä -Perinteinen lähtökohta johtajuudelle koko organisaatiossa 	<ul style="list-style-type: none"> -Monia muita kilpailevia tavoitteita turvallisuuden lisäksi, joiden kanssa tasapainoitava (esim. talous, henkilöstön hyvinvointi) -Voi laistaa oman roolinsa potilasturvallisuuden johtamisessa olettaen turvallisuusasiantuntijoiden ja/tai henkilöstön vastaavan siitä -Osastojen ja alojen oman edun ajaminen ja ristiriitaiset näkemykset
Potilasturvallisuusasiantuntijat	<ul style="list-style-type: none"> -Mahdollisuus keskittyä potilasturvallisuuden näkökulmaan ja kehittää erityistä potilasturvallisuusasiantuntemusta -Pitää turvallisuusnäkökulmaa esillä ja estää sitä hukkumasta organisaatioiden muiden tärkeiden tavoitteiden alle -Voi toimia välittäjänä potilaan ja henkilöstön näkökulmien välillä -Yleensä motivoitunut potilasturvallisuuden edistämiseen 	<ul style="list-style-type: none"> -Ei muodollista päätäntävaltaa -Oman korkean turvallisuusmotivaation ja organisaation monien erilaisten tavoitteiden välissä ristiriidassa tasapainoilun riski -Ei perinteistä arvo- tai vaikutusvaltaa
Toimintayksikön ammattilaiset	<ul style="list-style-type: none"> -Tuntee vaatimukset oman tehtävänsä hyvään suorittamiseen 	<ul style="list-style-type: none"> -Näkemyks potilasturvallisuustyön tarpeellisuudesta vaihtelee -Tasapainoilu monien eri tavoitteiden ja intressien kesken -Ryhmän paine ja muutosvastaisuus
Potilaat/asiakkaat	<ul style="list-style-type: none"> -Usein tuntee oman tilansa ja tilanteensa parhaiten -Saa kokemusta hoitoketjunsä kaikista toimijoista ja tästä kokonaisuudesta -Vahva intressi oman tapauksensa osalta 	<ul style="list-style-type: none"> -Fokus usein omassa tapauksessa ja yksittäisen ”äänekkään” potilaan saattaa vinouttaa kehitystä kokonaisuuden kannalta -Ei yleensä yhtä syvällistä ymmärrystä lääke-/hoitotieteestä ja muista hoitoon vaikuttavista asioista kuin alan ammattilaisilla -Eivät tunne organisaatiota -Pelko ”hankalan asiakkaan” huonosta kohtelusta

Virheistä oppimisen perusyksikkö on sairaalan osasto tai poliklinikka. Jos niissä virheiden ilmoittaminen ja yhteinen käsittely eivät toimi, sitä ei voida korvata millään tietojärjestelmällä tai ulkoa päin ohjatulla toiminnalla. Henkilökunta tarvitsee säännöllistä palautetta, millaisia virheitä sairaalassa tapahtuu ja millaisia toiminnan parannuksia niiden perusteella on tehty, jotta se olisi motivoitunut ilmoittamaan virheistä. (Mustajoki 2005: 2625.) Organisaation johdon ja esimiesten tulee kannustaa työntekijöitään tuomaan poikkeamia ja vaaratilanteita esiin luomalla oppimista edistävä ilmapiiri. Heillä on vastuu

siitä, että työntekijät osallistuvat aktiivisesti organisaation toiminnan kehittämiseen. Lisäksi esimiehillä on vastuu siitä, että vaaratapahtumista saatua tietoa käsitellään ja käytetään tarkoituksenmukaisesti yksikön, koko organisaation sekä palvelujärjestelmän kehittämässä. (Kinnunen ym. 2009: 11.)

2.7 Tiedonhaku

Haettaessa kirjallisuutta potilas- ja asiakasturvallisuuteen sekä vaaratapahtumaraportointiin käytettiin tietokantoina Cinahl Completea, Pubmediä ja Mediciä. Tiedonhaku tehtiin helmikuussa 2021. Hakusanat muodostuivat kokeiluhakujen perusteella. Cinahlissa käytetyt hakusanat englanniksi olivat patient safety AND learning AND incident reporting OR incident report OR incident reports NOT medication errors. Pubmedissa käytetyt hakusanat olivat learning organization AND patient safety AND adverse events AND incident reporting. Potilasturvallisuus ja oppiva organisaatio ei tuottanut yhtään hakutulosta vuoden 2015 jälkeen Medicissä. Hakusanat Medicissä olivat suomeksi potilasturvallisuus, haitta ja ennaltaehkäisy. Haku rajattiin vuonna 2015–2021 julkaistuihin artikkeleihin, joiden koko teksti oli saatavilla ja hakusanojen synonyymit käytössä. Mukaan valittiin tieteelliset vertaisarvioidut alkuperäistutkimukset ja katsaukset. Cinahl tuotti 20 artikkelia, Pubmed 64 ja Medic 14. Kirjallisuushaut tuottivat siis yhteensä 94 aihetta käsittelevää tutkimusta.

Otsikon, tiivistelmän ja tekstin lukemisen jälkeen yhdeksän tutkimusta vastasi tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Valinnat perustuvat opinnäytetyöntekijän arvioon. Ulkopuolelle rajautuneet tutkimukset koskivat potilasvahinkoihin liittyviä haittatapahtumia sekä vakavia virheitä diagnostiikassa tai artikkelin sisältö ei opinnäytetyöntekijän mielestä muuten vastannut tarpeeksi tarkasti tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Rajatapaukseksi jäi tietyissä hoitoyksiköissä, kuten akuuttihoidossa tai kotihoidossa tehdyt tai yksinomaan lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumia käsittelevät tutkimukset. Ulkopuolelle rajoutuivat myös kaikki vaaratapahtumia käsittelevät tutkimukset muualla kuin sairaalolosuhteissa. Tutkimukset hajaantuivat yksittäisiin maihin ympäri maailmaa. Valittujen tutkimusten lähteinä käytettyjä alkuperäistutkimuksia otettiin mukaan tähän opinnäytetyöhön neljä tutkimusta siksi, että ne vastaavat tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin, vaikka julkaisut ovat vuodelta 2006–2013. Kaikki tiedonhaussa mukaan otetut tutkimukset esitetään taulukkoina 1 ja 2 opinnäytetyön liitteenä 4.

2.8 Aiemmat tutkimukset vaaratapahtumaraportointimenetelmästä

Vaaratapahtumaraportointi on menetelmänä tärkeä sekä oppimisen että potilaiden turvallisuuteen vaikuttavien tapahtumien seuraamisen kannalta (Pohlman ym. 2016: 105). Volmasen ja Alahuhdan (2015: 336) mukaan vaaratapahtuma -raportointijärjestelmän tarkoitus ja sen käyttöohjeet tulee olla informoituna kaikille työntekijöille ymmärrettävästi. Raporteista kuuluu myös saada palautetta. Kinnusenkin (2010: 73, 148) mukaan vaaratapahtumaraportoinnin oppimisprosessi tulee olla selkeästi määritelty eli miten virheistä saatavaa tietoa hyödynnetään organisaatiossa. Kinnusen tutkimustulosten mukaan oppimisen mahdollistajia ovat avoin ja keskusteleva ilmapiiri, systeemiajattelun sisäistäminen ja oppimista vahvistava johtajuus. Muidenkin tutkimusten mukaan juuri raporteista saatava palaute on erityisen tärkeää varmistamaan, että sidosryhmät ovat tietoisia tapahtuman käsittelystä (Trad – Romanofski 2017: 14; Lambrinos – Holubowich 2017: 1–23). Hoitotyön johtajat tekevät arvokasta taustatyötä potilasturvallisuuden hyväksi. Näyttöön perustuvissa menetelmissä painottuu eniten virheistä keskustelun avoimuus, mikä kuuluu olennaisesti potilasturvallisuuskulttuuriin. (Haatainen ym. 2018: 39.) On osoitettu että, onnistuneen raportointijärjestelmän jalkauttamisessa avainasemassa ovat organisaation johtajat ja esimiehet, koska he voivat kannustaa henkilöstöä raportointiin ja antaa heille heidän tarvitsemaa palautetta raportoinnista. (Crane ym. 2015: 452–453.)

Tutkimusten mukaan monilla organisaatioilla ei ole resursseja lukea tai analysoida kaikkia vaaratapahtumaraportteja. Lisäksi raportointia käytetään joskus valittamaan kollegan suoriutumisesta työstään tai käyttäytymisestä. Näistä syistä ei ole yllättävää, että monet järjestelmän käyttäjät ovat tyytymättömiä sen toimivuuteen. (Pham – Girard – Pronovost 2013: 155.) On osoitettu, että aliraportoinnin syitä ovat esimerkiksi puutteelliset tiedot siitä, minkä tyyppisiä tapahtumia tulisi raportoida ja mitä tietoja raporttiin tulee laittaa. Raportoinnin esteenä pidetään tapauksen ilmoittamiseen ja niistä keskusteluun kulunut aika. Kolmas syy aliraportointiin on raporteista saatavan palautteen puute. Oppimiseen tarvittavaa palautetta ei koeta saatavan tarpeeksi, mistä syystä raportointia ei aina pidetä edes kannattavana. (Rea – Griffiths 2016: 411–419.)

Kotterin (1996: 41) mukaan organisaation esimiesten toiminta on merkittävässä roolissa, kun haluttu muutos koskee organisaation työntekijöitä. Vaaratapahtumien käsittelijät voivat korostaa raportoinnin välttämättömyydestä ilmoitusten tekijöille. Saman huomion keskijohdon vaikutusmahdollisuuksista teki Kinnunen (2008: 79) todeten, että yksiköissä, joissa osastonhoitaja oli positiivisesti halukas ottamaan raportointimenetelmää

käyttöön, myös raportointiaktiivisuus oli korkea. Osastonhoitajan tuki ja esimerkillinen käyttäytyminen kannustavat ilmoittajia tekemään poikkeamista ja vaaratapahtumista ilmoituksia. Tässä huomioitavaa on, ettei pelkkä keskustelu vaaratapahtumasta välttämättä muuta vaaratapahtuman taustalla olevia työolosuhteita tai -toimintatapoja mitenkään. Oleellista on vaaratapahtuman laadukas käsittely siten, että analysoidaan olosuhteiden ja myötävaikuttavien tekijöiden vaikutusta vaaratapahtuman syntyyn. (Haatainen ym. 2018: 38–39.) Tehtävä on välittää systemaattisesti vaaratapahtumista kerättyä tietoa laajasti organisaation sisällä (Kuisma 2010:11).

3 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite oli tuottaa tietoa vaaratapahtumien käsittelyprosessin kehittämisen ja vaaratapahtumaraporteista kehitettyjen toimenpiteiden toteuttamisen tueksi Helsingin Pohjola Sairaalalle. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla henkilökunnan näkemyksiä vaaratapahtumaraportoinnista ja niistä koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutuksesta. Kehittämistehtävinä oli toteuttaa Helsingin Pohjola Sairaalan esimiehille työpaja, jossa he kehittävät vaaratapahtumien käsittelyprosessia ja kehittävien toimenpiteiden toteuttamista sekä laatia kirjallinen ohje Pohjola Sairaalan vaaratapahtumien käsittelyyn.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset seikat edistävät vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista? Entä millaiset seikat estävät niitä?
2. Millaiset seikat edistävät kehittävien toimenpiteiden toteuttamista? Entä millaiset seikat estävät niiden toteuttamista?

Kehittämistehtävät ovat:

1. Toteuttaa lähiesimiehille ja laatumestarille työpaja, jossa he kehittävät vaaratapahtumien käsittelyprosessia ja vaaratapahtumaraporteista kehitettyjen toimenpiteiden toteuttamista Helsingin Pohjola Sairaalassa.
2. Laatia kirjallinen ohje vaaratapahtumaraportoinnista Pohjola Sairaalaan.

4 Kohdeorganisaation kuvaus

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetyön kohdeorganisaatio ja vaaratapahtumaraporttien käsittelyprosessi organisaatiossa.

4.1 Helsingin Pohjola Sairaala

Pohjola Sairaala on vuonna 2013 toimintansa aloittanut yksityisen terveydenhuollon palveluntuottaja, jonka valtakunnalliseen verkostoon kuuluvat sairaalat Helsingissä, Tampereella, Oulussa, Kuopiossa ja Turussa sekä hoidontarpeen arvioinnin yksikkö Terveystestipalvelu. Pohjola Sairaalassa työskentelee yli 400 työntekijää ja ammattiharjoittajaa. Terveystestipalvelun asiakaspalvelijat palvelevat Pohjola Sairaalan ja Pohjola Vakuutusyhtiön asiakkaita antaen neuvoja lääkäriin hakeutumisen tarpeellisuudesta ja vakuutusasiakkaiden vakuutusturvan kattavuudesta. Pohjola Sairaala palvelee tuki- ja liikuntaelinten hoitoa ja kuntoutusta vaativissa tapaturmissa ja sairauksissa. Palveluihin kuuluvat kaikki ortopediaa, käsikirurgiaa sekä urheiluvammoja tukevat erikoissalat, kuten fysiatria, neurokirurgia ja neurologia. Hoito kohdentuu tuki- ja liikuntaelinten hoitoon ja kuntoutukseen niin tapaturmissa kuin pitkäaikaissairauksissa. Toimintaa ohjaa hoidon vaikuttavuus ja ylivertainen asiakaskokemus. Sairaalan palvelulupauksena on tarjota asiakkaille viipymättä oikea-aikaista ja oikeaa hoitoa. Yrityskulttuurin toimintaa ohjaavia arvoja ovat vastuullisuus, ihmisläheisyys ja yhdessä menestyminen. Lisäksi potilasturvallisuudesta halutaan huolehtia joka tilanteessa. Helsingin toimipiste sijaitsee Pikku Huopalahdessa, Puutarhurinkuja 2:ssa. Kaikki sairaalan terveystestipalvelut tuottaa Pohjola Sairaala Oy, jonka omistaa Pohjola Vakuutus Oy. (OP Ryhmä; Pohjola Sairaala Oy).

