



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Inka Nummijärvi

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA YHTEIS-  
PÄIVYSTYKSEN POTILASTURVALLISUUTEEN  
VAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Sosiaali- ja terveysala  
2023

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Inka Nummijärvi
Opinnäytetyön nimi	Sairaanhoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä
Vuosi	2023
Kieli	suomi
Sivumäärä	47 + 3 liitettä
Ohjaaja	Miia Joensuu

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yhteispäivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksiä vaaratapahtumiin vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena oli tuoda esiin sairaanhoitajien kokemuksia siitä, millaiset tekijät vaarantavat potilasturvallisuuden sekä lisätä avointa keskustelua vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen liittyen.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella ja analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällön analyysia. Kohderyhmänä oli erään keskussairaalan yhteispäivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat. Kyselyyn vastasi yhdeksän sairaanhoitajaa.

Opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan vaaratapahtuman syntyyn myötävaikuttavia tekijöitä olivat koulutuksen puute ja kokemattomuus, puutteellinen ohjeistus, aikatauluongelmat, suuri potilasmäärä, puutteelliset resurssit, omasta toiminnasta johtuvat syyt, ongelmat tietojärjestelmien ja kommunikaation kanssa sekä satunnaiset syyt. Vaaratapahtumia ehkäiseviksi tekijöiksi nousivat riittävä resurssointi, hyvät toimintaohjeet, riittävä perehdytys ja koulutus, yhteistoiminnallisuus ja moniammatillisuus, hyvä kommunikointi ja kirjaaminen, omasta jaksamisesta huolehtiminen, ennakointi ja valmistautuminen, suojausmenetelmien käyttö, omat toimintatavat ja erinäiset työhön liittyvät tekijät. Vaaratapahtumiin liittyvää keskusteluilmapiiriä kuvattiin pääosin avoimeksi, hyväksi ja luotettavaksi. Hoitajien mukaan keskustelussa keskiössä oli virheistä oppiminen eikä syyllistäminen.

## ABSTRACT

Author	Inka Nummijärvi
Title	Factors Affecting the Patient Safety of an Emergency Department as Experienced by Nurses
Year	2023
Language	Finnish
Pages	47 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Miia Joensuu

---

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the factors that affect the patient safety as experienced by nurses working in the emergency department. The objective was to bring out nurses' experiences about what affects patient safety and increase open discussion regarding the reporting of incidents.

The methodology used in this study was a qualitative research method. The data was gathered by conducting an online survey and analyzed using inductive content analysis. The target group was the emergency department of a central hospital. Nine nurses responded to the survey.

The results stated that patient safety incidents are caused by lack of education and by inexperience, insufficient instructions, scheduling problems, a large amount of patients, insufficient resources, causes from own actions, problems with information systems and communication and random causes. Patient safety incidents are prevented by sufficient resources, decent instructions, sufficient orientation and education, collaboration and multiprofessionalism, good communication and documentation, taking care of own well-being, anticipation and preparation, safety defenses, own actions, and various work-related factors. The atmosphere of discussion related to patient safety incidents was mainly described as open, good, and reliable. According to the nurses, learning from mistakes was the main point of the discussion, not blaming.

---

Keywords	patient safety, emergency department, patient safety incident
----------	---

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	PÄIVYSTYSHOITOTYÖ.....	8
	2.1 Päivystyspoliklinikka .....	8
	2.2 Päivystyshoitotyön luonne.....	9
	2.3 Päivystyksen kiireellisyysluokitus .....	10
3	POTILASTURVALLISUUS .....	12
	3.1 Vaaratapahtumat.....	13
	3.2 Suojaukset ja turvallisuustyökalut .....	14
	3.3 Haittatapahtumien raportointiprosessi -HaiPro.....	15
	3.4 Potilasturvallisuuskulttuuri .....	16
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	18
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	19
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu .....	19
	5.2 Aineiston analysointi.....	20
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	22
	6.1 Vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät .....	23
	6.2 Vaaratapahtumiin liittyvä keskusteluilmapiiri .....	31
7	POHDINTA.....	33
	7.1 Tulosten pohdintaa .....	33
	7.2 Tutkimuksen eettisyys .....	35
	7.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	37
	7.4 Tutkimus oppimisprosessina .....	39
	7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
	LÄHTEET .....	41
	LIITTEET .....	48

## KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO

<b>Kuva 1.</b> Potilasturvallisuus (Stakes & Rohto 2006) .....	13
<b>Kuva 2.</b> Vastaajien ikä .....	22
<b>Kuva 3.</b> Vastaajien sukupuoli .....	22
<b>Kuva 4.</b> Vastaajien työkokemus .....	23
<b>Kuva 5.</b> Ulkoiset myötävaikuttavat tekijät .....	25
<b>Kuva 6.</b> Sisäiset myötävaikuttavat tekijät .....	26
<b>Kuva 7.</b> Ulkoiset ehkäisevät tekijät .....	28
<b>Kuva 8.</b> Sisäiset ehkäisevät tekijät .....	31
<b>Kuva 9.</b> Vaaratapahtumiin liittyvä keskusteluilmapiiri .....	32
<b>Taulukko 1</b> Triageluokitus.....	10

## **LIITELUETTELO**

**Liite 1.** Esimerkki sisällönanalyysista

**Liite 2.** Saatekirje

**Liite 3.** Kyselylomakkeen kysymykset

## 1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on yksi terveydenhuollon keskeisimpiä tavoitteita ja sitä pyritään kehittämään jatkuvasti. Turvallisuuden tavoitteellinen kehittäminen sai alkunsa Institute of Medicinen vuonna 1999 julkaisemasta artikkelista *To err is human*. Artikkelin kirjoittajat arvioivat virheiden aiheuttavan Yhdysvalloissa yli puoli miljoonaa vammaa ja jopa 98 000 kuolemaa. (Welling 2018.) Useissa maissa monet tutkimukset ovat osoittaneet sen, että noin kymmenen prosenttia potilaista kokee sairaalahoidossa ollessaan jonkinlaisen vaaratapahtuman. Tapauksista yhdellä prosentilla haitat potilaalle ovat vakavia tai voivat johtaa jopa kuolemaan. (Doupi 2009.) Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen arvion mukaan noin 700–1700 potilasta kuolee Suomessa vuosittain haittatapahtuman seurauksena. (Rauhala, Kinnunen, Kuosmanen, Liukka, Olin, Sahlström & Roine 2018, 2716.)

Päivystyspoliklinikalla työskennellään jatkuvasti muuttuvissa tilanteissa. Hoitosuhteet ovat lyhyitä ja työtä joudutaan tekemään usein kovan paineen alla. Ennalta arvaamaton potilasmäärä saattaa aiheuttaa päivystykseen epätarkoituksenmukaisen ruuhkautumisen. Potilaiden lisääntyneet vaatimukset ja häiriökäyttäytymien asettavat sekä henkilökunnan, että potilaat alttiiksi mahdollisille vaaratilanteille. Päivystyspoliklinikalla hoidettavista potilaista noin 6–8,5 % altistuu haittatapahtumille, joista 36–71 % olisi ehkäistävissä. (Terävä 2017.) Potilasvahinkokeskuksen raportin (2022) mukaan Suomessa ei ole kattavasti tutkittu päivystysympäristössä tapahtuvien vaaratapahtumien ja potilasvahinkojen määrää.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia siitä, mitkä tekijät yhteispäivystyksessä vaikuttavat vaaratapahtuman syntyyn. Lisäksi tavoitteena oli lisätä avointa keskustelua liittyen vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen. Aihe on tärkeä tutkimuksen kohde, jotta potilasturvallisuus saadaan pidettyä ajan tasalla. Potilasturvallisuus on aina ajankohtainen tutkimuksen kohde, eikä tutkittua tietoa voi koskaan olla liikaa.

## 2 PÄIVYSTYSHOITOTYÖ

Päivystyshoidosta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä valtioneuvoston asetuksessa (583/2017). Terveydenhuoltolaissa 50§ (1516/2016) käsitellään kiireellistä hoitoa. Valtioneuvoston asetuksella säädetään kiireellisen hoidon perusteet sekä päivystyksen erikoisalakohdaiset edellytykset. (L 30.12.2010/1326; A 583/2017.) Tavoitteena on taata jokaiselle kansalaiselle yhdenvertaiset palvelut helposti saataville, keskittää osaaminen ja potilasturvallisuus yksikössä sekä hillitä kustannuksien kasvua (Koskela 2017).

### 2.1 Päivystyspoliklinikka

Ympäri vuorokautisessa päivystyksessä, jota kutsutaan myös päivystyspoliklinikaksi, annetaan kiireellistä hoitoa potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan vamman, äkillisen sairastumisen, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen ja toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä hoitoa ja arviointia. (Sosiaali- ja terveysministeriö, STM.) Päivystyspoliklinikan kautta tulee noin 70–80 % sairaalan potilasta ja siksi se onkin keskeinen toimintayksikkö sairaalassa. Usein päivystyspoliklinikka antaa ensivaikutelman terveydenhuollon toimivuudesta potilaalle ja hänen läheisilleen. (Strann, Suominen & Rantanen 2015.) Harvard Medical Practicen tekemässä tutkimuksessa päivystyspoliklinikka sijoitettiin kolmanneksi riskialttiimmaksi alueeksi potilasturvallisuutta arvioitaessa. Muissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että päivystyspoliklinikan vaaratapahtumien osuus on noin 3–10 % kaikista sairaalan vaaratapahtumista. (Alsabri, Boudi, Zoubeidi, Abdalla Alfaki, Levy, Oneyji, Shan, A Camargo Jr, Michel, Tazarourte, Hachimi-Idrissi, Grossman & Bellou 2020.)

Ympäri vuorokautinen päivystys on järjestettävä yhteispäivystyksenä valtioneuvoston asetuksen (583/2017) mukaan. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan yksikköä, jossa tarjotaan perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluja. Tämä mahdollistaa osaamisen ja kiireellisten palvelujen kokoamisen yhteen, helposti



potilaiden saataville. Myös erilaiset tukipalvelut, kuten kuvantamis- ja laboratoriopalvelut, ovat saatavilla yhteispäivystyksessä. Yhteispäivystyksen tavoitteena on tuottaa vaikuttavaa ja saumatonta hoitoa potilaille. (Valvira 2018.)