4.2 Vaaratapahtumien käsittelyprosessi

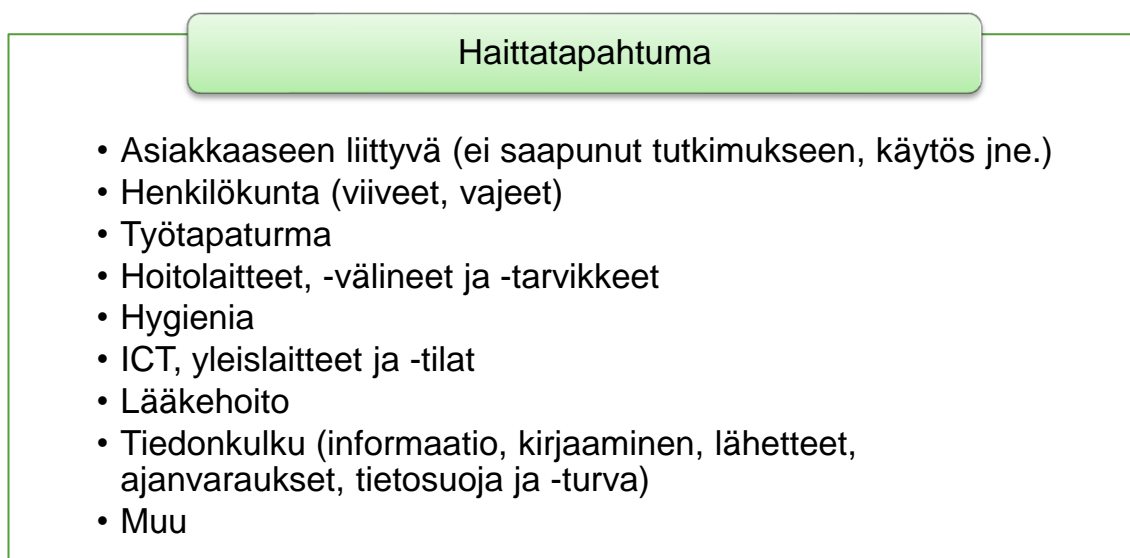
Pohjola Sairaaloissa käytetään selainpohjaista vaaratapahtumien raportointijärjestelmää ja sen kautta koko sairaalan henkilökunta voi tehdä vapaaehtoisesti ja anonymisti potilas- ja työturvallisuusilmoituksia. Raportointijärjestelmä vaihtui syksyllä 2020 ja nykyisen järjestelmän nimi on haittatapahtuman ilmoitusjärjestelmä. Organisaatiossa käytetään vaaratapahtuman sijaan yleisesti haittatapahtuma -sanaa kuvaamaan poikkeamia. Haittatapahtuma -ilmoituksen käsittely alkaa vaaratapahtuman tapahtuessa. Ilmoittaja kirjaa tapahtuman sähköiseen järjestelmään. Sovelluksessa on valittavana mitä yksikköä ja työpistettä ilmoitus koskee. Yksiköt ovat eri kaupunkien sairaalat tai terveystestipalvelu. Ilmoittaja valitsee sijainnin eli mitä työpistettä ilmoitus koskee ja sen jälkeen, onko

haittatapahtumaraportti joko huomautus laadusta, läheltä piti -tapahtuma vai haitta potilaalle tai itselle (ks. kuvio 8).

Yksikkö	Sijainti	Haittatapahtuma
<ul style="list-style-type: none"> •Helsinki •Tampere •Oulu •Kuopio •Turku •Terveystaripalvelu 	<ul style="list-style-type: none"> •Hallinto •Kuvantaminen •Leikkausosasto: leikkaussalit 2-6, heräämö, välinehuolto, yleiset tilat •Vastaanotto: 1.krs, 2.krs, 3.krs, poliklinikka, laboratorio •Työparivastaanotto 	<ul style="list-style-type: none"> •Huomautettavaa laadusta •Läheltä piti -tilanne •Haitta potilaalle tai itselle

Kuvio 8. Mukaillen Pohjola Sairaalan haittatapahtuma -raportointijärjestelmää.

Haittatapahtuma kirjataan suoraan mihin aihealueeseen se liittyy, kuten esimerkiksi lääkehoito (ks. kuvio 9). Tämän jälkeen kaikkiin muihin kohtiin, paitsi työtaturma, avautuu mahdollisuus kirjoittaa kuvaus tapahtumasta. Tämän jälkeen ilmoitus on tehty. Työtaturmassa kirjataan työtaturman ajankohta, kellonaika, kenelle sattunut, vahingoittunut kehonosa ja puoli sekä kuvaus tapahtumasta.



Kuvio 9. Haittatapahtumalle valitaan kirjauskohde haittatapahtuma -raportointijärjestelmässä.

Vuonna 2019 vaaratapahtuma –raportteja tehtiin Pohjola Sairaaloissa yhteensä 3760 kappaletta, joista haittatapahtumia 171 ja läheltä piti -raportteja 415 kappaletta. Helsingissä näistä tehtiin raportteja 1471 kappaletta, joista haittatapahtumia 66 ja läheltä piti -raportteja 120 kappaletta.

Pohjola Sairaalassa vaaratapahtumien käsittelystä vastaa laatumestari, joka kokoaa tapahtuneista vaaratapahtumista ja haittatapahtumaraporteista erillistä tilastoa. Vaaratapahtumaraportit käsitellään kuukausittain parin tunnin mittaisessa kansallisessa laatupalaverissa kaikkien sairaaloiden yksikönpäälliköiden, tiimien esimiesten ja laatumestarin kesken. Laatupalaveriin voi osallistua myös toimitusjohtaja, OP:n riskienhallintapäällikkö, hygieniavastuuhenkilö tai It-johtaja. Laatupalaverissa käydään läpi edellisen kuukauden kantelut ja muistutukset sekä potilasvahinkoilmoitukset anonymisti, minkä jälkeen siirrytään käymään läpi kuluvan kuukauden raportit. (Heikkinen 2021.) Kuukausittaiset laatumestarin ja tiimien esimiesten keräämät tapausnostot käydään läpi jokaisen kaupungin kohdalla erikseen. Aiheesta käydään läpi keskustelu, mitä tiimiesimies tietää tapauksesta ja sovitaan, miten tapaus käsitellään. Tapahtumista kootaan Excel, joka liitetään kokousmuistion liitteeksi Teamsiin. Excel -taulukoon on kirjattuna paikkakunta, päivämäärä, toimipiste ja mitä tapahtunut. Lisäksi on jako läheltä piti- ja haittatapahtumiin. Palaverin muistioon kirjataan, miten asia on käsitelty ja mitä kehittämistoimenpiteenä on sovittu. Joulukuusta 2019 lähtien on nimetty henkilö, joka huolehtii tapauksen käsittelyn tiimikohtaisesti ja kehittämistoimenpiteen toteuttamisesta. Organisaatiossa kehittävän toimenpiteen toteutuksen tai implementoinnin sijaan käytetään hyvin yleisesti jalkautus sanaa, joten näitä termejä käytetään jatkossa rinnan samassa merkityksessä.

Opinnäytetyöntekijä työskentelee Pohjola Sairaalassa kuvantamisen puolella röntgenhoitajana. Osallistumalla lähiesimiesten kansalliseen laatupalaveriin alkuvuodesta 2019 hän pääsi havainnoimaan vaaratapahtumien käsittelyprosessia. Laatumestari selvensi kokouksen jälkeen, että nykyisessä vaaratapahtumaraportoinnissa nousee esille prosessiongelmia, potilasturvallisuusasiat ja hoidon laatuun liittyvät seikat. Raportointiin kuuluu siis laatupoikkeamista ilmoittaminen, mitä ei tehdä esimerkiksi HaiPro:ssa. Tällä raportoinnilla saadaan ilmi sellaisia työntekemisen tai hoitopolun esteitä, jotka eivät ilmene pelkällä läheltä piti- ja haittailmoituksilla. Laatumestarin mukaan Pohjola Sairaaloissa raporttien tekemäärä vaihtelee paikkakunnittain ja tavoite on saada kaikkiin sairaaloihin yhtä suuri raporttien tekoaktiivisuus. Esimiesten kannalta on tärkeä luoda käytäntö, jossa henkilökunta saa tiedon, miten vaaratapahtumaraporttiin on reagoitu. Organisaation ris-

kikartoituksessa, jatkuvuussuunnitelmassa ja varsinkin omavalvontasuunnitelmassa kuvataan laatuun ja turvallisuuteen liittyviä asioita tarkemmin. Tähän kuuluu esimerkiksi kvartaaleittain tehtävä tapahtuneiden haittatapahtumien riskimatriisi luokittelu. Kvartaali-kohtaiset riskiraportit lähetetään tiedoksi yksikönpäällikölle, OP ryhmän riskienhallinnalle sekä Pohjola Sairaala Oy:n hallitukselle. (Heikkinen 2020; Heikkinen 2021.)

5 Kehittämistyön eteneminen ja käytetyt menetelmät

Tässä kehittämistyössä tutkimuksen kohteena oli vaaratapahtumien käsittelyprosessi. Tutkimus oli laadullinen tapaustutkimus (*case study method*). Se soveltuu kehittämistyöhön, jonka tehtävänä on tuottaa kehittämissuhteita. Tapaustutkimuksessa käytetään tyypillisesti erilaisia tiedonkeruumenetelmiä, kuten haastatteluja saamaan monipuolinen ja syvä kuva tutkittavasta tapauksesta. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 52, 55; ks. myös Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 134–135.) Heikkisen ym. (2008: 55) mukaan organisaation kehittämisessä korostuu eri ammattiryhmien välinen yhteistyö, kun toimintakäytänteisiin kohdistuu muutoksia.

5.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet

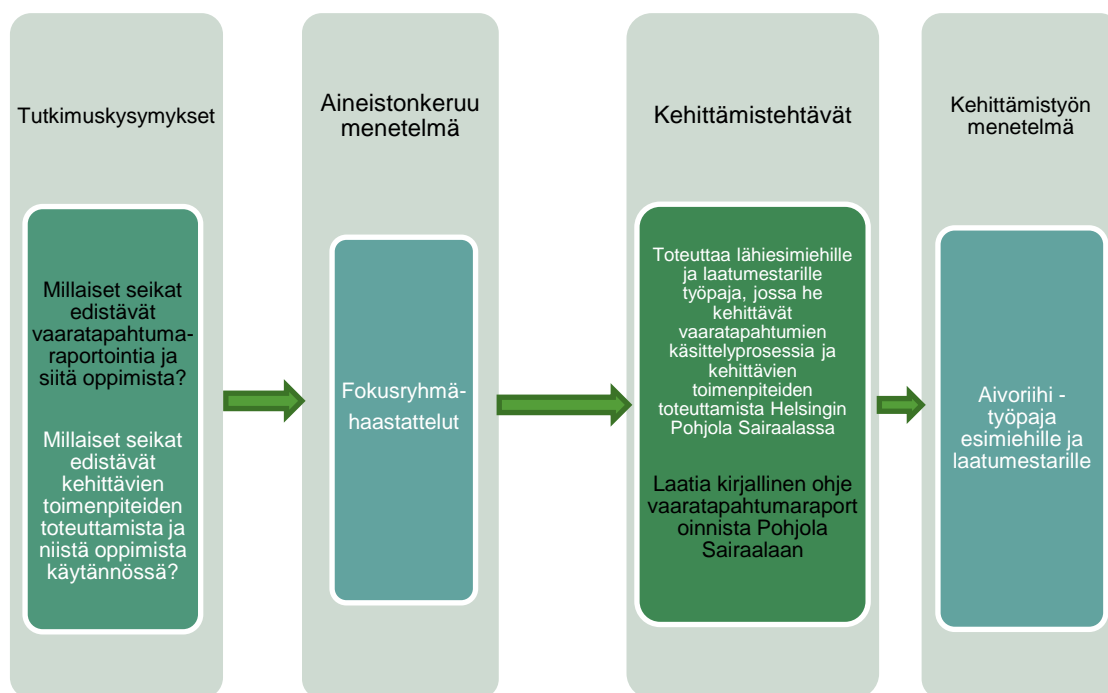
Tämä kehittämissuhteet koostuu seuraavista vaiheista: lähtötilanteesta, tutkimusvaiheesta, kehittämissuhteesta ja kehittämistyön päätösvaiheesta (ks. kuvio 10). Kehittämissuhteeseen lähtökohta ovat kehittämissuhteeseen tarpeen tunnistaminen ja sen ymmärtäminen. Kehittämissuhteeseen tunnistamisen jälkeen haetaan siihen liittyvää tietoa sekä käytännöstä että perehtymällä teoreettiseen tietoon. (Ojasalo ym. 2014: 22–25.) Työelämän ohjaajan ja Helsingin Pohjola Sairaalan yksikönpäällikön antama ohjaus korostui tässä vaiheessa.



Kuvio 10. Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet.

5.2 Menetelmävalinnat kehittämistyölle

Helsingin Pohjola Sairaalan lähiesimiesten valtakunnalliseen laatupalaveriin osallistuminen auttoi opinnäytetyöntekijää havainnoimaan sairaalan vaaratapahtumaraporttien käsittelyprosessia. Aineistonkeruu- ja kehittämistyön menetelmä valikoitui kehittämistehtävien ja tutkimusongelmien kautta kvalitatiiviseen ja osallistavaan lähestymistapaan, koska sen avulla haluttiin tuoda esiin kokemuksellista tietoa vaaratapahtumaraportoinnista vaaratapahtumien käsittelyn kehittämisen tueksi. Seuraavan sivun kuviossa 11 on kuvattu menetelmävalinnat.



Kuvio 11. Menetelmien valintaa ohjasivat tutkimuskysymykset ja kehittämistehtävät.

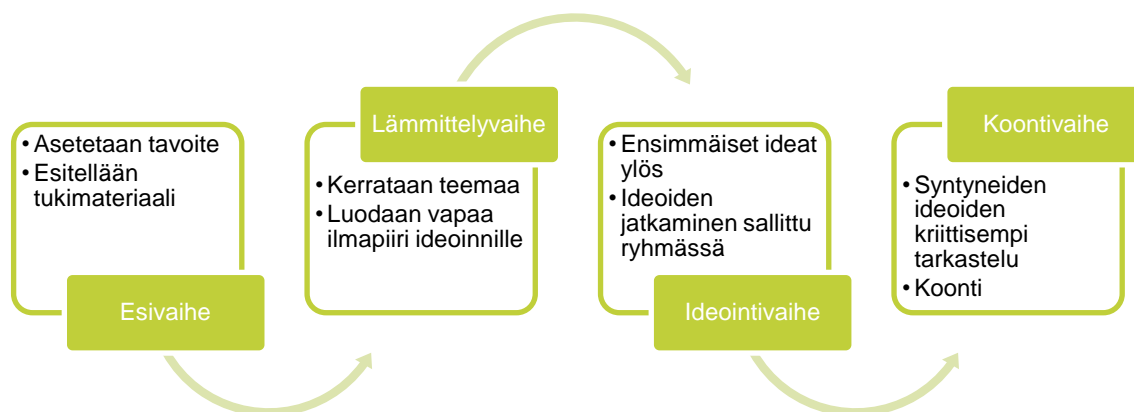
5.2.1 Fokusryhmähaastattelu laadullisena tutkimusmenetelmänä

Fokusryhmähaastattelu (*focus group interview*) on tutkimusmenetelmä, jolla on lääketieteessä vakiintunut käyttöalue terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkimuksessa (Mäntyranta – Kaila 2008: 1507). Tämän kehittämistyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui fokusryhmähaastattelu, koska se mahdollistaa tiedon keruun usealta tutkittavalta samaan aikaan. Ryhmähaastattelulla toivottiin päästävän syvemmälle tasolle kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä, haastateltavien muodostaessa yksilön mielipiteen sijaan yhteistä kantaa vaaratapahtumaraportoinnista oppimiseen liittyvistä asioista. (Hirsjärvi ym. 2009: 197). Teemahaastattelussa ei yleensä käytetä tarkkaa kysymyslistaa, vaan haastattelurunko on enemmin joustava teema-alueuuttelo keskusteltavista aiheista (Hirsjärvi – Hurme 2008: 66). Kanasen (2012: 99–102) mukaan teemahaastattelun keskustelun aihealueet eli teemat valitaan niin, että ne kattavat koko tutkittavan ilmiön.

5.2.2 Aivoriihiyöskentely kehittämistyön menetelmänä

Kehittämismenetelmäksi valikoitui ideointityöpaja, joka tunnetaan yleisesti termillä brainstorming eli aivoriihiyöskentely. Se on ideointimenetelmä, jossa yhteinen keskustelu toimii tuottavasti. Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävänä on toteuttaa työpaja,

jossa Helsingin Pohjola Sairaalan lähiesimiehet ja laatumestari työstävät kehittämisside-
oita nykyisen vaaratapahtumienkäsittelyprosessin kehittämiseksi. Lähiesimiesten on tar-
koitus yhdessä ideoida uusia lähestymistapoja vaaratapahtumien käsittelemiseksi ja
kehittävien toimenpiteiden jalkauttamiseksi käytäntöön. Ideointityöpaja toteutettiin sille
tyypillisellä kaavalla, mikä on mallinnettu alla olevaan kuvioon 12. (Ojasalo ym. 2015: 40,
160.)



Kuvio 12. Ideointityöpajan kulku (Mukaiillen Ojasalo ym. 2015: 161).

6 Tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttaminen

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä pyritään saada aikaan käytännön parannuksia. Siinä yhdistyy projektityön ja kehittämistyön piirteitä, joihin liittyy oleellisesti tiedontuotanto, toimijoiden osallistuminen ja kehittämistyön suunnitelmallisuus. Tutkimuksellista kehittämistyötä eivät ohjaa ensisijaisesti teoreettiset vaan käytännölliset tavoitteet. (Ojasalo ym. 2014: 19–20.) Kehittäminen on mahdollista myös ilman tutkimusta, mutta Heikkilän, Jokisen ja Nurmelan (2008: 21) mukaan tutkimus ja kehittäminen toimivat parhaiten yhdessä. Tässä kehittämistyössä toteutettiin laadullinen tutkimus, jonka tuloksia on myöhemmin hyödynnetty vaaratapahtumaprosessin kehittämisessä.

6.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineiston kerättiin fokusryhmähaastattelulla. Tutkimus rajautui koskemaan Helsingin Pohjola Sairaalan henkilökunnan näkemyksiä vaaratapahtumaraportoinnista ja kehittävien toimenpiteiden toteutuksesta. Fokusryhmähaastattelun teemat nousivat

opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuskysymysten pohjalta. Ennen varsinaisia fokusryhmähaastatteluja edelsi esihaastattelu, missä teemahaastattelurunko esitettiin yhdellä vapaaehtoisella henkilökunnasta. Tämän pohjalta opinnäytetyöntekijä muokkasi teemahaastattelun runkoa vaihtamalla teemojen järjestystä, tarkentamalla ja karsimalla apukysymyksiä. Haastattelu eteni yksityisestä yleiseen, koska siten haastattelu pohjusti haastateltavia ajattelemaan vaaratapahtumaraportoinnin olevan osa laajempaa asiakokonaisuutta. Esihaastattelun aikana opinnäytetyöntekijälle tuli mieleen uusi kysymys: Kuinka tuttu vaaratapahtumien käsittelyprosessi on? (ks. Glesne – Peshkin 1991:30, 64). Kutsut pienryhmähaastatteluihin lähetettiin henkilökohtaisesti sähköpostitse, kun tutkimussuunnitelman yhteistyösopimus oli allekirjoitettu. Työelämän ohjaaja allekirjoitti tutkimussuunnitelman marraskuun alussa 2020. Haastattelut järjestettiin 5.11. ja 6.11.2020 Helsingin Pohjola Sairaalalla.

Kansainvälisenä potilasturvallisuuspäivänä 17.9.2020 opinnäytetyöntekijä lähetti henkilökunnalle sähköpostitse posterin, jossa muistutettiin potilasturvallisuustyön tärkeydestä (liite 3). Samalla esiteltiin tämän opinnäytetyön aihe ja ilmoitettiin haettavan vapaaehtoisia myöhemmin toteutettaviin ryhmähaastatteluihin. Motivoituneiden haastateltavien etsiminen kannatti, koska haastattelutilaisuuksiin osallistui yhteensä seitsemän ammattilaista, jotka mielellään keskustelivat potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumaraportoinnista. Noin viikkoa ennen haastatteluja haastateltavat saivat luettavaksi tutkimuksen saatekirjeen ja suostumuslomakkeen (liite 1) sekä teemahaastattelurungon (liite 2), jotta heidän ajatuksensa virittäytyisivät valmiiksi haastattelun aihepiirin mukaiseksi.

Opinnäytetyöntekijä toimi molemmissa haastatteluissa haastattelijan roolissa ja kertasi moneen kertaan teema-alueet ennen haastatteluja, jotta haastattelu sujuisi mahdollisimman sujuvasti. Haastattelussa haastateltaville annettiin mahdollisuus puhua vapaasti ennalta mietityistä teemoista. Heille esitettiin tarkentavia apukysymyksiä omista kokemuksistaan vaaratapahtumaraportointiin ja kehittävien toimenpiteiden toteutukseen sekä lähesimiehen vaikutusmahdollisuuksista vaaratapahtumaraportoinnista ja kehittävästä toimenpiteistä oppimiseen (liite 2). Opinnäytetyöntekijä pyrki haastattelijana olemaan sekä aktiivinen kuuntelija että keskustelun ohjaaja tarkentavien tukikysymysten avulla (ks. Hirsjärvi – Hurme 2008: 103). Molempiin haastatteluihin oli varattu aikaa puolitoista tuntia, mutta haastattelut loppuivat luonnollisesti noin tunnin kuluttua. Hirsjärven ja Hurmeen (2008: 92) mukaan haastattelun tallentaminen sujuvoittaa haastattelua. Haastateltavien luvalla molemmat haastattelut nauhoitettiin kahdella eri puhelimelle talteen.

Kysymykset haastattelujen ajankohdasta, pituudesta ja haastattelupaikasta ratkaistiin käytännöllisyyden ja teorian avulla (Glesne – Peshkin 1991:73). Haastateltavat saivat osallistua tutkimushaastatteluun työajalla, joten työpaikan neuvotteluhuoneet olivat paras vaihtoehto haastattelupaikaksi. Lisäksi neuvottelutilat ovat hiljaisia ja suljettuja tiloja, joissa pystyi puhumaan niin, etteivät ulkopuoliset kuule keskustelua. Työajalla haastatteluun osallistuminen kannusti haastateltavia osallistumaan, mutta karsi myös osaa hylkäämistä pois, kun haastatteluajankohta jouduttiin sovittamaan työn toimivuuden kannalta sopivaksi. Alun perin haastatteluun oli ilmoittautunut kymmenen vapaaehtoista mukaan, mutta heistä kolme eivät olleet työvuorossa haastattelun aikana. Haastatteluja toteutettiin kaksi, jotta työt sairaalassa sujuisi henkilöstövajeesta huolimatta.

6.2 Laadullisen aineiston käsittely ja analysointi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä ja siten kasvattaa sen informaatioarvoa (Eskola – Suoranta 1998: 137; Tuomi – Sarajärvi 2018: 89). Onnistuneessa tulkinnassa tutkimusraportin lukija omaksuu saman näkökulman kuin tutkija ja pystyy löytämään tekstistä samat asiat kuin tutkija riippumatta siitä, onko hän näkökulmasta samaa mieltä (Hirsjärvi – Hurme 2008: 151). Analyysin teoriasidonnaista päättelylogiikkaa kutsutaan abduktiiviseksi päättelyksi. Tehtävä on yhdistää aineistolähtöisyys ja teoriasidonnaisuus oman päättelyprosessin avulla loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysi aloitetaan aineistolähtöisesti, mutta sen edetessä sitä ohjaava ajatus nostetaan sen teoreettisesta viitekehystä. (Puusa – Juuti 2020: 146.)

Aineiston analyysissä seurattiin Puusan ja Juutin (2020: 147–149) kuvausta laadullisen analyysin etenemisestä. Nauhoitetut ryhmähaastattelut litteroitiin sanasta sanaan auki pian haastattelujen jälkeen, jotta asiat olivat vielä opinnäytetyöntekijällä tuoreessa muistissa. Litteroinnissa käytettiin sanatarkan ja peruslitteroinnin välimuotoa kuuntelemalla ja kelaamalla tallennetta moneen kertaan edestakaisin. Täytesanat kirjoitettiin ylös, mutta äännähdykset ja päällekkäin puhumisesta syntyneet epäselvyydet sekä opinnäytetyöntekijän puhe jätettiin pois. Ruusuvuoren (Hyvärinen – Nikander – Ruusuvuori 2010: 424–425) mukaan kovin yksityiskohtainen litterointi ei ole tarpeen, jos haastattelussa kiinnostus kohdistuu siitä esille tuleviin asiasisältöihin. Litteroitua tekstiä syntyi ensimmäisestä haastattelusta 18 sivua ja toisesta haastattelusta 15 sivua.

Litteroitu aineisto piti järjestellä ja se tehtiin tietokoneella Word -ohjelmalla ilman aineistonkäsittelyohjelmia. Opinnäytetyöntekijä kävi molemmat aineistot moneen kertaan läpi.

Useat luku- ja kuuntelukerrat auttoivat havainnoimaan aineistossa toistuvia asioita, ja aineisto kävi tutummaksi ja helposti ymmärrettäväksi sen pelkistysvaiheessa. Aineiston käsittelyn helpottamiseksi samaa tarkoittavia pelkistettyjä ilmauksia koodattiin samalla värillä, muttei laskettu eli kvantifioitu sen tarkemmin. Opinnäytetyöntekijä pyrki luokitteluvaiheessa havaitsemaan tekstimassasta tutkimusongelmalle olennaiset aiheet yhdistelemällä samaa tarkoittavia pelkistettyjä ilmaisuja yhteisen alaluokan alle taulukkoon.

Alaluokat nimettiin aineiston sisällön mukaan. Luokittelu tapahtui siten, että samaa ilmiötä kuvaavat ilmaukset yhdistyivät samaan alaluokkaan kuten esimerkiksi ”konkreettinen ja rakentava palaute” alla olevan taulukon 3 mukaisesti. Opinnäytetyöntekijä päätyi kahdeksaan alaluokkaan pohtimalla aineistosta löytyviä konkreettisia ilmaisuja vaaratapahtumaraportoinnin oppimisen mahdollistavina ja estävinä tekijöinä. Kehittävien toimenpiteiden toteuttamista ja niistä oppimista mahdollistavia ja estäviä tekijöitä syntyi viisi alaluokkaa. (ks. Puusa – Juuti 2020: 147, 149.)

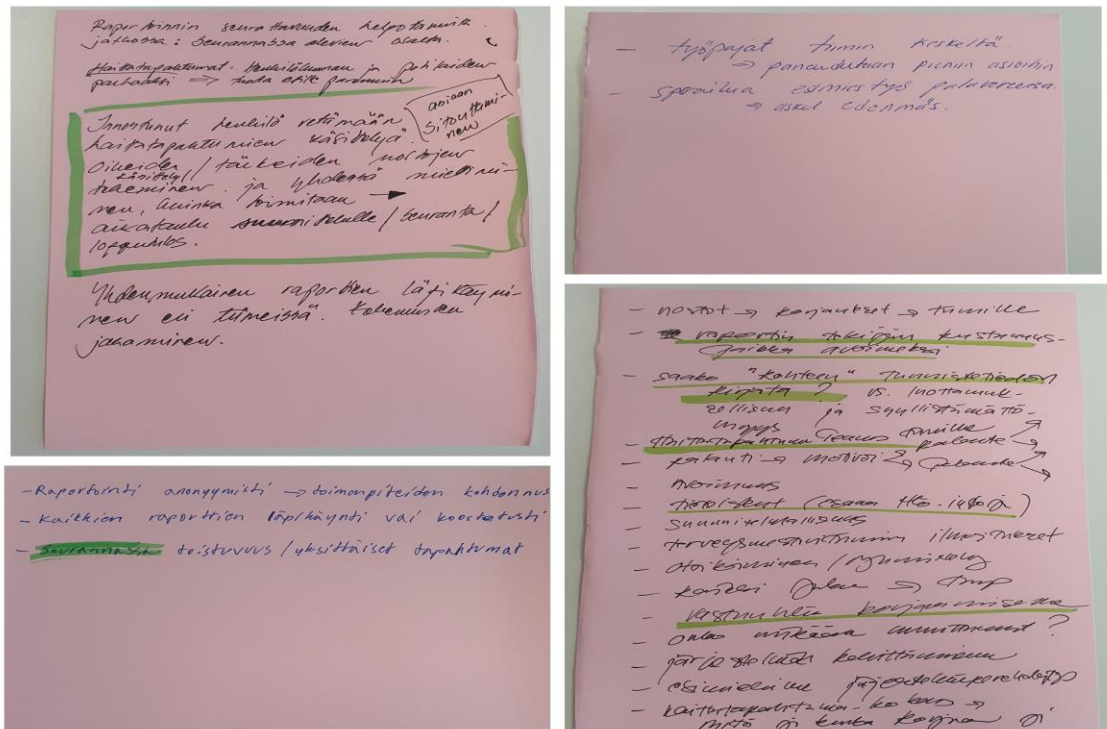
Taulukko 3. Esimerkki sisällönanalyysin luokittelusta.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> • Palaute pitää saada rakentavasti. Mitä olisi voinut tehdä toisin? • Muistutetaan, että tämä tehdään näin. Muuten aiheutuu näin. Virheistä oppii. • Niihin otettaisi kantaa. • Läpinäkyvää pitäisi oma ja muiden toiminta olla. Saa palautteen ja pystyy ammatillisesti ottamaan sen, ettei mokaa ensi kerralla tässä... 	Konkreettinen ja rakentava palaute	Osaamisen varmistaminen ja kannustaminen rakentavan palautteen kautta
<ul style="list-style-type: none"> • Se olisi edesauttanut sitä, että ne raportoidaan oikein, että olisi ollut koko talolle pieni koulutus. • Se järjestelmä olisi käyty selkeästi läpi ja pidetty puhetta, että mihin tämä auttaa, miten nämä käydään läpi. • Jotenkin pitäisi muokata käyttöönottoa ja asennetta. Just sellainen kampanja, koulutus tai semmoinen. 	Perehdytys ja motivointi raportointimethodaan	
<ul style="list-style-type: none"> • Kannustamalla raportointia aina joka tapahtuman jälkeen. • Esimies saattaa tulla muistuttamaan, että ”muistahan tehdä”. On hyvä, että joku pitää huolta. 	Raportointiin kannustaminen	

6.3 Aivoriihityöskentelyn kuvaus

Kehittämisvaiheen aivoriihi -työpaja toteutettiin Helsingin Pohjola Sairaalassa 5.2.2021. Yksikönpäällikkö ja lähiesimiehet osallistuivat työpajaan paikan päällä ja laatumestari etäyhteyksin. Työpaja työskentelyyn oli varattu aikaa 1,5 tuntia. Aivoriihimenetelmänä toteutettu työpaja koostui opinnäytetyön tekijän alustuksesta ja aivoriihityöskentelyn lämmittely-, ideointi- ja koontivaiheesta. Opinnäytetyöntekijä korosti, että työpaja kuuluu osaksi opinnäytetyön kehittämistyötä ja työpajan tuotoksia tulisi käyttää opinnäytetyön raportoinnissa.

Työpajan alustuksena opinnäytetyöntekijä esitteli fokusryhmähaastattelujen tuloksia, mikä innosti osallistujia keskusteluun. Alustus jatkui ideointivaiheeseen sujuvasti. Opinnäytetyöntekijä ohjeisti lähiesimiehiä ja laatumestaria keksimään matalalla kynnyksellä ideoita kehittävien toimenpiteiden toteuttamiseen. Paikalla olleet neljä lähiesimiestä kirjasi omia ajatuksiaan paperille ylös ja laatumestari osallistui ideointiin etänä. Tämän jälkeen osallistujat lähtivät ideoimaan yhdessä keskustellen vaaratapahtumaprosessin kehityskohteita ja toteutustapoja. Kuviossa 13 on esitetty lähiesimiesten ideapaperit, jotka valokuvattiin myöhempää raportointia varten.