Yleisimmät päivystyspoliklinikalla tapahtuvat haittatapahtumat liittyvät potilaan tilan arviointiin, potilaaksi ottamatta jättämiseen ja hoidon laiminlyöntiin. Myös kirjaukseen ja laitteisiin liittyviä häiriöitä havaittiin. (Thomas, Morton & Mackway-Jones 2004.) Päivystyspoliklinikalla vaaratapahtuman syntyyn vaikuttaviksi tekijöiksi on tunnistettu henkilöresurssit, henkilökunnan ja potilaiden aiheuttamat vaaratapahtumat, tapaturmat ja hoitoympäristön turvattomuus. (Yli-Villamo 2008)

## **2.2 Päivystyshoitotyön luonne**

Päivystyshoitotyö on hektistä ja työn luonne muuttuu työvuoroittain. Potilasmäärällä on merkittävä yhteys kiireen tuntuun ja sitä kautta se voi olla yhteyksissä useaan tapahtumaan. Ikäjakauma päivystyksessä on laaja, joka edellyttää hoitohenkilökunnalta laaja-alaista ja monipuolista osaamista. (Hassinen 2020.) Päivystyshoitotyötä tekevältä vaaditaan nopeaa päätöksentekokykyä. Päivystyksen ruuhkautuminen, keskeytykset työn aikana sekä stressaava työympäristö saattavat lisätä riskiä vaaratapahtumille. (Alsabri ym. 2020.) Jotta päivystys toimii tehokkaasti ja voidaan taata laadukkaat palvelut, toiminta edellyttää potilasmäärien porrastamista ja jatkohoitopaikan löytymistä kiireellisimmän hoidon jälkeen. Viime aikoina päivystykset ovat ruuhkautuneet, sillä jatkohoitopaikkoja ei löydy. Tämä on johtanut siihen, että hoitohenkilökunnan työtaakka on lisääntynyt ja potilaiden tarkkailuun ei ole tarpeeksi aikaa. (STM 2017; Potilasvahinkokeskus 2022.) Yksi syy riittämättömiin jatkohoitopaikkoihin on riittävän henkilökunnan puute, jonka vuoksi vuodeosastojen potilaspaikkoja on jouduttu sulkemaan (Pihlava 2021).

Päivystyksessä työskentelevien työntekijöiden väliset suhteet ovat tärkeässä asemassa, sillä työ voi olla stressaavaa ja henkisesti kuormittavaa. Hyvä vuorovaikutus

moniammatillisen tiimin ja potilaan sekä hänen läheisten kanssa on avainasemassa hoidon onnistumiseksi. (Strann ym. 2015.)

### 2.3 Päivystyksen kiireellisyysluokitus

Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä osa potilaan hoitoa, sillä nivelkohdissa on suurempi riski vaarantaa potilasturvallisuutta, johtuen puutteista tiedonkulussa ja ammattilaisten vaihtuessa. (STM 2022, 26.) Arvion voi tehdä laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö eli esimerkiksi sairaanhoitaja. Arviota tekevän hoitajan täytyy olla koulutettu ja ennen kaikkea riittävän kokenut pystyäkseen arvioimaan milloin tarvitaan välitöntä hoitoa. Arviota tekevällä hoitajalla täytyy myös olla mahdollisuus konsultoida lääkäriä epäselvissä tilanteissa. Hoidon tarpeen arvioinnissa hyödynnetään kiireellisyysluokitusta. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira 2017; Pihlava 2018.)

Kiireellisyysluokitus eli triage on menetelmä, jossa potilaat jaetaan luokkiin tarvittavan hoidon kiireellisyyden mukaan. Tällä tavoin pyritään hyödyntämään käytössä olevat resurssit mahdollisimman hyvin. Arvioinnissa otetaan huomioon potilaan ilmoittama tulosyy, muut sairaudet sekä tärkeimpänä potilaan sen hetkinen oireet ja vointi. (Kemp 2022, 8. Valvira 2017.) Suomessa käytössä on viisiportainen ABCDE-triageluokitus, joka on kuvattu taulukossa 1. (Kantonen 2014, 28.)

Suomessa on myös käytössä maksuton päivystysapunumero, jonka tarkoituksena on parantaa asiakkaiden saamaa palvelua sekä vähentää ensihoitopalveluiden kuormitusta. Päivystysapu tarjoaa ohjausta ja neuvontaa päivystysluntoisissa terveysongelmissa. Tavoitteena on myös saada ohjattua hätäkeskukseen kuulumattomat puhelut oikeaan paikkaan. (STM 2018.)

**Taulukko 1** Triageluokitus

Luokka	Hoidon tarve
A	Välitön hengenvaara, tarvitsee hoitoa välittömästi

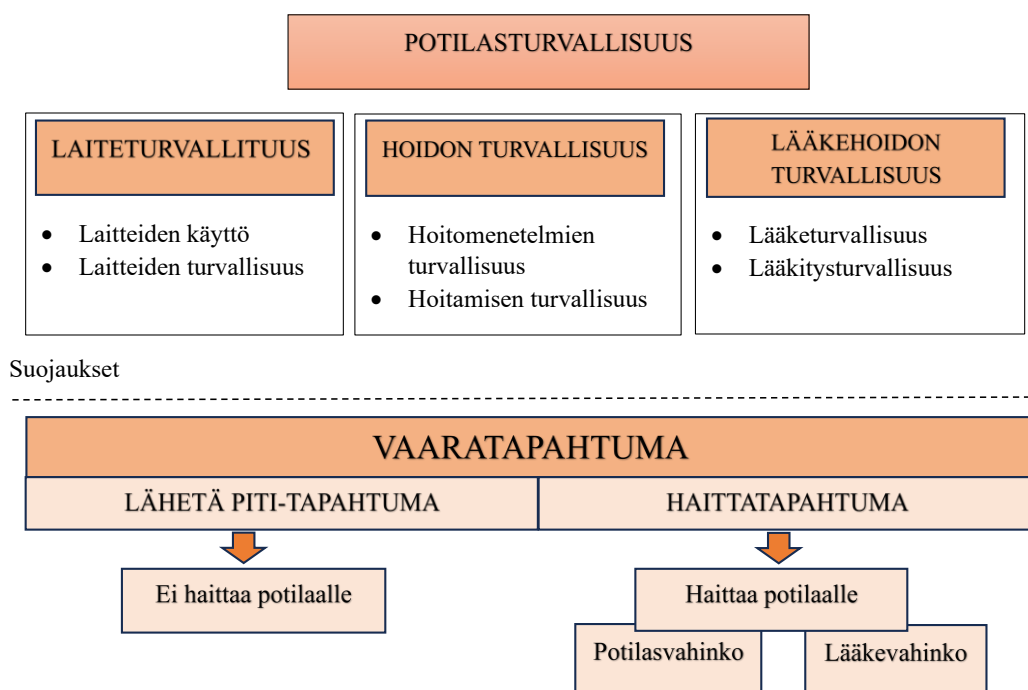
B	Välitön tai uhkaava hengenvaara, tarvitsee hoitoa 10 minuutin sisällä
C	Hoito tulee aloittaa tunnin kuluessa
D	Hoito tulee aloittaa kahden tunnin kuluessa
E	Ei tarvitse päivystyksellistä hoitoa

### 3 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaalle annetaan oikea ja tarvitsemansa hoito, aiheuttaen mahdollisimman vähän haittaa. Hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus ovat osa potilasturvallisuutta (kuva 1). (Potilasturvaportti 2018.) Lääkehoidon turvallisuus voidaan jakaa lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus kattaa lääkevalmisteen käytön turvallisuuden, esimerkiksi lääkkeestä aiheutuvat haittavaikutukset. Lääkitysturvallisuudella taas tarkoitetaan lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä toimia, joilla pyritään estämään lääkevahingot. Laiteturvallisuus kattaa itse laitteiden turvallisuuden sekä laitteiden käytön turvallisuuden. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (L 702/2021) säätelee laiteturvallisuutta. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12; STAKES & ROHTO 2006.)

Suomessa potilasturvallisuutta on edistetty kansallisella tasolla vuodesta 2009 lähtien, jolloin ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuusstrategia, julkaistiin. Uusi asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiaa on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön johtamana vuosille 2022–2026. Aikaisemmista strategioista poiketen uusi strategia sisältää myös toimeenpanosuunnitelman, jotta uudet käytänteet saataisiin mahdollisimman pian toimintaan. Vuodesta 2023 lähtien sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta hyvinvointialueille uuden sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä. Uudistus mahdollistaa entistä paremmat edellytykset asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi kansallisella sekä alueellisella tasolla. Samalla se antaa mahdollisuuden ohjata tarvittavia resursseja turvallisuustoimintaan, sen kehittämiseen, valvontaan, tutkimiseen, mittaamiseen ja tilannekuvan ylläpitoon. Suureen rakenteelliseen muutokseen liittyy myös riskejä koskien asiakas- ja potilasturvallisuutta, kuten hoidon jatkuvuuden onnistuminen sekä henkilökunnan osaamisen varmistaminen. (STM 2022.)

Saudi-Arabiassa tehdyssä tutkimuksessa oli tutkittu lääkäreiden ja sairaanhoitajien kokemuksia päivystysosaston potilasturvallisuushaasteista sekä raportointijärjestelmän käytöstä. Vastajista kolmasosa oli sitä mieltä, että nykyinen henkilökunnan määrä ei ole riittävä päivystysosaston työmäärään verrattuna. Tuloksissa oli raportoitu potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi henkilöstöpula, vajaa raportointi vuoronvaihdon yhteydessä sekä väkivallan uhka. (Albarrak, Almansour, Alzahrani, Almalki, Alshehri & Mohammed 2020.)



**Kuva 1.** Potilasturvallisuus (Stakes & Rohto 2006)

### 3.1 Vaaratapahtumat

Vaaratapahtuma on tilanne, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa potilaalle haittaa. Lähetä piti -tilanne on yksi vaaratapahtuman alakäsitteistä. Sillä tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaalle olisi voinut aiheuta haittaa, mutta haitalta vältyttiin joko satumalta tai siksi, että poikkeama huomattiin ajoissa. (Potilasturvaportti 2018.)

Toinen vaaratapahtuman alakäsite on haittatapahtuma. Haittatapahtumassa potilaalle aiheutuu haittaa, joka voi olla tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus. (Potilasturvaportti 2018.) Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen arvion mukaan yksi kymmenestä sairaalassa hoidetuista potilaista kokee haittatapahtuman. Varhaisella tunnistamisella noin puolet haittatapahtumista olisi ehkäistävissä. (Rauhala ym. 2018, 2716.) Leikkauksiin ja lääkkitykseen liittyvät haittatapahtumat ovat yleisimpiä sairaalapotilailla. Päivystyspotilailla haittatapahtumat liittyvät yleensä diagnostisiin ongelmiin ja huonoon hoidon suunnitteluun. (Alsabri ym. 2020.)

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean julkaisemassa Sic! lääketietolehdessä on vuonna 2019 pohdittu lääkehoidon vaaratilanteita ja mitä niistä voidaan oppia. Artikkelissa nostettiin esille vaaratilanteisiin muun muassa myötävaikuttaneita tekijöitä ja tapahtuman tyyppikuvauksia. Tilaston mukaan myötävaikuttaneista tekijöistä suurin osa ei ollut tiedossa. Toiseksi vaikuttavin tekijä liittyi kommunikointiin ja tiedonkulkuun. (Kuusisto, Sneck, Sova & Härkänen 2019.)

Vuonna 2018 tehdyssä kansainvälisessä tutkimuksen tulosten mukaan yli puolet haittatapahtumista olisi estettävissä. Haittatapahtumia voitaisiin ehkäistä käyttämällä erilaisia ohjeita, hoitoprotokollia sekä tarkastuslistoja. (Schwendimann, Blatter, Dhaini, Simon & Ausserhofer 2018.) Vaikka tapahtumat ovat yksilöllisiä, niissä on samankaltaisia toistuvia piirteitä. Jotta nämä piirteet tunnistettaisiin, täytyy haittatapahtumista raportoida aktiivisesti. (European Commission 2014, 11.)

### **3.2 Suojaukset ja turvallisuustyökalut**

Suojauksilla tarkoitetaan terveydenhuoltoon tietoisesti suunniteltuja rakenteita ja menettelyjä, joiden tarkoituksena on tunnistaa haitalliset tapahtumat ja estää niiden aiheuttamat vaaratapahtumat. Näitä voivat olla esimerkiksi riittävä henkilökunnan määrä sekä käsien desinfektio. Potilasturvallisuuden parantamiseksi on kehitetty erilaisia työkaluja, kuten erilaiset tarkastuslistat ja potilasrannekkeet, joista tunnistaa potilaat helpommin. Vaikka työtehtävä olisikin muuttunut rutii-niksi, työkalut kannattaa pitää mukana, sillä niiden käytön merkitys korostuu, kun

toimitaan hätätilanteessa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12, 16.) Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin henkilökunnan kokemuksia turvallisuustarkastuslistan käytöstä esiapuosastolla. Vastaajat pitivät tarkistuslistaa hyvänä käytäntönä varsinkin sellaisten vuoronvaihtojen yhteydessä, kun ei ollut mahdollisuutta ottaa vastaa suullista raporttia edelliseltä vuorolaiselta. Tarkistuslistaa pidettiin hyvänä muistilistana kiireisen työn keskellä. (Stone, Banks, Brant, Kesten, Redfern, Remmers & Redwood 2020).

Terveydenhuollossa on yhä enemmän siirrytty systeemiajatteluun: ihmisille sattuu inhimillisiä erehdyksiä ja unohduksia, eikä virheitä voi välttyä kokonaan. Suojaukset on kehitelty siten, että virheitä sattuisi mahdollisimman vähän. Suojauksista huolimatta vaaratapahtumia tapahtuu. Systeemiajattelussa ei etsitä tapahtuneelle syyllistä vaan mietitään mitkä suojaukset pettivät, että virhe pääsi tapahtumaan. Suojausten pettäminen voi johtua kahdesta syystä: aktiivisista virheistä ja piilevistä syistä. Aktiiviset virheet tapahtuvat yleensä satunnaisesti potilaskontakteissa esimerkiksi työntekijän unohduksista tai arviointivirheistä. Piilevät syyt taas johtuvat organisaatiossa tehdyistä pysyvistä ratkaisuista. Ne voivat liittyä esimerkiksi rakennuksen suunnitteluun tai yleisiin toimintatapoihin, joita organisaatiossa on päätetty. Nämä syyt saattavat olla pitkäänkin piilossa, ennen kuin huomataan niiden aiheuttavan vaaraa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 14-15.)

### **3.3 Haittatapahtumien raportointiprosessi -HaiPro**

HaiPro on Suomen terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, lyhenne muodostuu sanoista haittatapahtumien raportointiprosessi. HaiPro-prosessi sisältää raportoinnin poikkeavista tilanteista ja niiden analysoinnin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, STM 2008, 11.) HaiPro-järjestelmä on Suomessa käytössä yli 300:lla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolla. Vuodesta 2007 alkaen järjestelmään on tehty yli miljoona ilmoitusta. Järjestelmästä saatuja tietoja ei käytetä syyllisen löytämiseen vaan niiden avulla pyritään löytämään haittatapahtumiin johtaneet syyt ja näin edelleen kehittämään potilasturvallisuutta. Ilmoituksen voi

tehdä terveydenhuollon ammattihenkilö virheen tapahtuessa, havaitessaan virheen tai vaaratilanteen. Ilmoituksen voi myös tehdä nimettömänä. (Rauhala ym. 2018, 2717.) Myös potilas tai potilaan läheinen voi tehdä muistutuksen, mikäli hoitoon ei olla tyytyväisiä. Muistutus tehdään hoitopaikan terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Ilmoitus potilasvahingosta tai sen epäilystä tehdään potilasvaikutuskeskukselle. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007.)

Rauhalan ym. (2018) tutkimuksessa lähes puolet ilmoituksista liittyi lääke- ja nestehoitoon. Tapaturmiin sosiaali- ja terveydenhuollossa ilmoituksista liittyi hieman yli viidennes sekä tiedonkulusta- ja hallinnasta tehtiin kolmanneksi eniten ilmoituksia. Ilmoituksia eniten tekivät sairaanhoitajat ja muu hoitohenkilöstö ja vähiten lääkärit. Tutkimuksessa vaaratapahtumiin vaikuttaviksi tekijöiksi oli nimetty potilaaseen ja asiakkaaseen liittyvä tekijät, joka selittyi tapaturmien suurella osuudella. Myös kommunikointiin, tiedonkulkuun ja toimintatapoihin liittyvät tekijät tunnistettiin vaikuttavan vaaratapahtumiin.

### **3.4 Potilasturvallisuuskulttuuri**

Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan toimintatapaa, jolla pyritään edistämään potilaiden hoitoa ja palvelua. Se on monimuotoinen asiakokonaisuus, joka sisältää henkilöstön kokemuksia ja näkemyksiä turvallisuudesta. Potilasturvallisuuskulttuurissa tulee esille työorganisaation sosiaaliset ilmiöt sekä toimintaprosessit. Keskeistä siinä on vaaratapahtumien tunnistaminen ja niistä oppiminen. Jokainen organisaatiossa työskentelevät ovat sitoutuneet noudattamaan turvallisuuskulttuuria. Hyvä turvallisuuskulttuuri on tärkeä arvo ja sitä kehitetään järjestelmällisesti. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 92; Jylhä, Mönkkönen & Kuusisto 2021, 96; Kosonen 2021.) STM:n potilasturvallisuusstrategiassa yhtenä keskeisenä tavoitteena on turvallisuuskulttuurin johtamisen edistäminen. Tässä apuna käytetään siihen suunniteltuja potilasturvallisuuskulttuurin mittaamisen suunniteltuja mittareita sekä johdon kouluttamista kulttuurin johtamiseen. (STM 2022, 36.)



Suokas (2018, 5) on viitannut tutkimuksessaan Bagnasco ym. (2011) ja Vaismoraldi ym. (2014) tutkimuksiin, joiden mukaan turvallisuuskulttuurin esille nostaminen lisää asian tiedostamista. Työyksikössä vallitseva kulttuuri sekä henkilökunnan asenteet ovat suurin este haittatapahtumailmoituksen tekemättä jättämiselle. Jotta henkilökunta raportoi aktiivisesti vaaratapahtumista täytyy työyksikössä luoda positiivinen ja turvallinen ilmapiiri sekä lisätä koko organisaation sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen. Haittatapahtumien lisäksi turvallisuuskulttuurilla on todettu olevan yhteys potilaskuolleisuuteen, tyytyväisyyteen sekä hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyyteen. Tärkeimpiä keinoja hyvän turvallisuuskulttuurin luomiseen ovat avoin ilmapiiri, nopea puuttuminen vaaratilanteisiin sekä moniammatillinen jatkuvat turvallisuuden kehittäminen. (Kuosmanen, Liukka, Aaltonen, Roine & Kinnunen 2018.)

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla yhteispäivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksiä vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda tietoon sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, millaiset tekijät vaarantavat potilasturvallisuutta sekä lisätä avointa keskustelua liittyen vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat vaaratapahtuman syntyyn yhteispäivystyksessä?
2. Millaiset asiat vaikuttavat siihen, että työntekijä jättää mahdollisen vaaratapahtumailmoituksen tekemättä?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tuoda ilmi kuvailujen ja omakohtaisten kokemusten kautta ihmisten toimintaa. Tavoitteena ei ole löytää ehdotonta totuutta, vaan kerätyn aineiston pohjalta tehdään tulkintoja, joilla voidaan ratkaista tutkimusongelmia. (Vilkkä 2015.) Tutkimuksen tavoite on saada käsitys yksilön tavasta pohtia ja sanoittaa tarkasteltavia asioita (Tuomi & Sarajärvi 2018). Yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada määrällisen tutkimuksen tapaan, koska tutkimusaineisto koostuu ihmisten kertomuksista ja arvoista. Terveystieteiden näkökulmasta tieteellistä tietoa käytetään terveydenhuollon kehittämiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.)

### 5.1 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin erään keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Kohderyhmänä olivat yhteispäivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat. Tutkimuksesta tiedotettiin osallistujille osastonhoitajien kautta.

Tämän opinnäytetyön menetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelulomaketta, joka toteutettiin sähköisellä e-lomakkeella. Lomake lähetettiin kaikille yhteispäivystyksessä työskenteleville sairaanhoitajille ja tavoitteena oli saada heiltä vähintään kymmenen vastausta. Lomakkeen toiminta testattiin tutkijan lähipiirillä ennen sen lähettämistä vastaajille. Opinnäytetyötä ohjaava opettaja sekä kohdeorganisaatio olivat hyväksyneet kyselylomakkeessa olevat kysymykset. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan tärkeintä on saada vastaukset tutkimuskysymyksiin. Osallistujien määrää on vaikea päättää tarkasti etukäteen. Tutkimuksen edessä, aineistoa analysoitaessa voidaan osallistujien määrää tarvittaessa lisätä. Aineistoa on riittävästi, kun uudet vastaukset eivät tuota enää erilaista tietoa tutkimusongelman ratkaisuun. (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Näpärän (2017) mukaan puolistrukturoidussa menetelmässä kysymykset ovat kaikille samat ja valmiiksi

mietityt. Sen sijaan vastausvaihtoehtoja ei ole annettu suoraan vaan vastauskenttä on avoin.