Kuvio 13. Työpajatyöskentelyssä syntyi vaaratapahtumien kehittävien toimenpiteiden toteuttamiseen kehitysideoita.

Työpajatyöskentelyssä otettiin huomioon korona -ajan turvallisuusohjeet, minkä vuoksi toimintaa ohjasi keskustelu turvavälein. Opinnäytetyöntekijä keräsi työpajan päätyttyä ideapaperit talteen ja kirjoitti ylös muistion työpajatyöskentelystä loppuraportointia varten. Opinnäytetyöntekijä hyödynsi työpajan tuloksia laatiessaan kirjallista ohjetta vaaratapahtumaraporttien käsittelyyn ja vaaratapahtumaraportoinnista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutukseen.

7 Tutkimuksellisen kehittämistyön tulokset

Tulokset on esitetty niin, että kappaleissa 7.1–7.4 kuvaillaan tulokset vastaten tutkimuskysymyksiin ja kappaleessa 7.5 kuvataan kehittämisvaiheen aivoriihi -työpajan tulokset. Tutkimustulokset perustuvat fokusryhmähaastattelulla kerätyn aineiston sisällönanalyyysiin. Fokusryhmähaastatteluihin osallistuneilla oli yhdenmukaisia kokemuksia, millaiset tekijät edistävät tai estävät vaaratapahtumaraportointia ja kehittävien toimenpiteiden toteutusta. Eroavaisuuksia vaaratapahtumaraportointiin liittyvistä kokemuksista oli jonkin verran eri tiimien edustajien välillä. Mikäli tutkimuskysymyksiin ei löytynyt aineistosta vastauksia, ovat ne tuotu esille näissä luvuissa.

7.1 Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista edistävät tekijät

Haastateltavat kokivat, että vaaratapahtumaraportointiin kannustaa nopeasti saatavilla oleva, helppokäyttöinen ja anonymisti täytettävä raportointimenetelmä. Haastateltavien mukaan vaaratapahtumaraportointiin motivoi siitä saatu konkreettinen hyöty, joka tulee näkyväksi toteutettujen kehittävien toimenpiteiden avulla. Haastateltavat kuvailivat näitä asioita seuraavasti:

”Nyt on paljon helpompi tehdä, kun se on koneella.”

”Se on paremmin organisoitu, se on jäsennelty paremmin.”

”Kun asiat käydään läpi anonymisti, niin puhutaan toimintatavoista.”

” Toki niitten perusteella tehdään korjauksia ja parannuksia meidän talossa, mutta sen pitäisi olla meille selkeämpi se hyöty.”

”Että näkee, tuleeko muutosta, jos on epäkohtia. Varsinkin, jos ne toistuu. Se auttaa uskomaan systeemiin, jos näkee että asiat voi muuttua, niin sitten siihen alkaa luottamaan.”

Haastateltavat kuvasivat rakentavan palauteen, raportointijärjestelmään perehdyttämisen sekä raportointiin kannustamisen edistävän vaaratapahtumaraportointia. Etenkin raporteista saatu rakentavaa palaute koettiin tärkeänä ja edistävän vaaratapahtumista oppimista. Osaamisen varmistamista ja rakentavan palautteen kautta raportointiin kannustamista he kuvailivat seuraavanlaisesti:

”Palaute pitää saada rakentavasti. Mitä olisi voinut tehdä toisin?”

”Siihen auttaa se, että se järjestelmä olisi käyty selkeästi läpi ja pidetty puhetta, että mihin tämä auttaa, miten nämä käydään läpi.”

”Se olisi varmaan edesauttanut sitä, et ne raportoidaan oikein, että siitä olisi ollut koko talolle pieni koulutus.”

”Kannustamalla raportointia aina joka tapahtuman jälkeen.”

Haastateltavat kokivat säännöllisen vaaratapahtumien käsittelyn edistävän vaaratapahtumista oppimista. Tähän kuului vaaratapahtumien käsittely tarpeeksi usein tiimeissä sekä vaaratapahtumatapausten ja turvallisuuteen liittyvien tapausten jakaminen laajemmin sairaalan sisällä. Näitä he kuvailivat seuraavasti:

” Se, että asiat käsitellään ja missä ajassa ne käsitellään.”

” että siitä infottaisiin henkilökunnalle, että turvallisuustilanteemme on hyvä tai tällaisia muutoksia tehdään.”

Alla olevassa taulukossa 4 on esitetty sisällönanalyysin tulokset vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista edistävästä tekijöistä.

Taulukko 4. Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista edistävät tekijät.

Alaluokka	yläluokka	Pääluokka
Rakentava palaute	Osaamisen varmistaminen ja kannustaminen rakentavan palautteen kautta	Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista edistäviä tekijöitä
Perehdytys ja motivointi raportointimenetelmään		
Raportointiin kannustaminen		
Nopeasti saatavilla oleva ja helppokäyttöinen raportointijärjestelmä	Anonyymiyys ja helppokäyttöisyys	
Anonyymiyys		
Konkreettinen hyöty	Hyödyllisyys	
Toteutetut kehittävät toimenpiteet tuovat hyödyn näkyviksi		
Raporttien käsittely säännöllisesti	Säännöllinen vaaratapahtumien käsittely	

7.2 Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista estävät tekijät

Haastateltavat toivat esille, kuinka syyllistäminen, omalla nimellä raportointi, vähäinen perehdytys ja vähäinen motivaatio raportointiin voi vaikuttaa negatiivisesti vaaratapahtumista oppimiseen. Etenkin omalla nimellä raportointi koettiin turhana, kun raportoinnilla pyritään toiminnan kehittämiseen. He kuvailivat estäviä seikkoja seuraavasti:

”Se ei olisi syyllistämistä vaan, että tämä on ihan fakta, et näin voi käydä.”

”Se ei saisi tulla yleisesti enää nimen kanssa. Sen pitäisi olla sellainen, että siitä vaan paranee työn tulos.”

”Ihmiset ei ole niin motivoituneita siihen. Joku tällainen siellä meidän kulttuurissa on.”

”..avataan sitä tilannetta, että tästä oikeasti on hyötyä tai mitä hyöttyä ja mihin tämä menee ja mikä se polku on.”

Lisäksi haastateltavien mukaan harvoin tai ei laisinkaan vaaratapahtumaraporttien läpikäynti ja avoimuuden puute vaikuttavaa negatiivisesti motivaatioon raportoida. Tämän lisäksi haastateltavilta tuli esiin ajatus siitä, etteivät raportoidut asiat tuo aina toivottua muutosta toimintakäytänteisiin. Näitä asioita he kuvailivat seuraavasti:

”Kuukausittain tai lähiaikoina muistuu paremmin mieleen, jos se käsitellään nopeasti.”

”Joskus sitä (vaaratapahtumaa) ei ole siinä tilanteessa huomattu tai kirjattu. Se tulee sieltä jostain kiertoteitse. Et se ei ole avointa. Nekin pitäisi tavallaan nostaa, et näin on käynyt.”

”Tuntuu, että teen samasta aiheesta joka päivä uutta. Kuulee, että muutkin on tehnyt samasta asiasta palautetta. Että, missä kohtaa se torppaantuu sitten se?”

Alla olevassa taulukossa 5 on esitetty sisällönanalyysin tulokset vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista estävistä tekijöistä. Haastateltavien näkemykset estävistä tekijöistä täydensivät vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista edistäviä tekijöitä.

Taulukko 5. Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista estävät tekijät.

Alaluokka	yläluokka	Päälouokka
Omalla nimellä raportointi	Omalla nimellä raportointi ja syyllistäminen	Vaaratapahtumaraportointia ja siitä oppimista estävät tekijät
Syyllistäminen		
Harvoin raporttien tai ei ollenkaan raporttien käsittely	Kehittävien toimenpiteiden vähyys ja avoimuuden puute	
Ajatus, ettei raportoiduista asioista tapanhdu parannuksia toiminnassa		
Avoimuuden puute		
Motivoinnin puute raportointiin	Perehdytyksen ja motivaation puute raportointiin	
Vähäinen perehdytys raportointiin		
Kirjallisten ohjeiden puuttuminen		

7.3 Kehittävien toimenpiteiden toteutusta edistävät tekijät

Haastateltavat kokivat esimiesten ja tiimien välisen yhteistyön sekä osallistumisen voiman olevan tärkeitä vaaratapahtumaan kehitetyn toimenpiteen jalkauttamisessa. Kehittävien toimenpiteiden toteutukseen liitettiin vahvasti yhteistyö sekä hyvä viestintä ja kommunikaatio raportointiprosessin eri vaiheissa. Tähän kuuluu yhdessä ratkaisun kehittäminen kehittävään toimenpiteeseen. Haastateltavat kuvailivat asiaa seuraavasti:

”Jos on itse saanut uudistuksen läpi, niin ei ainakaan kritisoi sitä seuraavana päivänä.”

”Jos porukassa päätetään jotain, niin siitä on helpompi pitää kiinni. Sitoutuu itsekin paremmin.”

”Yhdessä sen päätöksen tekeminen.”

”Se luo tyytyväisempää ilmapiiriä, kun tuntee, että voi vaikuttaa asiaa.”

Konkreettinen hyöty raportoinnista saadaan esiin reagoimalla suunnitelmallisesti ja säännöllisesti raportoituihin asioihin ja kehittämällä niihin ratkaisuja yhdessä. Viiveetön raporttien läpikäynti tai tarpeeksi nopeasti raportoituihin asioihin puuttuminen lisää vaikuttavuutta raportoinnin hyödyistä.

”..vaikka kymmenen tulee täyteen samaa ongelmaa, niin jonkun tietokoneella blingais, että nyt pitää puuttua. Sitten sen esimiehen pitäisi puuttua, että onko X puuttunut?”

”Lähiesimies enemmän vois heittää idean meille ja sanoo, että testatkaa, toimiiko. Se tietää, että meiltä tulee aika totuudenmukainen palaute siitä heti.”

”Olisi hyvä ensin kysyä joltakin, miten tämä homma menee tai voitaisiinko tehdä näin.”

”Omassa tiimipalaverissa käydään läpi ja se on hyvä. Se puolen vuoden päästä asian selvittely on aina huonompi kuin se, että vaikka kuukauden sisällä. Se on hyvä parannus.”

Alla olevassa taulukossa 6 on esitetty sisällönanalyysin tulokset kehittävien toimenpiteiden toteutusta edistävästä tekijöistä.

Taulukko 6. Kehittävien toimenpiteiden toteutusta edistävät tekijät.

Alaluokka	yläluokka	Pääluokka
Raportteihin reagointi tarpeeksi usein	Suunnitelmallinen vaaratapahtumien käsittely	Kehittävien toimenpiteiden toteutusta ja siitä oppimista edistävät tekijät
Vaaratapahtumatapausten ja turvallisuuteen liittyvien asioiden jakaminen laajemmin talon sisällä		
Yhdessä ratkaisun kehittäminen	Osallistaminen ja yhteistyö	
Henkilökunnan osallistaminen vaaratapahtumien käsittelyyn		
Kommunikaatio henkilökunnan ja esimiesten kesken prosessin eri vaiheissa	Hyvä kommunikaatio	

7.4 Kehittävien toimenpiteiden toteutusta estävät tekijät

Vaaratapahtumien käsittely harvoin tai pintapuolisesti koettiin vaikuttavan negatiivisesti raporteista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutukseen. Haastatteluissa oli haastateltavia, joiden mukaan raporteja ei käydä läpi koskaan tai erittäin harvoin ja ne käydään läpi nopeasti tai pintapuolisesti. Toisaalta oli haastateltavia, joiden mukaan niitä käydään läpi useammin kuin ennen ja raporttien läpikäynti on suunnitelmallista ja hyvin organisoitu tiimipalaveriin. Eri tiimeissä raporttien käsittelytavat ja tiheys vaihtelivat, mitä haastateltavat kuvailivat seuraavasti:

”Ei me olla ikinä käyty läpi.”

”Jossain ollaan käyty. Hyvin pintapuolisesti. Ja nopeasti.”

”Niitä käytiin aika harvoin, olisiko se ollut kerran vuodessa. Nyt niitä käydään useammin.”

”Meillä on kahvihuoneen seinällä joka perjantai aamumeetingin aiheita. Siihen X on laittanut kerran kahteen kuukauteen haittatapahtumat. Se on pääteemana siinä aamumeetingissä.”

Vähäinen raportointiaktiivisuus ja vaaratapahtumiin liittyvä vähäinen kommunikaatio tiimien ja esimiesten välillä koettiin estävän tiedonkulkua, kuten esimerkiksi kehittävän toimenpiteen toimivuuden arvioinnin käytännössä. Haastateltavat kuvailivat tätä seuraavasti:

”Aika vähän niitä on tehty. Se vaikuttaa, että jos niitä ei ole, niin eihän niitä voi käydä läpi.”

”Olisi hyvä ensin kysyä joltakin, miten tämä homma menee, tai voitaisiinko tehdä näin tai olisiko tämä hyvä.”

Alla olevassa taulukossa 7 on koottu sisällönanalyysin tulokset kehittävien toimenpiteiden toteuttamista estävistä tekijöistä. Haastateltavien näkemykset estävistä tekijöistä täydensivät tuloksia kehittävien toimenpiteiden toteuttamista ja niitä oppimista edistävästä tekijöistä.

Taulukko 7. Kehittävien toimenpiteiden toteutusta estävät tekijät.

Alaluokka	yläluokka	Pääluokka
Vaaratapahtumien käsittely tiimissä liian harvoin	Vähäinen kommunikaatio	Kehittävien toimenpiteiden toteutusta estävät tekijät
Vaaratapahtumien käsittely liian pintapuolisesti		
Vähäinen raportointi		
Vaaratapahtumien käsittelyssä tiedon välittymisen estyminen	Tiedon välittymisen estyminen	
Kehittävästä toimenpiteestä kerättävän palautteen puute		

Fokusryhmähaastattelun viimeinen teema potilas- ja asiakasturvallisuus sekä turvallisuuskulttuuri nosti esiin haasteita raportoinnista ja raportoinnista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutuksesta laajemmassa mittakaavassa. Haastateltavat kuvailivat esimerkiksi suunnitelmallisuuden puutteen viestivän asian tärkeyttä seuraavasti:

”Toki hän haluaa tuoda ne meille, mutta kun se ei ole suunnitelmallisesti tehty se esitys näihin tapahtumiin liittyen, niin se viestii meille sitä, että ne ei ole niin tärkeitä asioita.”

”Silleen ohi menen tiimipalavereista niistä käydään viisi juttua ja ”hei tietääks kukaan mitään mitä tässä on käynyt” nii eihän se näy meille hyödyllisenä välineenä, vaan se näkyy vähä sellaisena ”noh teeks mä tän vai en.”

Vaaratapahtumaraportoinnin avulla toiminnan ja hoidon laadun kehittäminen nähtiin toteutuvan ja sitä kuvailtiin seuraavasti:

”Musta se on hyvä, palvelee sitä laatua justinsa. Jotenkin koen, että se ei meillä turvallisuuteen sinänsä päivittäisessä työssä. Mutta siihen laatuun se vaikuttaa, mitä nyt meillä voi ollakaan. Siinä kynnyks on matala.”