Tutkittavat vastasivat kyselyyn sähköpostiin tulleen linkin kautta. Vastauksia saatiin yhteensä yhdeksän. Kyselystä lähetettiin kolme muistutusviestiä, jotta saatiin tarpeeksi vastauksia. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, lukuun ottamatta taustamuuttujia. Kyselyn mukana lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite sekä kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonyymiteetistä.

## **5.2 Aineiston analysointi**

Vastausajan päättymisen jälkeen aineisto alettiin analysoimaan. Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tulokset puretaan osiin ja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella ryhmiin. Analyysia ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Keskeisiä vaiheita ovat aineiston yleiskuvan hahmottamien, aineiston pelkistämien, ryhmittely ja abstrahointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–116.)

Usein analyysi työstäminen alkaa haastateltuaineiston puhtaaksi kirjoittamisella eli litteroinnilla. Jo litteroinnin aikana tutkijalle alkaa hahmottumaan kokonaiskäsitys aineistosta. Aineiston yleiskuvan hahmottaminen vaatii yleensä useita aineiston lukukertoja. Kun yleiskuva on hahmotettu, poimitaan aineistosta alkuperäisilmaisuja. Alkuperäisilmaisut antavat tietoa tutkittavasta ilmiöstä ja vastaavat tutkimuskysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 110–119.)

Pelkistämisessä alkuperäisilmaisut tiivistetään niin että merkityksellinen sisältö säilyy. Tiivistämisessä pyritään käyttämään mahdollisimman paljon samoja sanoja, mitä alkuperäisilmaisussa on käytetty. Näin varmistutaan siitä, että ilmaisun merkitys ei muutu. Pelkistetyt ilmaisut kootaan erilliselle asiakirjalle, jonka jälkeen ne ryhmitellään. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119.)

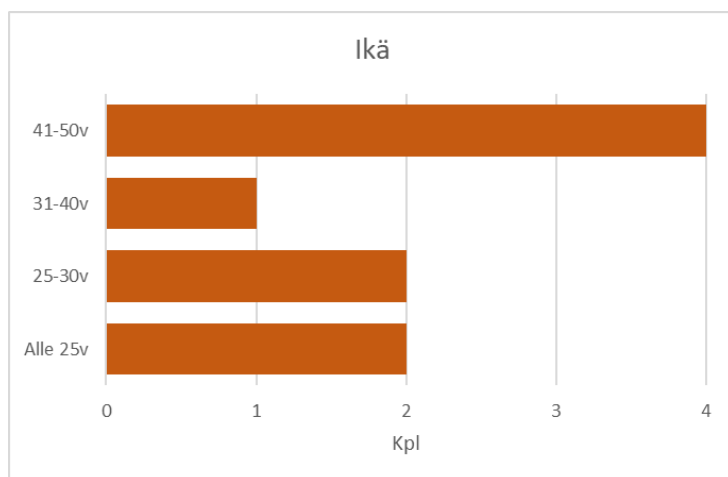
Ryhmittelyssä sisällöltään samankaltaiset ilmaisut kootaan yhteen. Muodostuneelle ryhmälle annetaan sisältöä kuvaava nimi, josta muodostuu aineiston alakategoria. Ryhmittelyä voidaan jatkaa muodostamalla alakategorioista yläkategorioita, jos se on tarpeellista. Kategorioiden nimeämisessä on huomioitava, että se kattaa kaikki sen alle tulevat pelkistetyt ilmaisut. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119.)

Abstrahointia tehdään jo pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheessa. Tutkijan on kuitenkin arvioitava miten pitkälle abstrahointi kannattaa viedä, jotta se on tulosten kannalta mielekästä eikä laske aineiston informaatioarvoa. Analyysin lopuksi yläkategorioista muodostuu yhdistävä kategoria, joka kuvaa koko aineistoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 116–119.)

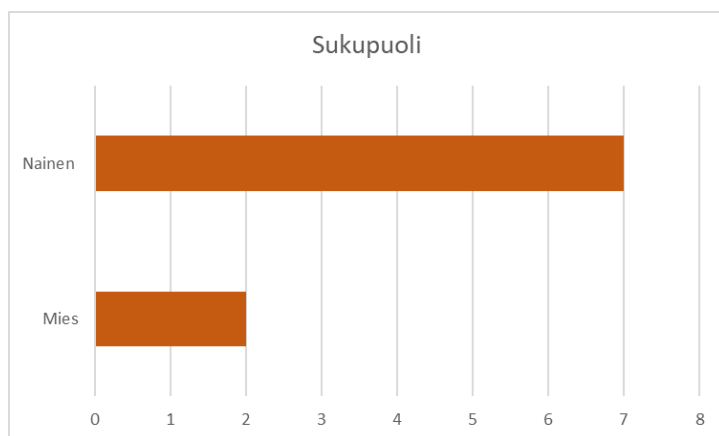
Ennen kuin tämän opinnäytetyön analyysi aloitettiin, aineisto luettiin läpi kokonaisuudessaan useamman kerran. Aineisto oli kerätty sähköisellä lomakkeella, joten sitä ei tarvinnut litteroida vaan vastaukset siirrettiin suoraan Excel-tilukkolaskentaohjelmiaan. Vastauksista merkittiin eri väreillä ne osat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Valitut vastaukset siirrettiin erilliseen Word-tiedostoon. Vastaukset pelkistettiin, mikäli siihen oli tarvetta. Useat vastaukset olivat luettelomaisia sekä tiiviisti kirjoitettu, joten jokaista valittua vastausta ei tarvinnut pelkistää. Pelkistetyt vastaukset jaettiin alakategorioihin ja ne edelleen yläkategorioihin, joista lopuksi muodostui yhdistävä kategoria. Kummastakin tutkimuskysymyksestä tehtiin oma analyysi. Analyysiesimerkki on esitetty liitteessä 1.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Vastauksia kyselyyn saatiin yhteensä yhdeksän. Kyselyyn vastanneista kaksi oli miehiä ja seitsemän naisia. Vastaajista kaksi oli alle 25-vuotiaita, kaksi 25–30-vuotiaita, yksi 31–40-vuotias ja neljä 41–50-vuotiaita. Hoitajalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan pelkästään sairaanhoitajia.

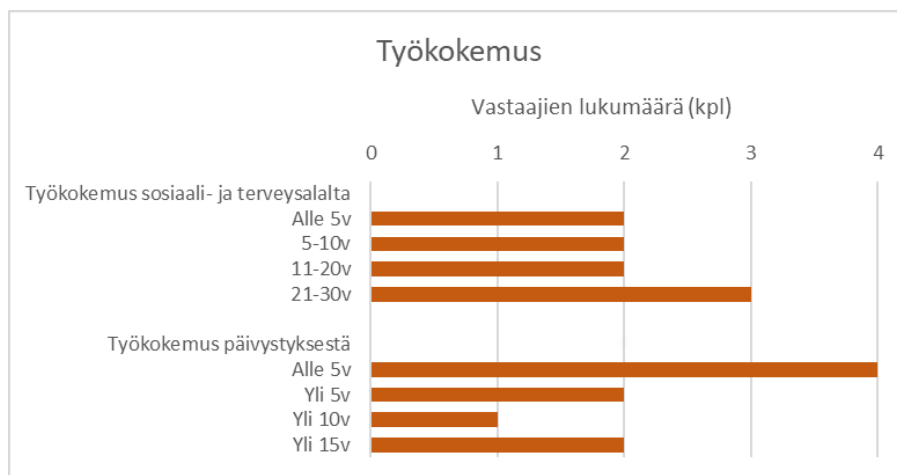


**Kuva 2.** Vastaajien ikä



**Kuva 3.** Vastaajien sukupuoli

Työkokemusta sosiaali- ja terveysalalta kahdella oli alle 5-vuotta, kahdella 5–10-vuotta, kahdella 11–20-vuotta ja kolmella 21–30 vuotta. Työkokemusta kyseisen sairaalan yhteispäivystyksessä oli neljällä alle 5-vuotta, kahdella yli 5-vuotta, yhdellä yli 10-vuotta ja kahdella yli 15-vuotta.



**Kuva 4.** Vastaajien työkokemus

### 6.1 Vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät

Vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät jakoutuivat analyysissä neljään yläkategoriaan: ulkoiset myötävaikuttavat tekijät (kuva 5), sisäiset myötävaikuttavat tekijät (kuva 6), ulkoiset ehkäisevät tekijät (kuva 7) ja sisäiset ehkäisevät tekijät (kuva 8).

Yleisimmät vaaratapahtumat hoitajien mukaan olivat kommunikointiin ja lääkahoitoon liittyvät tapahtumat. Vastauksissa oli myös mainittu uhkaavat tilanteet, kuten aggressiiviset potilaat, vaaraesineiden käyttö sekä pistotapaturmat.

#### Ulkoiset myötävaikuttavat tekijät

**Koulutuksen puute ja kokemattomuus.** Useissa vastauksessa nousi esille puutteellinen koulutus. Uutta kokemattonta hoitohenkilökuntaa on paljon ja koetaan, että työpaikkakoulutuksia tarjotaan liian vähän. Hoitajien mukaan uusia eri kokemustaustaisia sijaisia on paljon.

*”Ei ole tarpeeksi koulutuksia, uudet työntekijät eivät pääse koulutuksiin”*

*”Osaamattomuus...”*

*”Paljon uusia, kokemattomia hoitajia ja lääkäreitä.”*

**Puutteellinen ohjeistus.** Hoitajat kokivat, että puutteellinen ohjeistus ja suulliset määräykset ja ohjeet altistavat vaaratapahtumille.

*”...epäselvät ohjeet/määräykset, suulliset ohjeet/määräykset...”*

**Resurssit, potilasmäärä ja aikatauluongelmat.** Lähes jokaisessa vastauksessa tuotiin esille kiireen vaikuttavan vaaratapahtuman syntyyn. Useammassa vastauksessa oli kiire yhdistetty henkilökunta resursseihin suhteutettuna potilasmääriin. Hoitajien kokemusten mukaan potilaita saattaa tulla paljon yhtä aikaa, jolloin vähäinen henkilökuntamäärä ei ehdi hoitamaan potilaita riittävän nopeasti. Tämän takia yhteispäivystys ruuhkautuu, joka myötävaikuttaa vaaratapahtumien syntyyn.

*”Kiire ei ole ikinä potilaan vika. Hoitajan kiire koituukin kuitenkin potilaan haitaksi”*

*” kiireen vuoksi potilas joutuu odottamaan tutkimuksia, lääkettä, nesteytystä”*

*” Liian vähän henkilökuntaa potilasmäärään nähden.”*

*”Ruuhka, paljon potilaita tulee yhtäaikaisesti, liian vähän henkilökuntaa”*

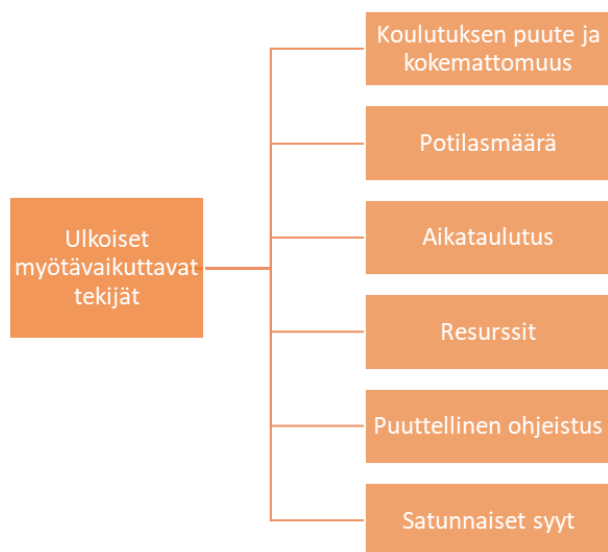
**Satunnaiset syyt.** Lisäksi vastauksissa nousi esille satunnaisia syitä, kuten työn kuormittavuus, työ keskeytyy jatkuvasti, hoitohenkilökunnan väsymys, asiakkaan valehtelu, vuorokaudenaika, lääkkeiden muuttuvat kauppanimet, suuri työyksikkö sekä covid-viruksen aiheuttama muutos hoitotyöhön.

*”...kuormittavuus tuovat lisää vaaratilanteita.”*

*”Asiakas valehtelee tai ei muuten ymmärrä.”*

*” Covid tilanne on muuttanut hoitotyötä.”*





**Kuva 5.** Ulkoiset myötävaikuttavat tekijät

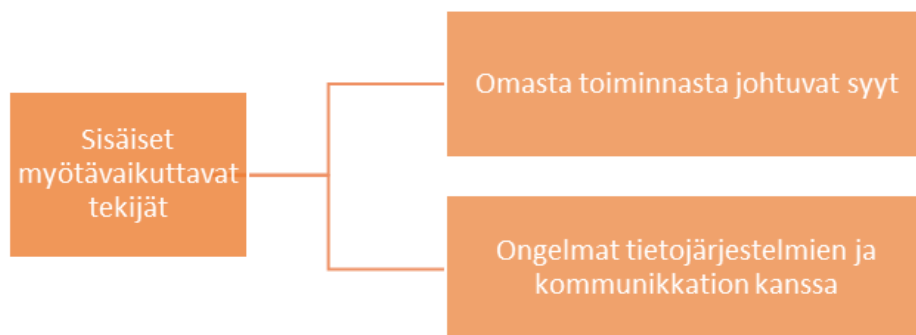
### Sisäiset myötävaikuttavat tekijät

**Omasta toiminnasta johtuvat syyt.** Hoitajien huolimaattomuus työskentelyssä altistaa vaaratapahtumille tulosten perusteella. Myös hoitajan oma ymmärrys kysyä, jos ei jostain varma tai ei osaa, tuli vastauksissa esille.

**Ongelmat tietojärjestelmien ja kommunikaation kanssa.** Vastauksissa nostettiin esille, että tieto ei kulje tarpeeksi henkilökunnan välillä. Joskus oletetaan, että kollega tietää, jonka vuoksi potilas voi saada esimerkiksi tupla-annoksen lääkettä. Myös kirjaaminen potilastietojärjestelmään on puutteellista ja sekalaista.

*”Päivystyksessä hoitajan työ keskeytyy koko ajan, joten sen vuoksi voi epähuomiossa, esimerkiksi unohtaa heti kirjata jonkin lääkkeet ja toinen toteuttaa saman määräyksen, minkä vuoksi potilas saa sen tuplasti.”*

*” Kirjaaminen nykyisessä kirjausjärjestelmässä on todella kirjavaa...Tärkeät asiat hukkuu ei tärkeän asian sekaan.”*



**Kuva 6.** Sisäiset myötävaikuttavat tekijät

### Ulkoiset ehkäisevät tekijät

**Riittävä resurssointi.** Hoitajien vastauksissa korostettiin riittävän henkilökunnan määrän tärkeyttä vaaratapahtumien ehkäisyssä. Vastaajat kokivat, että henkilökuntaa ei ole tarpeeksi suureen potilasmäärään nähden. Vastauksissa tuli esille hoitohenkilökunnan keskittäminen, jolloin hoitajia siirrettäisiin sinne missä on eniten tarvetta. Riittävä henkilökunta oli yhdistetty myös vaaratapahtumia ehkäisevän toiminnan edistämiseen. Aikaa esimerkiksi hyvälle perehdyttämiselle olisi enemmän, jos henkilökuntaresurssit olisivat riittävät.

*” Riittävä hoitajamäärä, täten aikaa olisi enemmän mikä edesauttaa ehkäisemään vaaratapahtumia.”*

*” Kunnollinen ja realistinen potilas-hoitajamitoitus”*

*” Henkilökunnan siirtely tarpeen mukaan”*

*” Riittävä hoitajamäärä, täten aikaa olisi enemmän mikä edesauttaa ehkäisemään vaaratapahtumia”*

**Hyvät toimintaohjeet.** Hoitajat kokivat hyvien, yksinkertaisten ja selkeiden ohjeiden ja protokollien ehkäisevän vaaratapahtumia. Myös oma aktiivisuus toimintaohjeiden päivittämiseen nostettiin esille.

*”Päivitän tai pyydän päivitystä vanhentuneisiin ohjeisiin”*

*”Tarkistetut ajan tasalla olevat ohjeet”*

**Riittävä perehdytys ja koulutus.** Vastauksissa korostettiin riittävän koulutuksen ja perehdytyksen ehkäisevän vaaratapahtumien syntyä. Hoitajat kaipasivat säännöllisiä koulutuksia ja hyvää perehdytystä työtehtäviin. Kokemuksen koettiin tuovan hyvää arviointikykyä.

*”Lisää koulutuksia henkilökunnalle”*

*”Kokemuksen myötä tulee myös kyky arvioida potilaan tilaa ja sitä tarvitseeko hän heti jotain tiettyä hoitoa/lääkettä.”*

*” Tulisi tarjota koulutusmahdollisuuksia.”*

*” koulutuksen tärkeyttä tulisi korostaa, kaikki ei saa jäädä hoitajan vastuulle”*

**Yhteistoiminnallisuus ja moniammatillisuus.** Hoitajat kokivat yhteistyön muiden ammattiryhmien kanssa ehkäisevän vaaratapahtumia. Esimerkiksi vartijoiden kutsuminen paikalle aggressiivisen potilaan hoidossa ja haittatapahtumien purkamisen yhdessä olivat tilanteita missä yhteistyö merkitys korostui. Myös työyhteisön turvallinen ilmapiiri koettiin ehkäiseväksi tekijäksi.

*” vartijat paikalle (ennakointi)”*

*” turvallinen ilmapiiri”*

**Työhön liittyvät tekijät.** Vastauksissa nousi esille myös muita työhön liittyviä tekijöitä, jotka koettiin ehkäisevän vaaratapahtumia. Näitä olivat potilaiden jaottelu kiireellisyysluokan mukaan, asianmukaiset työtilat ja että päivitykseen ohjautuisi vain sinne kuuluvat potilaat.

*”Potilaiden jaottelu vaivan mukaiseen hoitoryhmään ja kiireellisyysluokkaan.”*

*”Asianmukaiset tilat.”*



**Kuva 7.** Ulkoiset ehkäisevät tekijät

### Sisäiset ehkäisevät tekijät

**Hyvän kommunikointi ja kirjaaminen.** Useassa vastauksessa korostettiin kommunikoinnin ja kirjaamisen tärkeyttä. Hoitajien mukaan ääneen puhuminen on hyvä keino lisätä kommunikointia. Hyvän ja tarkan kirjaamisen lisäksi kollegoille tiedottaminen olivat keinoja, joita hoitajat nostivat esille. Vastauksissa korostettiin uskallusta pyytää apua tilanteissa missä on epävarma tai ei osaa. Potilassiirronyhteydessä korostettiin raportin antamista vastaanottavalle osastolle. Myös virven eli viranomaisverkkopuhelimen käyttö nostettiin vaaratapahtumia ehkäiseväksi tekijäksi.

*”Korostan esim. perehdytyksissä, että kirjaukset ovat äärimmäisen tärkeitä niin päivystysmonitorilla kuin potilaan hoitokertomuksessa.”*

*”Tarkistaa vielä enne potilaan osastolle vientiä, että asiat on kunnossa tai raportoidessa jo ilmoittaa, että jotain kohtaa ei päivystyksessä ehditä tehdä ja osasto joutuu sen hoitaa.”*

*”...muiden kanssa parempi kommunikointi.”*

*” On myös sanottava ääneen, jos jotain asiaa ei ehdi tai osaa tehdä.”*

**Oma jaksaminen.** Hoitajat pyrkivät pitämään huolta omasta jaksamisesta. Näin pyrittiin minimoimaan ne tekijät, jotka johtuvat hoitajan uupumuksesta. Hoitajien mukaan lepoaikaa työntekijöille tulisi olla riittävästi. Omaa jaksamista edistäviä tekijöitä olivat hoitajien mukaan esimerkiksi hyvä työvuorosuunnittelu ja ylityökielto.