Haastateltavat kokevat, että raportointiprosessin avaaminen tiimeille lisäisi ymmärrystä raportointiin ja raportoinnilla pystyttäisiin toimintaa kehittämään lisääkin, kun tapaukset tuotaisiin jakoon yli tiimirajojen. Raportointiprosessin tunteminen tulisi kuulua vaaratapahtumaraportoinnin perehdytykseen, mikä voidaan ajatella vakioivan vaaratapahtumaraportointiprosessin laatua. Näitä asioita haastateltavat kuvailivat seuraavasti:

”Ainut, mikä meille on tuttua, että tiimipalavereissa käydään niitä läpi mitä meidän osastolle on tullut. Vähä silleen poimitusti ja valikoidusti.”

”Oletettavasti ne tiedot menee laatumestari-päällikölle ja sitten meidän esimiehellemme. Ja luulen, että myös ylilääkärille ja yksikönpäällikölle. Ei ole tarkempaa tietoa, mutta näin itse ajattelisin. En tiedä, miten he ryhmänä käsittelee ne.”

”Meilläkin aika paljon on niistä tapahtumista tommoisia ajanvarausvirheitä. Niistä ei ole kyllä mitään tietoa, kuin ne menee sinne perille. Et raportoidaanko ne sinne heidän esimiehille tai käydäänkö ne siellä läpi? Et ei osaa ajatella, parantaako se niitten toimintaa konkreettisesti vai ei.”

Potilas- ja asiakasturvallisuutta edistävässä lähiesimiestyössä ja johtamisessa nähtiin kuvautuvan organisaation arvot, kuten henkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksen merkitys. Näitä kuvailtiin tärkeiksi myös turvallisuuden kannalta seuraavasti:

”Periaatteessa luotan, että täällä hyvin on ne roolit ja vastuut turvallisuuteen liittyen. Mutta se, että ne olisi näkyvillä meillä enemmän. Jollain tavalla se kunnioitus henkilökuntaa ja potilaita kohtaan.”

”Tuodaan ilmi tavoitetta, että täällä on potilaat tärkeitä ja henkilökunta on tärkeitä... Sitä kautta tulee myöskin se turvallisuus ja se ajatus, että joku miettii näitä asioita minun puolestani.”

7.5 Aivoriihityöskentelyn tulokset

Opinnäytetyön kehittämisvaiheessa esimiehet kehittivät olemassa olevaa vaaratapahtumien käsittelyprosessia ja käytäntöä kehittävien toimenpiteiden jalkauttamiseen Pohjola Sairaaloissa. Seuraavaksi raportoidaan kehittämisvaiheen aivoriihimenetelmänä toteutetun työpajan tuloksena syntyneitä kehitysideoita.

Esimiehet tuottivat työpajassa monia hyviä ja toteutettavissa olevia kehitysideoita vaaratapahtumaraporteista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutukseen. Esimiehet ja laatumestari saivat henkilökunnan kokemukseen perustuvaa tietoa opinnäytetyöntekijän alustuksesta ja käyttivät tätä hyödykseen aivoriihityöskentelyssä. Haastattelujen tuloksissa tuli esiin, että vaaratapahtumailmoituksen tekijät toivoivat rakentavaa palautetta ilmoituksen käsittelystä, minkä esimiehet korottivat yhdeksi nostoksi aivoriihityöskentelyn koontivaiheessa. Turvallisuusteemaan ja vaaratapahtumiin liittyvät tietoiskut osana kuukausittaisia henkilökunta -infoja nousi yhdeksi kehitysideaksi. Esimiehet ja laatumestari suunnittelivat itselleen laatumestarin vetämän haittatapahtumajärjestelmän koulutuksen tukemaan suunnitelmallista vaaratapahtumien esitystä. Yksi toimintatapa paneutua vaaratapahtumiin ja etenkin sitouttaa henkilökuntaa mukaan tapahtumien käsittelyyn on nimetä tiimistä vastuuhenkilö tai muuten potilasturvallisuuden edistämiseen innostunut henkilö vetämään haittatapahtumien käsittelyä työpajoihin. Esimiehet nostivat haittatapahtumien käsittelyn useammin tiimeissä kehityskohteeksi. Kehitysidea Teamsin hyödyntämisestä vaaratapahtumaraporttien esittämiseksi otettiin käyttöön kuvantamisen tiimissä. Lähiesimies tekee kuukausittain koonnin tiimikohtaisista raporteista, joita jokainen tiimiläinen voi käydä lukemassa ja kirjata ylös ehdotuksen kehittävästä toimenpiteestä Teamsissä. Kaikkien tiimien tiimipalavereissa käydään säännöllisesti vaaratapahtumia läpi ja sovitaan toteutettavasta toimenpiteestä yhteisesti.

Tässä opinnäytetyössä laadittiin kirjallinen toimintaohje vaaratapahtumien käsittelyyn visuaalisesti one pager -paperille, jota pidetään projektihallinnassa yhtenä tehokkaimmista viestinnän välineistä. One Pager Project Manager (OPPM) on yhden sivun mittainen esitys koko projektista, jossa pyritään tehokkaaseen, mutta riittävään kommunikointiin aiheesta. Apuna voidaan käyttää graafisia ominaisuuksina kuten kuvia selkeyttämään esi-

tystä monimutkaisestakin aiheesta (Campbell – Campbell 2012: 6, 8). Tässä työssä vaaratapahtumien raportointiprosessi haluttiin esittää one pagerilla helpottamaan henkilökunnan perehtymistä vaaratapahtumien käsittelyyn. Vaaratapahtumien käsittely -one pager on esitetty liitteissä (liite 5).

8 Pohdinta

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön aiheen ja toteutusmenetelmien valintaperusteita, tutkimustuloksia sekä niiden luotettavuutta ja eettisyyttä. Lisäksi esitetään ehdotuksia tämän opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyydestä sekä jatkotutkimus- ja kehittämiskohteista.

8.1 Tutkimus- ja kehittämisaiheen valinta ja toteutus

Tämän kehittämistyön aihe kiinnosti opinnäytetyöntekijää projektina, jossa pääsi perehtymään potilas- ja asiakasturvallisuus -teemaan ja kehittämään potilasturvallisuustyössä käytettävää työvälinettä edistämään potilasturvallisuuden toteutumista käytännössä. Aiheesta löytyvä tiedon määrä oli laaja, joten sen ajankohtaisuus terveydenhuoltoalalla näkyi jo tiedonhakuaiheessa. Haasteena oli perehtyä laajaan aiheeseen sekä tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmävalintoihin yhtä aikaa.

Tapaustutkimuksen tutkimusmenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, koska se on joustava tutkimusmenetelmä ja siinä päästään suoraan vuorovaikutukseen tutkittavien kanssa. Siinä on mahdollista suunnata tiedonkeruuta itse tilanteessa, jolloin on mahdollista selvittää vastauksia haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 34–35). Vilkan (2015: 125–126) mukaan työelämän tutkimusavusteisissa kehittämishankkeissa aineistonkeruumenetelmäksi sopii ryhmähaastattelu, kun tavoitteena on toimintatapojen ja keskustelun luominen. Ryhmähaastattelu on oiva tapa tavoittaa tutkimuksen emansipatorisesta päämäärä lisätä tutkittavien ymmärrystä tutkittavasta asiasta ja vaikuttaa myönteisesti tutkittavien ajattelu- ja toimintatapoihin tutkittavasta asiasta tutkimustilanteen jälkeen. Tästä syystä opinnäytetyöntekijä päätyi ryhmähaastatteluihin.

Opinnäytetyöntekijä pohti menetelmävalinnassaan haastattelun hyvien puolien lisäksi sen haasteita saada kerättyä luotettava tutkimusaineisto. Näitä haasteita on teoriakirjallisuudessa tuotu esiin monia. Esimerkiksi haastattelijan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla

silla, ammattitaustalla ja kokemuksella voi olla suuri vaikutus haastattelujen onnistumiseen ja aineiston laatuun (Mäntyranta – Kaila 2008: 1507–1513). Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2017: 128) mukaan haastattelijan roolin opettelu on vaativaa, haastattelu vie aikaa, virhelähteitä on paljon, kuten jännittäminen, ja haastateltavat voivat pyrkiä antamaan sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia haastattelutilanteessa. Opinnäytetyöntekijä otti nämä asiat huomioon. Vaikkei haastattelutilanteesta ollut aiempaa kokemusta, ryhmähaastattelu ohjasi itsessään haastateltavia hyvään keskusteluun tutkittavasta ilmiöstä.

8.2 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan näyttäisi siltä, että vaaratapahtumaraportointiprosessin laatua saataisiin vakioitua ja kehittävien toimenpiteiden jalkauttamista parannettua hyvän ohjeistuksen, raporttien avoimen käsittelyn ja toimivan esimiesten ja tiimien välisen tiimityön avulla. Tulosten tarkastelu osana turvallisuuskulttuurin rakentamista on oleellista ymmärtämään vaaratapahtumaraportoinnin avulla potilasturvallisuuden edistämisen mahdollisuuksia. Oppiva organisaatio pitää huolta työyhteisön oppimismahdollisuuksista, luoden avointa toimintakulttuuria virheiden käsittelyyn.

Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan sekä asenteiden muokkaamista, vastuullista ammatillista toimintaa että asianmukaista koulutusta (Aaltonen – Rosenberg 2014). Gutbergin ja Witneyn (2017: 582) mukaan organisaation keskijohdolla on hyvät vaikutusmahdollisuudet potilasturvallisuutta edistävän turvallisuuskulttuurin rakentamisessa. Toimivan tiimityön on todettu vaikuttavan positiivisesti sekä hoitotyön tehokkuuteen, hoidossa tapahtuvien virheiden vähentämiseen, että potilasturvallisuuden parantamiseen. Panostamalla tiimityötä edistäviin koulutuksiin voidaan tukea turvallisuuskulttuurin rakentamista. (Thomas – Galla 2013: 425.)

Tämän opinnäytetyön tuloksissa kehittävien toimenpiteiden onnistuneessa toteutuksessa pidettiin tärkeänä henkilökunnan osallistamista, selkeää kommunikaatiota ja toimivaa yhteistyötä vaaratapahtumien käsittelevien esimiesten ja henkilökunnan välillä. Haastateltavien mukaan esimiesten olisi hyvä muistuttamalla kannustaa henkilökuntaa raportointiin, ja tämän voidaan ajatella olevan keskijohdon vaikutustapa edistää raportointiaktiivisuutta organisaatiossa. Tässä täytyy ottaa huomioon, että kaikilla henkilöillä organisaatiossa on yhtä lailla vastuu potilasturvallisuustyön toteutumisessa. Kuten kap-

paleessa 2.6. Potilasturvallisuuden johtaminen esitettiin, johtajien tehtävä on luoda organisaatioon sekä vakautta asettamalla tavoitteita, että joustavuutta tukemalla eri toimijoiden vahvuuksia ja heikkouksia potilasturvallisuustyössä. (Pietikäinen 2012: 35–37.)

Kehittävän toimenpiteen kehittämisessä on yleensä haastavaa selvittää syy tapahtuneelle vaaratapahtumalle. Vaikka se löydettäisiin, toinen haaste on keksiä toimiva ratkaisu, jolla minimoida samankaltaisen vaaratapahtumien toistuminen. (Rodziewicz – Houseman – Hipskind 2021; Oyebode 2013: 5.) Tässä tutkimuksessa nousi esiin, että henkilökunta toivoi saavansa rakentavaa palautetta raporteista ja vaaratapahtumaraporteista koottu tieto tulisi saada paremmin näkyväksi. Tämä voi kertoa siitä, että vaaratapahtumien käsittelyssä ei vaaratapahtuman aiheuttanutta syytä ole välttämättä saatu selvitettyä tai jos se on saatu selville, ei ole löytynyt toimivaa ratkaisua sen toistumisen estämiseksi.

Kirjallisuudessa terveydenhuollon palveluntarjoajia kehoitetaan etsimään vaihtoehtoisia lähestymistapoja täydentämään vakiintuneita oppimisprosesseja. Näitä voi löytyä terveydenhuoltoalan ulkopuolella. (Sujan – Furniss 2015: 10.) Tärkeintä onnistuneessa raportointimenetelmän jalkauttamisessa on, että organisaatio on luonteeltaan oppiva ja halukas rakentamaan sellaista potilasturvallisuuskulttuuria, jossa vaaratapahtumia halutaan raportoida ja niistä keskustellaan avoimesti (Volmanen – Alahuhta 2015: 335). Brasiliassa julkisen sairaanhoidon puolella virtuaalinen oppimisympäristö oli onnistunut tapa potilasturvallisuuskoulutuksessa. Kyseinen akkreditoitu kurssi yhdenmukaisti vaaratapahtumien tunnistamista ja lisäsi raportointiaktiivisuutta sairaaloissa. (Wanderlei – Montagna 2018: 7.)

Haataisen ja hänen kollegoidensa (2018: 840–841) mukaan kehittävien toimenpiteiden jalkauttamiseen tulee panostaa, koska vasta vaaratapahtuman riskin poistamiseksi tehdyt muutokset toiminnassa nostavat turvallisuuden tasoa ja auttavat ennaltaehkäisemään vaaratapahtuman toistumista. Tämän kehittämistyön tuloksena vaaratapahtumien käsittely siirtyi mahdolliseksi tehdä Helsingin sairaalassa tiimien omilla Teams -alustoilla. Toimintatapa tuo vaaratapahtumat kaikkien tiimiläisten luettavaksi, kuten myös kehittävän toimenpiteen ratkaisun keksimisen kaikille mahdolliseksi. Tämän voidaan ajatella lisäävät henkilökunnan osallistumista vaaratapahtumien käsittelyyn. Palaute toimintatavan toimivuudesta saadaan vasta myöhemmin. Kokemukset yhteisestä vaaratapahtumien käsittelystä ovat olleet positiivisia ainakin Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopi-

rissä, jossa potilasturvallisuuspäällikkö Sari Palojoen vetämä mokameeting - kokouskäytänne suuntaa potilasturvallisuusasioiden käsittelyn koko organisaation yhteiseksi asiaksi. Mokameetingeissä läheltä piti -tilanteet selvittää porukalla, mitä tapahtuneista vaaratilanteista voidaan oppia. Selvittelyn jälkeen voidaan tehdä päätös muuttaa prosesseja tai suunnata resursseja uudella tavalla. (Soininen 2016: 548–550.)

Helsingin Pohjola Sairaalassa pyritään tulevaisuudessa tuomaan vahvemmin esiin vaaratapahtumat ja niiden avulla kerättyä tietoa turvallisuuden ja hoidonlaadun parantamiseksi. Turvallisuusteemaan ja vaaratapahtumiin liittyvät tietoiskut osana kuukausittaisia henkilökunta -infoja nousi yhdeksi kehitysideaksi esimiesten työpajatyöskentelystä. Nämä voisivat lisätä henkilökunnan tietoisuutta siitä, millaisia turvallisuuteen liittyviä parannuksia sairaalassa tehdään vaararaportoinnista saaduista tiedoista. Tämän voidaan ajatella motivoivan henkilökunnan raportointi-innokkuutta, kun henkilökunta tietää raporttien perusteella tehtävän parannuksia toimintaan. Vaaratapahtumaraportoinnin ja niistä koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutumisen kehittämistä voidaan jatkaa tämän opinnäytetyön jälkeen, mutta työn tuloksena kehitettyjä kehitysideoita voidaan ottaa käyttöön sellaisenaan tulevaisuudessa parantaen potilas- ja asiakasturvallisuutta Pohjola Sairaaloissa.