*” Riittävät lepoajat”*

*”Pyrin huolehtimaan omasta jaksamisesta.”*

*” Työvuorosuunnittelu, jotta saa huolehtia jaksamisestaan.”*

**Ennakointi ja valmistautuminen.** Hoitajat kokivat hyvän valmistautumisen toimenpiteisiin ehkäisevän vaaratapahtumia. Ennakointi nostettiin vastauksissa esiin aggressiivisten potilaiden hoidossa. Hoitajien mukaan ennakointia on esimerkiksi tarvittavien tarvikkeiden huolehtiminen lähelle, ennen potilaskontaktia.

*”Ennakointi aggressiivisissa potilaissa, esim turvahuonesijoittelu, leposi-  
teet.”*

*” Tarvittavan välineistön huolehtiminen lähelle (esim. magneettivyöt)”*

*”Hoitotoimenpiteisiin valmistaudutaan huolella ja käydään läpi mitä, miksi ja miten tehdään.”*

**Suojausmenetelmät.** Hoitajat käyttivät erilaisia suojausmenetelmiä vaaratapah-  
tumien ehkäisyyn. Eniten esille noussut menetelmä oli lääkkeiden tuplatarkasta-  
minen. Esille nousi myös potilaan henkilöllisyyden tarkastaminen ja tarkastuslisto-  
jen käyttö.

*”Tarkistaa lääkkeet toisen hoitajan kanssa.”*

*” Hoitoprotokollat, checkilistat, tuplavarmistaminen...”*

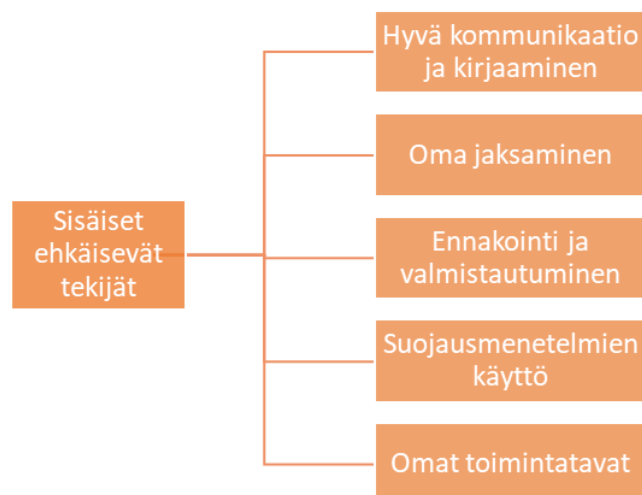
*” Tarkistan aina potilaan henkilöllisyyden, kun annan esimerkiksi lääkettä.”*

**Omat toimintatavat.** Omien toimintatapojen koettiin vaikuttavan vaaratapahtu-  
mien ehkäisyyn. Vastaajat kertoivat pyrkivänsä toimimaan kiireen keskellä rauhal-  
lisesti ja asia kerrallaan. Rutiinit potilaan hoidossa ja asioiden laittaminen tärkeys-  
järjestykseen koettiin ehkäiseviksi tekijöiksi.

*”Yritän miettiä mikä on tärkeysjärjestys potilaiden asioiden hoidossa.”*

*” Kiireessä on parempi toimia rauhassa asia kerrallaan hoitaen, eikä lähteä  
hosumaan...”*

*” Rutiinit potilaan hoidossa.”*



**Kuva 8.** Sisäiset ehkäisevät tekijät

## 6.2 Vaaratapahtumiin liittyvä keskusteluilmapiiri

Vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen liittyvää keskusteluilmapiiriä kuvailtiin hyväksi, helpoksi, rauhalliseksi ja luotettavaksi. Ilmapiiriin liittyen vastauksista nousi kaksi pääkäsitettä (kuva 9): Avoin keskustelu ja oppimistilanne.

**Avoin keskustelu.** Hoitajat kokivat, että vaaratapahtumista keskustellaan avoimesti. Ilmapiiri koettiin hyväksi ja rakentavasti. Vastausten mukaan työyhteisössä keskustellaan vaaratapahtumista yhdessä ja mietitään miten tapahtuneen olisi voinut välttää sekä pyritään löytämään ratkaisuja ongelmakohtiin.

*”Todella mukava, keskustellaan miksi tapahtumaan jouduttiin ja miten se voitaisiin ehkäistä.”*

*”Ilmapiiri on yleensä ihan hyvä, asiaa puidaan yhdessä.”*

**Oppimistilanne.** Vastaajien mukaan vaaratapahtumat pyritään kääntämään oppimistilanteiksi. Hoitajat kokivat, että vaaratapahtuman sattuessa keskitytään enemmän syiden, kuin syyllisten etsimiseen.

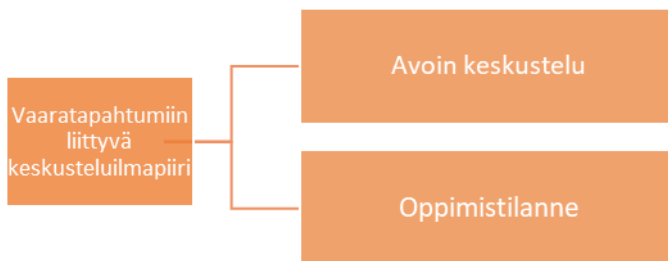
*”Aina tapahtuu vaaratapahtumia ja niistä opitaan.”*

*”Asioista keskustellaan avoimesta ja pyritään löytämään toimivia keinoja ettei potilasturvallisuus vaarantuisi.”*

Vastauksista nousi myös esille vaaratapahtumailmoitusten negatiivinen vaikutus työympäristöön sekä ilmoitusten tärkeys liittyen hoitajien oikeusturvaan.

*” Vaaratapahtumailmoituksilla (haiproilla) on tapana aiheuttaa lähinnä närää työympäristössä... työympäristön reaktio tällaisiin ilmoituksiin on yleensä: ”Kuka tämän nyt on tehnyt?” tai ”Ei se noin mennyt”. ”*

*” Asia liittyy vahvasti myös hoitohenkilökunnan oikeusturvaan.”*



**Kuva 9.** Vaaratapahtumiin liittyvä keskusteluilmapiiri



## 7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla yhteispäivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien näkemyksiä vaaratapahtumaan syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena oli tuoda näkemyksiä siitä, millaiset tekijät vaarantavat potilasturvallisuutta sekä lisätä avointa keskustelua liittyen vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen

### 7.1 Tulosten pohdintaa

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää mitkä tekijät sairaanhoitajien mielestä vaikuttavat vaaratapahtuman syntyyn. Tuloksista voidaan nähdä tekijöiden kirjo, eikä yhtä selittävää tekijää yleensä ole.

Sairaanhoitajaliiton (2018) teettämän jaksamiskyselyn raportissa todetaan, että sairaanhoitajana ammatissa kehittymiselle on nykypäivänä paljon esteitä. Osaamisen kehittämistä ei arvosteta ja täydennyskoulutusmahdollisuudet ovat heikot. Sekä uusien että vanhojen hoitajien on vaikea päästä koulutuksiin. (Karhe 2019). Myös tässä opinnäytetyössä tutkimukseen osallistuneet hoitajat kokivat, että koulutuksia järjestetään liian vähän. Hoitajien kokemusten mukaan osaamattomuutta ja tiedon puutetta on paljon. Vastauksista nousi myös esille, että uusia sijaisia on paljon, jolloin yhä enemmän kaivattaisiin koulutuksia. Kuitenkin vaaratapahtumia ehkäiseväksi tekijäksi hoitajat kokivat riittävän koulutuksen ja perehdytyksen. Myös Yli-Villamon (2008) tutkimuksen tulokset osoittivat, että riittävä ammattitaito sekä omien rajojen tunnistaminen edistää potilasturvallisuutta. Koulutuksia täytyy olla säännöllisesti, jotta ammattitaito pysyy riittävällä tasolla ja kehittyy jatkuvien muutosten mukana.

Niemisen (2020) tutkimuksessa kiireen taustalla oleviksi tekijöiksi oli tunnistettu pääasiassa henkilökuntaan ja potilaiden hoitoon liittyvät asiat. Tämä tukee tämän opinnäytetyön tuloksia, joissa kiire, suuri potilasmäärä sekä puutteelliset resurssit

oli yhdistetty toisiinsa monessa vastauksessa. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kokemusten perusteella henkilökunnan vähyyks suhteutettuna suureen potilasmäärään aiheuttaa kiirettä. Hoitajat kokivat, että kiireeseen on vaikea vaikuttaa itse. Vastauksen mukaan kiireen vuoksi potilaan hoidonaloitus saattaa viivästyä tavoitteesta. Tätä tulosta vahvistavat myös useat aikaisemmat tutkimukset, joiden mukaan henkilökunnan määrä ei ole riittävä työmäärään nähden. Riittävä henkilökunnan määrä on todettu olevan vaaratilanteita ehkäisevä tekijä. (Yli-Villamo 2008; Vainionperä 2012; Albarrak ym. 2020.)

Tutkimusten mukaan korkea työuupumus liittyy heikompaan potilasturvallisuuden sekä läheltä-piti tilanteiden vähäisempään raportointiin (Hall, Johnson, Watt, Tsipa & O'Connor 2016). Tämän opinnäytetyön tuloksissa omasta jaksamisesta huolehtiminen koettiin vaaratapahtumia ehkäisevänä tekijänä ja hoitajien väsymys nostettiin esiin altistavana tekijänä.

Suojausmenetelmistä eniten hoitajat ilmoittivat käyttävänsä kaksoistarkastusta esimerkiksi lääkkeiden annon yhteydessä. Vastauksista tuli myös esille tarkastuslistan käyttö, joka koettiin vaaratapahtumia ehkäisevänä välineenä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu tarkastuslistan olevan hyvä työväline raportoinnissa ja kiireisessä työssä (Stone ym. 2020).

Hoitajien kokemusten perusteella kommunikoinnissa olisi myös parannettavaa. Vastauksista nousi esille, että suullista kommunikointia sekä tiedon välitystä on liian vähän. Hoitajien mukaan asioita jätetään toisinaan sanomatta, kun oletetaan kollegan jo tietävän. Hyvän kommunikoinnin ja kirjaamisen todettiin ehkäisevän vaaratapahtumia. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvien tekijöiden vaikuttavan vaaratapahtumiin (Rauhala ym. 2018; Albarrak ym. 2020; Kuusisto 2019).

Rauhalan ym. (2018) tutkimuksessa toimintatavat tunnistettiin vaikuttavan vaaratapahtumiin. Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli esiin omien toimintatapojen vaikutus sekä myötävaikuttavana että ehkäisevänä tekijänä. Vastauksista nousi

esille, että huolimattomuus työnteossa myötävaikuttaa vaaratapahtuman syntymiseen. Omista toimintatavoista ehkäiseviksi tekijöiksi nousi erityisesti rauhallinen työskentely ja asioiden priorisointi.