8.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Luotettavuuden kriteerit ovat tieteellisen luotettavuuden kriteerejä niiltä osin, kun kehittämistoimintaan liittyy selkeitä tutkimuksellisia asetelmia. Tämän tutkimuksen teemahaastatte- luissa pyrittiin saamaan vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyötekijä toimi haastattelijana ja pyrki olemaan vaikuttamatta haastateltavien mielipiteisiin. Tutki- musaatteessa korostettiin, mihin tarkoitukseen tutkimuksen tuloksia käytettiin. Mäntyrannan ja Kailan (2008: 1507) mukaan fokusryhmähaastattelun tavoite on erilaisten näkö- kulmien esille saaminen. Haastattelijan tehtävä on mahdollistaa erilaisten käsitysten ja mielipiteiden esittäminen. Tutkimuksen tulokset olivat monipuoliset, joten haastattelijan objektiivisuus voidaan olettaa välittyneen haastateltaviin riittävästi.

Tutkimusaineiston laajuutta arvioitaessa on syytä pohtia sen tarkoituksenmukaisuutta. Tuomen ja Sarajärven (2018: 298) mukaan tutkimuksen toteuttamiseen käytettävät re- surssit rajaavat sen kattavuutta. Opinnäytetyön tutkimuksellista vaihetta rajasi käytössä

olevat resurssit siinä mielessä, että ryhmähaastattelut jaettiin kahteen pienempään ryhmään sairaalan normaalin ja sujuvan toiminnan sekä pandemian aikaisten turvallisuusohjeiden toteutumisen takaamiseksi. Opinnäytetyöntekijä arvioi kahden noin tunnin mittaisessa fokusryhmäkeskustelun tuottaneen tarpeeksi aineistoa, koska haastateltavia oli yhteensä seitsemän. Opinnäytetyöntekijä oli varautunut toteuttamaan kolmannen haastattelun myöhemmässä vaiheessa, mutta 33-sivuisen aineisto tuotti tarpeeksi kokemuksellista tietoa tämän opinnäytetyön tarkoitukseen. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan usein aineiston kyllästymisestä tai saturaatiosta: uusi haastattelu ei enää tuo uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Juuti – Puusa 2020: 245).

Aineiston muokkaaminen on tulkinnallista työtä ja hyvän tieteellisen toiminnan mukaista on pyrkiä aineistosta tehtyjen tulkintojen mahdollisen hyvään läpinäkyvyyteen (Hyvärinen – Nikander – Ruusuvuori 2010: 359). Tässä opinnäytetyössä pyrittiin huolelliseen raportointiin, mutta opinnäytetyöntekijä ei voi nähdä aukkoja, joita raportin lukija kokee lukiessa raporttia. Tämä voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta, vaikka aineiston abduktiivisella käsittelyllä pyritään tuomaan näkyväksi laajalla kirjallisuushaulla löytyneiden tutkimusten ja aineistosta koottujen tulkintojen yhdistyminen. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2017: 98) mukaan systemaattisella kirjallisuuskatsauksella on muita vahvempi painoarvo, kun arvioidaan tutkimusten merkitystä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. Tässä opinnäytetyössä tehtiin kirjallisuushaku ja sen kuvaus vahvistamaan opinnäytetyön luotettavuutta.

Opinnäytetyön teoriaperustaan valittujen ja ulkopuolelle jääneiden lähteiden ja tutkimusten valinta perustuu opinnäytetyöntekijän arvioon niiden yleistettävyydestä. Opinnäytetyöntekijä kävi Metropolian kirjaston tiedonhaun informaation luona keväällä 2020 harjaannuttamassa tiedonhakutaitojaan. Silti testihakujen jälkeen toteutetun tiedonhakujen jälkeen opinnäytetyöntekijä pohti, olisiko voinut löytää parempia hakutuloksia jotain toista tietokantaa tai joitain toisia hakusanoja tai hakusanayhdistelmiä käyttämällä. Lisäksi opinnäytetyöntekijää arvelutti se, jäikö ulkopuolelle hyviä tutkimuksia sen vuoksi, että tiedonhaussa käytettiin ”koko teksti saatavilla” hakukriteeriä. Opinnäytetyön tarkoituksen kannalta tehdyt haut vastasivat hyvin tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tutkimuskysymyksiin.

Kehittämistoiminta on usein luoteeltaan sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. Luotettavuuden

kannalta on olennaista tietää, missä prosessin vaiheissa toimijat eivät ole osallistuneet aktiivisesti kehittämiseen. (Toikko – Rantanen 2009: 121–122.) Tähän kehittämistyöhön osallistui Helsingin Pohjola Sairaalan henkilökuntaa, kaikkien tiimien tiimiesimiehet, yksikönpäällikkö, laatumestari ja opinnäytetyön työelämänohjaaja. Henkilökunnasta löytyi vapaaehtoisia osallistumaan haastatteluihin ja kehittämistyöpajaan osallistui leikkaussalin, kuvantamisen ja hoivamestareiden esimiehet, yksikönpäällikkö sekä laatumestari. Kaikki kehitystyöhön osallistuneet mahdollistivat tämä opinnäytetyön toteuttamisen ja toimivan yhteistyön jatkumona alusta loppuun.

8.4 Eettisyyden tarkastelu

Opinnäytetyö on toteutettu ottaen huomioon Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeistukset, joiden tarkoitus on tukea tutkijaa noudattamaan yleistä huolellisuutta ja eettisesti kestäviä tutkimus- ja tiedonhakumenetelmiä lopputyösään. Tässä opinnäytetyössä on huolehdittu toisten tutkimusten esille tuonnista sekä niiden oikein viittauksista. Huomiota on kiinnitetty lähteiden valintaan ja lähdemerkintöihin. Näiden lisäksi opinnäytetyöntekijä noudatti yleisiä eettisiä ohjeistuksia, joihin kuuluu Perustuslain mukainen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden vaaliminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6; Perustuslaki 1999/731, 6–23 §.)

Opinnäytetyö sisälsi fokusryhmähaastattelun, johon osallistuvat saivat päättää, haluavatko he olla mukana tutkimuksessa. Päätöksen tueksi he saivat viikkoa ennen haastattelua luettavaksi saatekirjeen tutkimuksen tarkoitusta ja luonteesta. Tämän työn liitteessä 2 on kerrottu, minkälaista tietoa heille annettiin tutkimuksesta sen saatekirjeessä ja suostumuslomakkeessa. Haastattelutilanteen alussa opinnäytetyöntekijä varmisti haastateltavilta, että he olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta ja edelleen suostuvaisia haastateltavaksi ennen kuin he allekirjoittivat suostumuksen. Suostumuslomakkeessa oli vielä lyhyt tiivistelmä tutkimuksesta kirjallisesti luettavaksi ennen haastattelun alkua. Opinnäytetyön raportoinnissa toteutuu yksityisyydensuoja, mikä on tärkeä eettinen kysymys. Yksityisyyden suoja ei vaarannettu haastattelujen nauhoittamisesta huolimatta, vaan nauhoitukset hävitettiin litteroimisen jälkeen ja litteroidut tekstit säilytettiin vain opinnäytetyöntekijän hallussa lopullisen raportin valmistumiseen saakka. Tutkimustulokset julkaistiin avoimesti ja vastuullisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6; Hirsjärvi – Hurme 2008: 20; Vilkkä 2015: 14.)

8.5 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulokset näyttävät olevan yhteneviä aikaisempiin tutkimuksiin vaaratapahtumaraportoinnista ja niistä koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutuksesta. Vaaratapahtumaraportointi koetaan tärkeänä menetelmänä toiminnan laadun kehittämässä ja potilasturvallisuuden edistämässä, mutta sen haasteet perustuvat sen hyödyllisyyden puutteisiin käytännössä.

Tutkimustulosten mukaan henkilökunta arvostaa potilas- ja asiakasturvallisuutta edistävää lähiesimiestyötä, mutta sen näkyväksi saamista tulisi panostaa enemmän. Lisäksi tutkimustuloksista nousi vahvasti esiin se, miten suuri merkitys toimivalla työyhteisöllä on potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumisessa vaaratapahtumaraportoinnin avulla. Toimivassa työyhteisössä viestintä ja hyvä kommunikaatio takaavat, että vaaratapahtumista kootut kehittävät toimenpiteet tulevat tehdyksi. Kehittävien toimenpiteiden toteutuksesta toivottiin kerättävän palautetta, toimiiko se käytännössä vai ei. Haastateltavat pohtivat potilasturvallisuuden toteutumista käytännön esimerkkien kautta, mikä kertoo siitä, että potilas- ja asiakasturvallisuustyö on osa tämän organisaation ammattilaisten ydinosaamista. Tulosten kehitysideoista voi päätellä, että vaaratapahtumien käsittelyprosessissa on edelleen parannettavaa. Jatkossa, kun kehitetään, olisi hyvä ottaa huomioon henkilökunnan kehitysideat ja osallistaa henkilökuntaa mukaan muutosten läpiviemisessä.

Nykyisessä kansallisessa potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa korostetaan potilaan ja asiakkaan kokonaisvaltaista laadun ja turvallisuuden hallintaa, jonka kehittämiseen pyritään ottamaan mukaan potilas, asiakas ja tarvittaessa hänen läheiset (STM 2017: 11). Tätä näkökulmaa ei haastatteluissa haastateltavilta tullut esille, mutta se voi selittyä sillä, että se ei kuulunut haastattelurungon teemoihin.

8.6 Kehittämistyön arvioiminen ja tulosten hyödyntäminen

Opinnäytetyön laadullisen tutkimusmenetelmän valintaa voidaan pitää siinä mielessä onnistuneena, että sen emansipatorinen ote sai tutkimukseen osallistuneita kartuttamaan ymmärrystään tutkittavasta asiasta, eikä olemaan vain tiedonkeruun välineitä. Tämä saattaa myös vaikuttaa myönteisesti tutkittavien ajattelu- ja toimintatapoihin tutkittavasta asiasta tutkimustilanteen jälkeen. (Vilkkä 2015: 126.) Toikon ja Rantasen (2008: 101) mukaan kehittämisen seuranta perustuu enemmän tai vähemmän mitattaviin asioihin.

Kaikki kokeileva toiminta ei kuitenkaan perustu tarkasti mitattaviin asioihin, vaan niissä voidaan korostaa työntekijöiden kokemustiedon merkitystä. Kokemustiedon voidaan ajatella tukevan kehitettävän menetelmän käyttökelpoisuutta, niin kuin tässä opinnäytetyössä voidaan ajatella henkilökunnan kokemuksellisen tiedon toimineen kehitystyön käyttökelpoisuuden perustana.

Tämän kehittämistyön tavoite oli auttaa kehittämään Helsingin Pohjola Sairaalan vaaratapahtumien käsittelyprosessia yhteneväiseksi ja edistää siitä koottujen kehitettävien toimenpiteiden toteutumista käytännössä. Kanasen (2012:157) mukaan tavoitelähtöisessä arvioinnissa tarkastellaan sitä, kuinka hyvin toiminnalle asetetut tavoitteet saavutettiin. Tavoitteiden saavuttamisaste on onnistumisen mittari. Tutkimuksellisen kehittämistyön avulla tästä opinnäytetyöstä saatavaa tietoa käytettiin vaaratapahtumien käsittelyn ja potilasturvallisuutta edistävän toiminnan kehittämisessä Helsingin Pohjola Sairaaloissa. Tämän kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää muissakin Pohjola Sairaaloissa tai muissa terveydenhuoltoalan organisaatioissa, joissa suunnitellaan samantyyppistä vaaratapahtumaproessin kehittämistä, koska tulokset olivat yhteneväisiä siihen, mitä kirjallisuudessa terveydenhuollon ammattilaiset kokivat mahdollistaviksi ja estäviksi tekijöiksi vaaratapahtumaraportoinnista.

8.7 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena olisi mielenkiintoista kuvata määrällisesti organisaatiossa tapahtuneita vaaratapahtumia ja sitä, millaisia turvallisuuteen liittyviä asioita ne tekevät näkyväksi. Kuvauksessa voisi tuoda esille tarkemmin, miten Pohjola Sairaaloissa vaaratapahtumien esiintyvyys jakautuu tapauksina vuosille, kuukausille tai viikonpäiville esittäen ne frekvensseinä ja kuvailevina taulukkoina. Vastaavanlainen retrospektiivinen pro gradu -tutkielma (Härkönen 2012) on tehty Haipro -järjestelmästä, joten tuloksia voisi verrata suomalaiseen vastaavaan järjestelmään.

Toinen jatkotutkimusehdotus on selvittää oman organisaation turvallisuuskulttuurin tilaa ja sitä kautta löytää kehittämistehtävä sen parantamiseksi. Terveydenhuoltoalalla potilasturvallisuuskulttuuri on alakäsite organisaatiokulttuurille. Se on erityisesti vuorovaikutuksessa potilasturvallisuustyön arvojen kanssa vahvistaen hoidon laadun ja turvallisen hoidon toteutusta. Suomi on potilasturvallisuusasioissa monia muita länsimaita jäljessä ja alaan liittyvää tutkimusta on Suomessa tehty toistaiseksi verraten vähän (Roine – Kaila

2014: 1740–1741). VTT:n toteuttamassa turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämisen menettely terveydenhuollossa -projektissa luotiin suomalaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuva turvallisuuskulttuurin arviointikysely (Reiman – Pietikäinen – Oedewald 2008b: 7). Tämän tai vastaavan kyselyn avulla voisi kuvailla organisaation turvallisuuskulttuurin tilaa ja löytää kehittämiskohteita sen parantamisessa.

Lähteet

Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per 2014. Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim. Verkkokirja. <www.oppiportti.fi>. Viitattu 4.3.2020.

Campbell, Clark A. – Campbell, Mick 2012. The new one-page project manager: Communicate and manage any project with a single sheet of paper. New Jersey. John Wiley&Sons, Inc.

Glesne, Corrine – Peshkin, Alan 1991. Becoming qualitative researcher. An introduction. N.Y: Longman Publishing Group.

Gutberg, Jennifer– Witney, Berta. 2017. Understanding middle managers' influence in implementing patient safety culture. BMC Health Serv Res. 2017; 17: 582.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Osuuskunta Vastapaino.

EU 2009. European Union Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. 9.6.2009. Verkkodokumentti. <http://ec.europa.eu/health/patient_safety/key_documents/index_en.htm>. Viitattu 24.2.2020.

Haatainen, Kaisa – Flinck, Riitta – Olin, Karolina – Plukka, Mari 2018. Vaaratapahtumista on otettava opiksi koko maassa. Lääkärilehti 73 (14). 840–841.

Haney, Katherine 2020. Root cause analysis: A pediatric case study. The Journal of Legal Nurse Consulting 31 (4). 26–29.

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkinen, Raili 2020. Laatupäällikkö. Pohjola Sairaala. Suullinen tiedonanto 8.2.

Heikkinen, Raili 2021. Laatupäällikkö. Pohjola Sairaala. Kirjallinen tiedonanto 26.4.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Osittain uudistettu 18.painos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä. E-kirja.

Hyvärinen, Matti – Nikander, Pirjo – Ruusuvoori, Johanna 2010. Haastattelun analyysi. E-kirja. Osuuskunta Vastapaino.

Härkönen, Mikko 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksesta. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Ikonen, Tuija – Welling, Maiju 2020. Parempaa potilasturvallisuutta. Lääkärilehti 75 (20). 1211–1219.

Järvelin, Jutta – Haavisto, Ermo – Kaila, Minna 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen lääkäri 65 (12). 1123–1127.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Oy. Helsinki.

Kinnunen, Marina 2008. Muutosprosessi ja sen hallitseminen. Case vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessi Vaasan keskussairaalassa. Pro gradu -tutkielma. Vaasa: Vaasan yliopisto. Kauppatieteellinen tiedekunta. Johtamisen laitos.

Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina 2009. Potilasturvallisuus ensin. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Kinnunen, Marina – Keistinen, Timo – Ruuhilehto, Kaarin – Ojanen, Juhani 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveystieteiden ja hyvinvointilaitoksen julkaisuja. Verkkojulkaisu. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085493>>. Viitattu 26.1.2021.

Kinnunen, Marina 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Verkkojulkaisu. <https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf>. Viitattu 8.3.2021.

Knuutila, Jari – Ruuhilehto, Kaarin – Wallenius, Jarkko 2007. Terveystieteiden ja hyvinvointilaitoksen vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2007:1. Helsinki.

Kohn, Linda T. – Corrigan, Janet M. – Donaldson Molla S. 2000. To err is human: building a safer health system. Verkkojulkaisu. <<https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>>. Viitattu 19.2.2020.

Kotter, John P. 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki. Oy Rastor Ab.

Lambrinos, Anna – Holubowich, Corinne 2017. Patient safety learning systems: a systematic review and qualitative synthesis. Ont Health Technol Assess Ser 17 (3). 1–23.

Leinonen, Tuija – Pekurinen, Markku – Rääkönen Outi 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes. Verkkojulkaisu. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194208>>. Viitattu 5.3.2020.

Mustajoki, Pertti 2005. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy: Peijaksen sairaalan projekti. Lääkärilehti 60 (23). 2623–2625.

Mäntyranta, Taina – Kaila, Minna 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 124 (13). 1507–13.

Ojasalo, Katri – Moilanen Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy.

OECD= Organisation for Economic Co-operation and Development. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö.

OECD. Health care quality framework. Verkkodokumentti. <<https://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-framework.htm>>. Viitattu 5.3.2020.

OECD 2006. Health care quality indicators project: conceptual framework paper. OECD Health working papers. Verkkodokumentti. <<https://doi.org/10.1787/440134737301>>. Viitattu 5.3.2020.

OP Ryhmä. Verkkosivusto. <<https://www.op.fi/pohjola-terveys>>. Viitattu 23.11.2019.

Oyebode, Femi 2013. Clinical errors and medical negligence. Verkkodokumentti. <<https://doi.org/10.1159/000346296>>. Viitattu 16.3.2021.

Pasternack, Amos 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim 122 (20). 2459–70.

Perustuslaki 1999/731.

Pohlman, Katherine A. – Carroll, Linda – Hartling, Lisa – Tsuyuki, Ross T. –Vohra, Sunita 2015. Barriers to implementing a reporting and learning patient safety system. Journal of Clinical Chiropractic Pediatrics 15 (2). 1263.

Potilasvahinkolaki 585/1986. Annettu Naantalissa 25.6.1986.

Pham, Julius Cuong – Girard, Thierry – Pronovost, Peter J. 2013. What to do with healthcare incident reporting systems. Journal of Public Health Research 2 (27). 154–159.

Pietikäinen, Elina – Heikkilä, Jouko – Reiman, Teemu 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. VVT Technology 58. Verkkodokumentti. <<https://www.vvtresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2012/T58.pdf>>. Viitattu 26.1.2021.

Pohjola Sairaala Oy. Verkkosivusto. <<https://www.pohjolasairaala.fi/fi/tietoa-meista/pohjola-sairaala>>. Viitattu 12.4.2021.

Pohlman, Katherine A. – Carroll, Linda – Hartling, Lisa – Tsuyuki, Ross T. – Vohra, Sunita 2016. Barriers to implementing a reporting and learning patient safety system: Pediatric chiropractic perspective. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine* 21(2). 105-109.

Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiskeskus. Verkkosivusto. <<https://www.vaa-sankeskussairaala.fi/potilas--ja-asiakasturvallisuuden-kehittamiskeskus/tietoa-meista/>>. Viitattu 26.4.2021.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Työpapereita 28/2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Potilasvakuutuslaki 2019/948. Annettu Helsingissä 22 päivänä elokuuta 2019.

Puusa, Anu – Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Gaudeamus.

Rea, David – Griffiths, Sarah 2016. Patient safety in primary care: Incident reporting and significant event reviews in British general practice. *Health and social care in the community* 24 (4). 411–419.

Reason, James 2016. *Managing the risks of organizational accidents*. 11., Uudistettu painos. New York: Taylor&Francis.

Reason James 2000. Human error: models and management. Verkkodokumentti. <<https://www.bmj.com/content/320/7237/768>>. Viitattu 5.1.2020.

Reiman, Teemu – Pietikäinen, Elina – Oedewald, Pia 2008a. Turvallisuuskulttuuri – teoria ja arviointi. VTT Publications 700. Verkkodokumentti. <<https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/publications/2008/P700.pdf>>. Viitattu 6.5.2020.

Reiman, Teemu – Pietikäinen, Elina – Oedewald, Pia 2008b. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT Tiedotteita 2456. Verkkodokumentti. <<https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>>. Viitattu 12.4.2021.

Rodziewicz, Thomas L. – Houseman Benjamin – Hipskind, John E. 2021. *Medical error reduction and prevention*. StatPearls Publishing.

Roine, Risto P. – Kaila, Minna 2014. Hoidon vaikuttavuus on tärkein osa potilasturvallisuutta. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 130 (17): 1740–1741.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Verkkodokumentti. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>>. Viitattu 31.3.2020.

Sujan, Mark – Furniss, Dominic 2015. Organisational reporting and learning systems: Innovating inside and outside of the box. *Clinical Risk* 21 (1). 7–12.

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2020. Opas alueelliseen potilas- ja asiakasturvallisuustyöhön 2020. Kustantaja: Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry.

STM=Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2006. Turvallinen lääkehoito -opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. Uudistettu painos. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8682-4>>. Viitattu 25.12.2020.

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:5. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2760-5>>. Viitattu 20.1.2020.

STM 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövaliokunta 2006–2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3020-9>>. Viitattu 2.2.2020.

STM 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>>. Viitattu 28.2.2020.

STM 2020. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:1. Verkkodokumentti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4133-5>>. Viitattu 3.3.2020.

Suomen kuntaliitto 2019. Terveydenhuollon laatuopas. 2., Uudistettu painos. Helsinki.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Voimaantulo 1.5.2011.

THL=Terveyden ja hyvinvointilaitos.

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

Thomas, Lily – Galla, Catherine 2013. Building a culture of safety through team training and engagement. *BMJ Quality & Safety* 22 (5). 425–434.

Toikko, Timo – Rantanen Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

Trad, Megan – Romanofski, David 2017. Improving patient safety through incident learning. *Radiation Therapist* 26 (2). 1–18.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki 2013.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. E-kirja.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Jyväskylä.

Volmanen – Alahuhta 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? Finnanest 48 (4). 332–337.

Wanderlei, Poliana Nunes – Montagna, Erik 2018. Formulation, implementation, and evaluation of a distance course for accreditation in patient safety. Einstein (Sao Paulo) 16 (2). 1–8.

WHO=World Health Organization

WHO 2002. Quality of care: patient safety resolution. 55th World Health Assembly 18.5.2002. Verkkodokumentti. <https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf>. Viitattu 3.1.2021.

WHO 2005. World alliance for patient safety. WHO Draft guidelines for adverse event reporting and learning system. From information to action. Verkkodokumentti. <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1>>. Viitattu 4.3.2020.

WHO 2006. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Verkkodokumentti. <https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf>. Viitattu 2.3.2020.

WHO 2009. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1. Final technical report January 2009. Verkkodokumentti. <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70882>>. Viitattu 26.2.2020.

WHO 2017. Patient safety making health care safer. Verkkodokumentti. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>. Viitattu 23.4.2021.

liite 1 Fokusryhmähaastattelun tutkimussaaite ja suostumuslomake

Arvoisa asiantuntija,

Olen Metropolia ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa opiskeleva röntgenhoitaja. Teen opinnäytetyötä tutkimuksellisen kehittämistyön, jonka aiheena on Pohjola Sairaalan vaaratapahtumaraportoinnista oppiminen potilasturvallisuutta edistään. Kehittämistyön tavoitteena on yhtenäistää vaaratapahtumista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteuttamisesta Pohjola Sairaaloissa. Tarkoituksena on haastatella henkilökunnasta vapaaehtoisia ja kerätä tutkimustuloksista tukimateriaali esimiehille, kuinka vaaratapahtumien kehittävät toimenpiteet olisi hyvä järjestää.

Opinnäytetyön aineisto kerätään fokusryhmähaastatteluina. Fokusryhmähaastatteluun valitaan vapaaehtoiset sairaalan henkilökunnasta syksyllä 2020. Haastattelijan toivon mukaan haastatteluun mukaan henkilökunnasta ne, joilla on omakohtaista halua olla mukana kehitystyössä. Haastattelu toteutetaan 5.11.2020 klo 14.00 ja 6.11.2020 klo 10.00 Helsingin Pohjola Sairaalalla. Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni liittyvään haastatteluun, koska kehitystyössä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä.

Haastatteluaineisto nauhoitetaan ja saatu aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen jälkeen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus perua osallistumisenne missä vaiheessa tahansa. Tulokset raportoidaan siten, ettei haastattavia voida niistä tunnistaa. Kaikki saadut tiedot ovat luottamuksellisia ja jäävät vain opinnäytetyön tekijän tietoon. Vastaan kysymyksiin mielelläni.

Susanna Näätänen, Röntgenhoitaja YAMK

Opinnäytetyön ohjaajat:

Päivi Salo, Pohjola Sairaala, Palvelujohtaja

Leena Hannula FT, Metropolia Ammattikorkeakoulu

Suostun osallistumaan tämän opinnäytetyön fokusryhmähaastatteluun ja haastatteluaineistoa saa käyttää opinnäytetyön raportoinnissa.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennös

liite 2 Teemahaastattelurunko

Kokemukset vaaratapahtumaraportoinnista ja siitä oppimisesta

- Onko vaaratapahtumaraportointien käsittely prosessina tuttu, miten vaaratapahtumat käsitellään organisaatiossa?
- Kuinka tämä vaaratapahtumaraportointiprosessi teistä organisaatiossa nykyisellään toimii?
- Miten itse oppisit tapahtuneista virheistä parhaiten turvallisuutta edistäen?
- Millaiset toimintatavat estävät tai heikentävät virheistä oppimista?
- Kuinka vaaratapahtumaraportoinneista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteutus teistä toimii organisaatiossa?
- Miten kehittävien toimenpiteiden toteuttamista voisi teistä kehittää?

Lähiesimiesten mahdollisuudet vaikuttaa kehittävästi vaaratapahtumaraportoinnista oppimiseen

- Miten lähiesimiehet tukevat vaaratapahtumista oppimista tällä hetkellä?
- Millaisia toimenpiteitä toivoisit lähiesimiehiltä vaaratapahtumaraportoinnista oppimisen edistämiseksi?

Turvallisuuskulttuuri sekä potilas- ja asiakasturvallisuus

- Millainen johtaminen tukee teistä potilas- ja asiakasturvallista toimintaa ja sen edistämistä?
- Miten potilas- ja asiakasturvallisuutta voitaisiin teistä entisestään kehittää?
- Millaiseksi kuvailisitte oman organisaation turvallisuuskulttuuria?

liite 3 Kansainvälinen potilasturvallisuuspäivä -posteri

Kansainvälinen
potilasturvallisuuspäivä
17.9.2020

WHO järjestämä kampanja korostaa tänä vuonna työntekijöiden turvallisuutta potilasturvallisuuden edistämässä. Mitä voimme asialle tehdä?



Safe health workers, Safe patients



Speak up
for health worker safety!



World Patient Safety Day 17 September 2020

Työntekijät	Terveydenhuollon organisaation johto	Valtion johto ja päätöntekijät
Huolehtivat omasta jaksamisesta: fyysinen ja psyykinen terveys	Luo avoimen ja oikeudenmukaisen turvallisuuskulttuurin organisaatioon niin työntekijöille kuin asiakkaille	Päivittää lainsäädäntöä varmistamaan potilas- ja työturvallisuuden toteutumista
Suojaavat itsensä infektioilta ja estävät niiden leviämistä toisiin: KÄSIHYGIENIA	Varmistaa asianmukaisen koulutuksen ja ohjeistuksen tartuntojen ehkäisyyn ja torjuntaan	Varmistaa välinehuollon ja käsihygieniatarvikkeiden riittävyys
Huolehtivat omasta työturvallisuuden toteutumisesta eivätkä vaaranna muiden turvallisuutta työpaikalla	Luo turvallisen työympäristö ja ottaa käyttöön innovatiivisia turvallisuuskäytäntöjä	Lisää henkilöstöresursseja ja parantaa terveydenhuollon työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia
Raportoivat aina turvallisuusriskeistä, häirinnästä, kiusaamisesta ja muista uhista johdolle	Tukee syyllistämätöntä matalankynnyksen raportointijärjestelmää potilas- ja työturvallisuuden edistämiseksi	

(TAULUKKO MUKAILLEN LYHYESTI WHO 2020:
<https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2020/campaign-essentials>)

Vaaratapahtumaraportointi – Potilas- ja työturvallisuuden edistäjä

Teen opinnäytetyönä tutkimuksellisen kehittämistyön, jonka tavoite on yhtenäistää vaaratapahtumaraportoinnista koottujen kehittävien toimenpiteiden toteuttamista Pohjola Sairaaloissa

Tutkimuksellinen osuus on tarkoitus toteuttaa ryhmähaastatteluina syksyllä 2020 ja toivonkin vapaaehtoisia asiasta kiinnostuneita ilmoittautumaan näihin mukaan. Lisää tietoa haastattelun toteutuksesta ja teemoista laitan henkilökohtaisesti sähköpostilla;

Olisi kiva saada moni osallistumaan!