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää miksi työntekijä jättäisi mahdollisen vaaratapahtumailmoituksen tekemättä. Tähän ei saatu aineistosta suoraa vastausta. Sen sijaan tutkimukseen osallistuneet hoitajat kuvailivat vaaratapahtumiin liittyvää keskusteluilmapiiriä rauhalliseksi, luotettavaksi ja helpoksi. Hoitajat kokivat pääosin, että työyhteisössä on helppo keskustella vaaratapahtumista ja ilmapiiri on avoin ja rakentava. Vastaajat korostivat, että vaaratapahtuman sattuessa keskitytään enemmän syiden kuin syyllisten etsimiseen. Lisäksi pyritään löytämään ratkaisuja ongelmakohtiin, jotka aiheuttavat vaaratapahtumia. Suokas (2018) on viitannut Bagnasco ym. (2011) ja Vaismoraldi ym. (2014) tutkimuksiin, jossa on todettu henkilökunnan asenteen ja työssä vallitsevan kulttuurin olevan suurin este haittatapahtumailmoituksen tekemättä jättämiselle. Jotta vaaratapahtumista ilmoitettaisiin aktiivisesti, on ilmapiirin oltava positiivinen ja turvallinen. Edellisiin tutkimuksiin pohjaten voidaan luoda mielikuva, että tämän opinnäytetyön kohdeorganisaation yksikössä vaaratapahtumia ei sivuuteta, vaan niihin uskalletaan puuttua.

## **7.2 Tutkimuksen eettisyys**

Eettisten seikkojen pohdinta alkaa jo tutkimuksen aihetta valittaessa. Aiheen valinnassa on otettava huomioon tuotettavan tiedon merkitys tieteenalalle sekä yhteiskunnalle. Tiettyä aihetta ei voi tutkia pelkästä mielenkiinnosta vaan sen on aina perustuttava tieteelliseen tietoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tämän opinnäytetyön aihe valikoitui tutkijan mielenkiinnon, mutta myös sen yhteiskunnallisen merkittävyyden vuoksi. Aihetta on tutkittu paljon, joten rajaamalla aihetta sairaanhoitajien näkökulmaan pyrittiin tuottamaan uutta tietoa aiheesta.

Tutkimusmenetelmää valittaessa on pohdittava, voidaanko haluttu tieto saada kyseisellä menetelmällä (Kylmä & Juvakka 2007, 146). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemusten perusteella, joten on perusteltua käyttää laadullista tutkimusmenetelmää.

Hyvän tutkimuskäytännön mukaan tutkimuslupa tarvitaan, jos tutkittavana on organisaatio, sen toiminta tai edustaja (Arene ry 2020). Opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupaa kohdeorganisaation opetuslihoitajalta. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettisten periaatteiden perusteella tutkimuksessa huomioidaan, tutkimuksen vapaaehtoisuus, anonymiteetti ja yksityisyydensuoja. Hyvä tieteellinen käytäntö koostuu muun muassa rehellisyydestä, huolellisuudesta ja avoimuudesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK 2019.) Osastonhoitajan ja opetuslihoitajan kanssa sovittiin, ettei sairaalan nimeä mainita tutkimusraportissa tietosuojan vuoksi. Tutkimukseen osallistujille lähetettiin saatekirje (liite 2) kyselylomakkeen yhteydessä. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen olevan vapaaehtoinen ja anonymi. Kylmä ja Juvakka (2007) mainitsevat teoksessaan, että pieni aineisto lisää eettisiä haasteita muun muassa anonymiteetin säilyttämiseen liittyen. Tässä opinnäytetyössä oli melko pieni vastaajamäärä, joten raportin suorissa lainauksissa on otettu huomioon ne kohdat mistä joku voisi olla tunnistettavissa.

Haastattelussa olevat kysymykset pitää olla yhteydessä tutkimusongelmiin, jolloin tutkimusta voidaan pitää luotettavana ja eettisenä. Toisin sanoen ei voida kysyä asioita pelkästä mielenkiinnosta. Kysymykset täytyy muodostaa niin, että ne eivät ole johdattelevia tai manipuloivia. (Vehkalahti 2014; Kylmä & Juvakka 2007, 151.) Tämän opinnäytetyön kysymykset (liite 3) laadittiin mahdollisimman neutraaleiksi. Aineiston analyysivaiheessa huomattiin, että muutama kyselylomakkeen kysymys ei antanut tietoa tutkimuskysymyksiin. Nämä kysymykset olisi kannattanut muotoilla eri tavalla, jotta vastauksia olisi voitu hyödyntää kattavammin.

### 7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaan tietoa tutkimuksen kohteesta. Luotettavan tiedon avulla luodaan käsityksiä siitä, miten tulisi toimia halutun vaikutuksen aikaansaamiseksi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää seuraavia kriteerejä: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta. Uskottavuutta vahvistaa se, että tutkija on tarpeeksi pitkän ajan tutkimusaiheen kanssa tekemisissä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Kuten Kylmä ja Juvakka ovat teoksessaan Laadullinen terveystutkimus todenneet, että tutkittavien näkökulmien ymmärtäminen ei tapahdu hetkessä vaan vaatii aikaa ja kiinnostusta. Tämän opinnäytetyön analyysissä on esitetty otteita hoitajien vastauksista uskottavuuden lisäämiseksi. Lisäksi sitaatit tekevät tekstistä miellyttävämpää lukea ja avaavat näkökulmia vastausten taakse. Opinnäytetyötä on työstyetty pitkään, jolloin tutkijalla on ollut aikaa perehtyä syvemmin tutkittavaan ilmiöön.

Tutkimusraportti tulee kirjoittaa siten, että toinen tutkija pystyy seuramaan sitä pääpiirteittäin. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus luotettavuuskriteerinä saattaa olla ongenmallinen, sillä toisen tutkijan tulkinta samasta aineistosta voi olla hyvinkin erilainen. Tämä on kuitenkin hyväksyttävää ja saattaa lisätä näkökulmia tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan analyysin teko mahdollisimman tarkasti. Analyysistä on tehty esimerkkikaavio, jotta lukijan olisi helpompaa saada kokonaiskäsitys tutkimuksen tuloksista. Tutkimustulokset luettiin useampaan kertaan läpi, jotta kattava saatiin kattava kokonaiskäsitys.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan käsitystä omista lähtökohdistaan. Tutkijan on pystyttävä arvioimaan omaa vaikutusta aineistoon sekä tutkimusraporttiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä opinnäytetyössä tutkijalla ei ollut aikaisempaa

kokemusta tutkimuksen tekemisestä, joka toi omat vaikeudet tutkimuksen toteuttamiseen. Vallin (2018, 101) mukaan verkossa tapahtuvan tiedonkeruun luotettavuutta lisääviä seikkoja ovat sen helppous ja pieni virhemarginaali. Paperisten lomakkeiden sijaan vastaukset tallentuvat automaattisesti, jolloin käsittelyvaiheen virheiltä vältytään. Verkkolomake ei ole sidottu aikaan eikä paikkaan, joten siihen vastaaminen säästää aikaa tutkijalta sekä tutkittavalta. Lisäksi helppo saavutettavuus lisää vastausprosenttia. Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin e-lomakkeella, joten tutkittavien vastauksiin ei ole vaikutettu aineiston keruuvaiheessa. Sähköiset vastaukset siirrettiin suoraan e-lomake-ohjelmasta Excel-taulukkolaskentaohjelmaan, jolloin vastaukset pysyivät juuri sellaisena, kuin vastaajat olivat kirjoittaneet.

Verkossa tapahtuvan tiedonkeruun rajoitteiksi voidaan todeta, ettei haastattelija pysty tarkentamaan vastausta haastateltavalta, eikä myöskään pysty esittämään lisäkysymyksiä. Tällöin ei voida olla varmoja siitä, onko tutkittava ymmärtänyt kysymyksen niin kuin tutkija on sen tarkoittanut. Perinteisen haastattelun sijaan e-lomakkeella tehty kysely jää helpommin vastaajalta huomaamatta ja vastausten kato voi olla siitä syystä suurempi. Tämä voi vaatia tutkijan taholta useamman muistuttelukerran. (Valli 2018.) Aineiston keruun jälkeen huomattiin, että lisäkysymyksillä olisi saatu mahdollisesti kattavampi aineisto sekä päästy syvemmälle vastaajien käsityksiin tutkimusaiheesta. Vastausten vähyys ja tiiviit vastaukset lasivat tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomakkeessa oli avattu käsite ”suojausmenetelmät”, jotta seitsemännen kysymyksen sisältö ymmärrettäisiin oikein.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä toisiin samakaltaisiin tutkimusympäristöihin. Tämä edellyttää, että tutkija on esittänyt tutkimusraportissaan riittävät taustatiedot osallistujista sekä ympäristöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämän opinnäytetyön raportissa on kuvattu mahdollisimman tarkkaan tutkimuksen taustatiedot sekä kohdeympäristö.

#### **7.4 Tutkimus oppimisprosessina**

Opinnäytetyötä aloitettiin työstämään keväällä 2021. Aiheen valitsemisessa oli hieman hankaluuksia, koska opintoja oli vain vuosi takana, jolloin tieto hoitoalasta oli melko suppea. Lopulta aihe kuitenkin muodostui tutkijan aikaisemmasta haaveesta työskennellä akuuttihoitotyön parissa. Aihe on aina ajankohtainen, mutta se on myös kasvattanut tutkijan ammattitaitoa paljon.

Opintojen aikana käydyt kurssit hoitotyön tutkimuksen tekemiseen liittyen, ovat olleet suuri apu. Näiden avulla opinnäytetyön tekeminen on ollut helpompaa, kun tärkeät osa-alueet oli käyty läpi jo aikaisemmin. Opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisaa ja opettavasta, mutta sen on myös vaatinut pitkäjänteisyyttä. Mielenkiintoisinta tutkimuksen tekemisessä on ollut aineiston analysointi. Erityisesti tiedonhakuun sekä tieteellisten tutkimusten lukuun on tullut varmuutta. Vaikka tutkimuksen tekeminen onkin ollut välillä vaikeaa ja raskasta, se on kasvattanut tutkijan periksiantamattomuutta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tutkimuksen piti valmistua keväällä 2023, mutta tästä myöhästyttiin tutkijan henkilökohtaisen elämäntilanteen vuoksi.