Liite 4 Taulukko 1. Tutkimusartikkelit vaaratapahtumaraportoinnista ja virheistä oppimisesta

Tekijä, tutkimus, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä & aineistot	Keskeiset tutkimustulokset
Rea, David – Griffiths, Sarah. Patient safety in primary care: incident reporting and significant event reviews in British general practice. 2016. Iso-Britannia.	Selvittää yleislääkäreiden asenteita ja käsityksiä vaaratapahtumien aliraportointiin.	Laadullinen tutkimus, jossa haastateltiin isobritannialaisia yleislääkäreitä (n=9).	Vaaratapahtumien aliraportointiin löytyviä syitä olivat: 1) Puuttui tieto siitä, mitä tietoja ja minkä tyyppisiä tapahtumia tulisi raportoida. 2) Raportoinnin esteenä pidettiin tapauksen ilmoittamiseen ja keskusteluun kulunutta aikaa 3) Oppimiseen tarvittavaa palautetta ei saatu tarpeeksi, mistä syystä raportointia ei aina pidetä kannattavana.
Pohlman, Katherine A. – Carroll, Linda – Hartling, Lisa – Tsuyuki, Ross T. –Vohra, Sunita. Barriers to implementing a reporting and learning patient safety system: Pediatric Chiropractic Perspective. 2017. Yhdysvallat.	Kiropraktikoiden käsityksiä tekijöistä, jotka voivat rajoittaa heidän osallistumistaan vaaratapahtumaraportointiin.	Poikkileikkaustutkimus, johon kutsuttiin 400 kiropraktikkoa. 81 vastasi kyselyyn (vastausprosentti 20,3 %). Kyselyn vastaukset analysoitu määrällisin menetelmin.	Yleisimmät rajoitukset osallistumisesta vaaratapahtumaraportointiin tunnistettiin aikapaine (96 %) ja potilaan huolestuminen (81 %). Menestyvyyden takaamiseksi lasten kiropraktikoilla tehtävissä tulevissa potilasturvallisuustutkimuksissa on varmistettava, että nämä esteet ymmärretään ja niihin puututaan.
Trad, Megan – Romanofski, David. Improving Patient Safety Through Incident Learning. 2017. Yhdysvallat.	Selvittää vaaratapahtumien käsitteilytapoja sädehoidossa.	Katsausartikkeli: tieteelliset julkaisut.	Virheistä oppiminen ja kokemusten jakaminen on välttämätöntä potilasturvallisuuden parantamisessa ja ammatillisuuden siirtämisessä "seuraavalle tasolle". Ilmoitettujen tapauksien tulee olla käsiteltävä ei-rankaisemattomalla tavalla. Turhia ilmoituksia ei ole.

			Analyyssissä tulisi käyttää standardoitu viitekehystä ja vaaratapahtumasta saatava palaute on ratkaisevan tärkeää sen varmistamiseksi, että sidosryhmät ovat tietoisia tapahtuman käsittelystä.
Reema, Harrison – Anurag, Sharma – Merrillyn, Walton – Esmond, Esguerra –Seinyenede, Onobrakpor – Bui, Trung Nghia – Nguyen, Duc Chinh. Responding to adverse patient safety events in Viet Nam. 2019. Vietnam.	Selvitetään kokemuksia osallistumisesta vaaratapahtumaraportointiin ja organisatorisesta tuesta, joka auttaa Vietnamin terveydenhuollon ammattilaisia oppimaan ja parantamaan potilasturvallisuutta.	Poikkileikkaustutkimus, jossa selvitetiin lääkäreiden ja hoitajien osallistumista haittatapahtumiin ja / tai läheltä piti -raportointiin, heidän emotionaalisia, käyttäytymis- ja selviytymisreaktioita sekä kokemuksia organisaation tapahtumaraportoinnista sekä tapahtuman oppimista ja / tai muita seurauksia.	Edistääkseen potilasturvallisuuskulttuuria ja tapahtumien ilmoittamista Vietnamin terveydenhuollon ammattilaisten on oltava vakuuttuneita: 1) Etteivät he altistu rangaistukselle 2) Oppiminen ja positiiviset muutokset tapahtuvat turvallisuustapahtumien ilmoittamisen kautta.
Volmanen, Petri – Alahuhta, Seppo Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? Potilasturvallisuus on ennen kaikkea terveydenhuollon ammattilaisten käsissä. 2015. Suomi.	Katsaus vaaratilanneraportointijärjestelmään.	Katsausartikkeli: tieteelliset julkaisut.	Vaaratilanneraportointi-järjestelmän tarkoitus ja sen käyttöohjeet on hyvä tiedottaa kaikille työntekijöille ymmärrettävästi. Avointa raportointia edistävää kulttuuria voi vaalia luomalla kulttuuri, jossa odotetaan läpinäkyvyyttä ja jossa se palkitaan. Raporteista pitää saada palaute.
Musa, Kumbi – Abduljewad, Hussen– Abate, Lette –Shemsu, Nuriye –Geroma, Morka. Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia:	Arvioida potilasturvallisuuskulttuuria ja siihen liittyviä tekijöitä terveydenhuollon tarjoajien keskuudessa Bale Zone -sairaaloissa.	Poikkileikkaustutkimus tehtiin käyttämällä "Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)" -kyselyä. Haastateltiin yhteensä 518 terveydenhuollon palveluntarjoajaa.	Potilasturvallisuuskulttuuriin merkittävästi vaikuttavia tekijöitä: viikkotyötunnit, osallistuminen potilasturvallisuusohjelmaan, haittatapahtumien raportointi, viestinnän avoimuus, ryhmätyö sairaalassa, organisaation

An Institutional Based Cross-Sectional Study. 2019. Etiopia.			oppiminen ja virheitä koskevan palautteen vaihto.
Tereanu, Carmen–Sampietroo, Giuseppe – Sarnataro, Francesco –Siscanu, Dumitru – Palaria, Rodica –Savin, Victor –Clis-covscaia, Tatiana –Pislaru, Valentina – Oglinda, Valeriu –Capmare, Larisa – Mugu-rel Stefan Ghelase –Turcanu, Tamara. Survey on patient safety culture in the Republic of Moldova: a baseline study in three healthcare settings. 2018. Moldova.	Tunnistaa potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet, jotka tarvitsevat nopeaa puuttumista.	Poikkileikkaustutkimus tehtiin kol-messa Moldovan terveydenhuoltolai-toksessa käyttäen yhdysvaltalaisesta HSOPSC-tutkimusta potilasturvalli-suuskulttuurista. Kuvailevat tilastot tehtiin vastausten (n=929) perusteella.	Nopeaa puuttumista tarvitaan kehittämään yksiköiden ryhmätöitä (80 %), virheitä koskevia palautteita ja viestintää organisaa-tiossa oppimiseen (78 %) ja johdon tukea potilasturvallisuuden toteuttamiseen (75 %). Puuttumista tarvitaan myös raportoitujen ta-pahtumien tiheyteen (57 %), virheellisiin vastauksiin virheistä (53 %), viestinnän avoimuuteen (51 %) ja henkilöstöön (37 %). Tulokset viittaavat siihen, että henkilöstöky-symykset tulisi ratkaista turvallisen hoidon tarjoamiseksi. Henkilökunta välttää avoi-mesti ilmoittamasta haittatapahtumista ja / tai keskustelemasta virheistä, mikä johtuu todennäköisesti huonosta ymmärryksestä näiden tapahtumien mahdollisuudesta oppia ja syyllisyyden tai rangaistustoimien pelosta.
Lambrinos, Anna – Holubowich, Corinne. Patient Safety Learning Systems: A Sys-tematic Review and Qualitative Synthesis. 2017. Kanada.	Kaksi tutkimuskysymystä: a) Mitkä ovat terveydenhuollon ammattilaisten ilmoittamat esteet ja edistäjät potilas-turvallisuuden oppimisjärjestelmän onnistuneelle käyttöönotolle ja b)	Kirjallisuuskatsaus. Englanninkieliset tieteelliset julkaisut v.2004–2015.	a) Yleisiä esteitä olivat syyllisyyden pelko, lakisäätteiset seuraamukset, käsitys siitä, että tapahtumaraportointi ei paranna potilas-turvallisuutta, organisatorisen tuen puute,

	<p>Mitkä tekijät maksimoivat onnistuneen raportointimenetelmän käyttöönoton ja toteutuksen?</p>		<p>riittämätön palaute, tiedon puute tapahtumaraaportointijärjestelmistä ja ymmärryksen puute mikä on virhe.</p> <p>Mahdollistavia tekijöihin kuului syylistämätön ympäristö, ymmärrys siitä, että tapahtumaraaportointi parantaa turvallisuutta, selkeä raportointireitti ja prosessi, miten järjestelmä käyttää raporteja, palaute raporteista, roolimallit (kuten esimiehet), jotka käyttävät ja edistävät raportointia, mahdollisuus raportoida nimettömästi, koulutusmahdollisuudet ja selkeät ohjeet siitä, mistä kuuluu raportoida.</p> <p>B) Potilasturvallisuuden oppimisjärjestelmän komponentit, jotka lisäävät onnistunutta käyttöönottoa painottivat: syylistämätön kulttuuri, joka kannustaa raportointiin ja oppimiseen, selkeät ohjeet siitä, miten ja mitä raportoidaan. Varmistetaan, että järjestelmä on käyttäjäystävällinen ja useat eri mekanismit palautteen antamiseksi rapotin tekijälle sekä laajemmalle yhteisölle mahdollistaa oppimistulokset (paikalliset kokoukset, sähköpostit, tiedotteet jne.).</p>
--	---	--	---

<p>Crane, Steven – Sloane, Philip D – Elder, Nancy – Cohen, Lauren –Laughtenschlaeger, Natascha – Walsh, Kathleen –Zimmerman, Sheryl. Reporting and Using Near-miss Events to Improve Patient Safety in Diverse Primary Care Practices: A Collaborative Approach to Learning from Our Mistakes. 2015. Yhdysvallat.</p>	<p>Selvittää, miten lähellä piti -raportteja käytettiin laadun parantamiseen (QI). Seitsemään eri toimipaikkaan jalkautettiin nimetön läheltä piti -raportointijärjestelmä.</p>	<p>Seitsemän toimipaikkaa Länsi-Pohjois-Carolinassa osallistui yhden vuoden mittaiseen tutkimukseen. Läheltä piti -raportit kerättiin ja kategorisoitiin. Lopuksi toimipaikkojen johtajat haastateltiin.</p>	<p>Esteitä vaaratapahtumien ilmoittamiseen: raportoinnista koitua ylimääräinen työ ja huoli rankaisemisesta, luottamuksen puute, että raportointi luo positiivinen muutoksia ja psykologiset esteet virheen tunnustamiselle.</p> <p>Anonyymi raportointijärjestelmä voi lisätä virheilmoitusten tekoa ja vähentää rangaistustoimiin liittyviä huolia, mutta se voi vähentää yksityiskohtaisia tietoja vaaratapahtumista. Sisällyttämällä koko henkilöstö raportointijärjestelmään, voidaan tuottaa sille arvoa, mutta tämä strategia saattaa edellyttää usein muistutuksia, jottei raportointimäärät vähene.</p> <p>Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että johtajista lähtöisin oleva henkilökunnan raportointiin kannustaminen näyttää olevan avainasemassa onnistuneessa raportointijärjestelmässä.</p>
--	---	--	---

Taulukko 2. Tutkimusartikkelit vaaratapahtumaraportoinnista ja virheistä oppimisesta

Tekijä, tutkimus, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä: aineistot	Keskeiset tutkimustulokset
Evans, S. M. – Berry, J. B. – Smith, B. J. – Esterman, A. – Selim, P. – O’Shaughnessy, J. – DeWit, M. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. 2006. Australia.	Tunnistaa sairaaloissa tapahtuneiden vaaratapahtumien ilmoittamista estävät tekijät.	Kyselytutkimus, johon osallistui 186 lääkäriä ja 587 sairaanhoitajaa erilaisista kliinisistä olosuhteista kuudessa Etelä-Australian sairaalassa.	Sekä lääkäreiden että sairaanhoitajien mielestä heidän tulisi ilmoittaa useammin tapauksia järjestelmään. Tapahtumaraportoinnin parantamiseksi on selvittävä mitkä tapaukset on ilmoitettava, prosessia on yksinkertaistettava ja vaaratapahtuman ilmoittaja tulisi saada palautetta raportoinnistaan. Yleisin este lääkäreiden ja sairaanhoitajien vaaratapahtumaraportointiin oli palautteen puute.
Kinnunen, Marina. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. 2010. Suomi.	Selvittää organisaation tekijät, jotka ovat mahdollistajia organisaatiossa virheistä oppimisessa ja estävät sitä.	Laadullinen tutkimus, jossa käytettiin kahta aineistoa. Ensimmäinen kerättiin haastattelella organisaation henkilökuntaa ja toinen nauhoittamalla työpajakeskusteluja. Molemmat aineistot analysoitiin laadullisesti.	<p>Yksilö- ja työyhteisötasolla oppiminen tapahtuu keskustelemalla ja etsimällä yhteisiä näkemyksiä, mikä edellyttää valmiuksia ja systemaattisia toimintatapoja virheistä keskusteluun. Ihannetilanteessa ei etsitä syyllisiä, vaan yhteisenä tavoitteena on systeemin kehittäminen ja virheiden syiden selvittäminen.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan johtotason ja työntekijätason näkemykset eivät kohtaa. Työntekijätasolla odotetaan johdon tarttuvan virheisiin ja johtotasolla odotetaan virheistä oppimisen tapahtuvan työntekijätasolla. Työntekijätasolla priorisoidaan usein työn nopeaa jatkamista virheen syiden selvittämisen sijaan. Esteenä on myös vaikeus hyväksyä omia virheitä. Avoin keskustelu edistää virheistä oppimista. Johdolla on keskeinen rooli sen viritäjänä ja käytännön mahdollistajana.</p> <p>Raportointijärjestelmä mahdollistaa tiedon jakamisen laajasti, systemaattisesti ja nopeasti. Oppimisprosessin tulee olla määritelty. Oppimisen mahdollistajat ovat muun muassa avoin ja keskusteleva ilmapiiri, systeemiajattelu, johdon sitoutuminen, esimiesten tuki, sekä systemaattinen ja valtuutettu tiedonsiirto.</p>
Pham, Julius Cuong –Girard, Thierry – Pronovost, Peter J. What to do With	Vaaratapahtumien käsittelyn esteet.	Kirjallisuuskatsaus: tieteelliset tutkimukset.	Jopa keskikokoisessa organisaatiossa aktiivinen raportointikulttuuri voi johtaa moniin satoihin raportteihin kuukaudessa. Monilla organisaatioilla ei ole resursseja lukea, saati analysoida kaikkia näitä raportteja. Tämä voi johtaa käyttäjien

Healthcare Incident Reporting Systems. 2013. Yhdysvallat.			tyytymättömyyteen, kun heidän raporttinsa jätetään ratkaisematta. Lisäksi raportointia käytetään joskus valittamaan kollegan suorituskyvystä tai käyttäytymisestä. Ei ole yllättävää, että monet käyttäjät tuntevat olevansa tyytymättömiä näihin järjestelmiin.
Kuisma, Päivi. Raportointijärjestelmä mahdollistaa tiedon jakamisen nopeasti ja systemaattisesti. 2010. Suomi.	Tunnistaa kohteena olevan organisaation keskeisimmät potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueet.	Aineisto koostuu yhden organisaation vaaratapahtumien (N=1688) laadulliseen ja määrälliseen analyysiin.	<p>Potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueiksi nousivat informointi, henkilökohtaiset ominaisuudet, dokumentointi ja raportointi, toimintatavat ja ohjeistus, työnjako ja yhteistyö, perehdytys ja koulutus, liikkumisen rajoittaminen ja valvonta sekä ympäristö ja johtaminen.</p> <p>Vaaratapahtumien raportointi on tärkeä osa potilasturvallisuuden kehittämistä. Huomioitavaa on, ettei pelkkä tiedonkeruu ja terveydenhuollon vaaratapahtumailmoitusten käsittely ei lisää potilasturvallisuutta. Tärkeä on analysoida vaaratapahtumia systemaattisesti ja välittää tietoa laajasti organisaation sisällä.</p>

liite 5 Vaaratapahtumaraportointi -one pager