Korvaamaton tuki opinnäytetyön tekemiseen on ollut ohjaava opettaja sekä tutkijan läheiset. Ohjaavalta opettajalta sai neuvoja työssä etenemiseen sekä erilaisia näkökulmia tutkimuksen sisältöön. Varsinkin yksin tutkimusta tehdessä on ollut tärkeää, että on voinut kysyä toisen mielipidettä.

#### **7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Tutkimuksessa saadut tulokset vastasivat suurimmalta osalta tutkimuskysymyksiin. Vaikka potilasturvallisuutta on tutkittu paljon, sairaanhoitajien näkökulmasta tutkimustietoa löytyi melko vähän. Johtopäätöksinä voidaan todeta, että vaaratapahtuma on usein monen eri tekijän summa. Tuloksista voidaan huomata, että ulkoisia myötävaikuttavia tekijöitä on paljon enemmän. Vaaratapahtuma aiheutuu siis useimmin ulkoisista eli organisaation tai ympäristön aiheuttamista tekijöistä.

Kun taas tarkastellaan ehkäiseviä tekijöitä, huomataan että sisäisiä sekä ulkoisia tekijöitä on yhtä paljon. Näin ollen voidaan todeta, että vaaratapahtumia ehkäis- täessä työntekijän toiminnan sekä organisaation ja ympäristön vaikutus on yhtä suuri.

Koska tutkimuksen vastuksista nousi vahvasti esille osaamattomuus ja koulutuk- sen puute potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä. Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla hoitohenkilökunnan osaamisen tukeminen päivystyksessä. Tässä voitai- siin tarkemmin selvittää millä aikataululla täydennyskoulutuksia järjestetään, mitkä ovat keskeiset sisällöt ja millä tavoin koulutus tapahtuu.



## LÄHTEET

Aaltonen, L-N. & Rosenberg, P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa Aaltonen, L-N & Rosenberg P (Toim.), Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim

Alsabri, M., Boudi, Z., Zoubeidi, T., Abdalla Alfaki, I., Levy, P., Oneyji, C., Shan, L., A Camargo Jr, C., Michel, P., Tazarourte, K., Hachimi-Idrissi, S., Grossman S. & Bellou A. 2020. Analysis of Risk Factors for Patient Safety Events Occurring in the Emergency Department. Journal of Patient Safety. 18, 1. Viitattu 6.4.2022. <https://www.researchgate.net/publication/342704072> Analysis of Risk Factors for Patient Safety Events Occurring in the Emergency Department

Albarrak, A., Almansour, A., Alzahrani, A., Almalki, A., Alshehri, A. & Mohammed R. 2020. Assessment of patient safety challenges and electronic occurrence variance reporting (e-OVR) barriers facing physicians and nurses in the emergency department: a cross sectional study. BMC Emerg Med. 20: 98. Viitattu 24.1.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7737304/>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto, Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 28.3.2023. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>

A 583/2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoalakohtaisista edellytyksistä. Viitattu 8.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583>

Doupi, P. 2009. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. Jyväskylä. Gummerus printing.

European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group. 2014. Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe.

[https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad\\_paciente/eu\\_def/adjuntos/2\\_Doc\\_referencia/guidelines\\_psgcwg\\_reporting\\_leaningsystems\\_en.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/guidelines_psgcwg_reporting_leaningsystems_en.pdf)

Hall, L., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O'Connor, D. 2016. Healthcare Staff Well-being, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. Viitattu 3.5.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27391946/>

Hassinen, T. 2020. Hoitoisuuden automatisoidun mittaamismenetelmän arviointi päivystyshoitotyössä. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/23896/1607358081424477977.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Edita.

Jylhä, V., Kekoni, T. & Kurki, T. 2021. Johdanto. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (Toim.), Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus

Jylhä, V., Mönkkönen, K. & Kuusisto, H. 2021. Turvallisuuskulttuuri, vaaratapahtumat ja työnhallinta. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (Toim.), Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Karhe, L. 2019. Sairaanhoidajaliiton jaksamiskysely 2018 - avoin kysymys keskeisimmistä eteenpäin vievistä asioista. Viitattu 3.5.2023. [https://sairanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/02/Yhteenveto-JAKSAMISKYSELY-Avoin-kysymys -Eteenp%C3%A4in-viet%C3%A4v%C3%A4t-asiat-2018.pdf](https://sairanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/02/Yhteenveto-JAKSAMISKYSELY-Avoin-kysymys-Eteenp%C3%A4in-viet%C3%A4v%C3%A4t-asiat-2018.pdf)

Kemp, K. 2022. Methods To Improve Acuity Assessment For Older Adults In The Emergency Department. Artikkeliväitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Koskela, A. 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/delegate/file/31983>

Kosonen, S. 2021. Potilasturvallisuudessa on vielä työsarkaa. Lääkärelehti. Viitattu: 8.6.2023. <https://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/potilasturvallisuudessa-on-viela-tyosarkaa/>

Kuusisto, M., Sneck, S., Sova, P. & Härkänen, M. 2019. Lääkehoidon vaaratilanteet mitä voimme oppia HaiPro-ilmoituksista. Sic! -lehti. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137938/Sic%201-2%202019%2021-23%20L%c3%a4%c3%a4kehoi%20don%20vaaratilanteet%20mit%c3%a4%20voimme%20oppia%20HaiPro%20ilmoituksista.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kuosmanen, A., Liukka, M., Aaltonen L-M., Roine, R. & Kinnunen M. 2018. Pääsyy vai syyppää – Potilasturvallisuuskulttuuri ratkaisee. Lääkärelehti 8/2018 VSK 73. 518-519.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystutkimuksen vaaratapahtumien raportointi. Yliopistopaino. Helsinki. Lääkelaitos. 7–8. Saatavilla [https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1\\_vaaratapahtumien\\_raportointi.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf)

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

L 30.12.2010/1326. Terveystutkimuslaki. Finlex. Viitattu 8.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P50>

Nieminen, M. 2020. Päivittäisessä johtamisessa koettu kiire päivystysyksikössä. Pro gradu- tutkielma. Turun yliopisto. Viitattu 3.5.2023. [https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/150942/Nieminen Mikko opinnayte.pdf;jsessionid=3F3DDFEE51A8705D13DF722967749DE2?sequence=1](https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/150942/Nieminen_Mikko_opinnayte.pdf;jsessionid=3F3DDFEE51A8705D13DF722967749DE2?sequence=1)

Näpärä, L. 2017. Haastattelun lajityypit. Spoken. Viitattu 4.5.2021. <https://spoken.fi/2180/>

Pihlava, M. 2018. Päivystyksen triage vaatii kokemusta. Potilaan lääkärilehti. Verkkojulkaisu. Viitattu 2.8.2023. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/paivystyksen-triage-vaatii-kokemusta/>

Pihlava, M. 2021. Päivystys ruuhkautuu, kun muualla on hoitajapulaa. Lääkärilehti. Viitattu 31.5.2023. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/paivystys-ruuhkautuu-kun-muualla-on-hoitajapulaa/>

Potilasturvaportti. 2018. Potilasturvallisuutta taidolla. Greform.

Potilasvakuutuskeskus (PVK). 2022. Päivystysten potilasturvallisuus. Potilasvahinkotietoa 1/2022. Viitattu 2.2.2023. <https://www.pvk.fi/document/384805/9F5FD2139C162391BAB5023CFCCB988C4CB53AFB8E6CBC7266FCF586E7C6817F>

Rauhala, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A., Liukka, M., Olin, K., Sahlström, M. & Roine, R. 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? Lääkärilehti 46 vsk 73. 2716–2720. Viitattu 23.3.2022. Saatavilla: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308806/SLL462018\\_2716.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308806/SLL462018_2716.pdf?sequence=1)

Schwendimann, R., Blatter C., Dhaini, S., Simon, M. & Ausserhofer, D. 2018. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. BMC Health Services Research 521. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2017. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 2.10.2021. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon tarpeen arviointi](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2018. Päivystystoiminnan suunnitelmallinen valvonta vuosina 2016–2017. Verkkajulkaisu. Saatavilla: <https://www.valvira.fi/documents/14444/2822570/Sosiaali-+ja+terveydenhuolon+p%C3%A4ivystystoiminnan+suunnitelmallinen+valvonta+vuosina+2016%E2%80%932017/eb31c133-8988-517a-caf5-107f375d9212>

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES & lääkehoidon kehittämiskeskus, ROHTO. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Viitattu 14.7.2023. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Helsinki. Saatavilla: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM\\_2022\\_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2018. Mikä on päivystysapu 116 117?. Viitattu 2.8.2023. <https://stm.fi/-/mika-on-paivystysapu-116-117->

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio. Viitattu 2.2.2023. [https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA\\_p%C3%A4ivystys\\_PM\\_22.8\\_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA\\_p%C3%A4ivystys\\_PM\\_22.8\\_2.pdf.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Päivystys. Viitattu 17.3.2021. <https://stm.fi/paivystys>

Suokas, S. 2018. Henkilöstön arvioita potilasturvallisuuskulttuurista yhdessä sosi-  
aali- ja terveystyhtymässä. Pro-gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu  
29.3.2022. [https://erepo.uef.fi/bitstream/han-](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20365/urn_nbn_fi_uef-20190089.pdf?sequence=-1&isAllowed=y)

[dle/123456789/20365/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20190089.pdf?sequence=-1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20365/urn_nbn_fi_uef-20190089.pdf?sequence=-1&isAllowed=y)

Stone, T., Banks, J., Brant, H., Kesten, J., Redfern, E., Remmers, A. & Redwood, S.  
2020. The introduction of a safety checklist in two UK hospital emergency de-  
partments: A qualitative study of implementation and staff use. *Journal of Clinical  
Nursing* 29(7-8). Viitattu 24.1.2023. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/arti-  
cles/PMC7161913/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7161913/)

Strann, P., Suominen, T. & Rantanen, A. 2015. Päivystyspoliklinikan työpaikkakult-  
tuuri hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana. *Hoitotiede*. 27 (1), 53–63

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuk-  
sen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa.  
Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. [https://tenk.fi/sites/default/fi-  
les/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)

Terävä, V. 2017. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla. *Poliklinikka*. 1, 4–5.

Thomas, M., Morton, R. & Mackway-Jones, K. 2004. Identifying and comparing  
risks in emergency medicine. *Emergency medicine journal* 21 (4).

Vainionperä, J. 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla -kyse-  
lytutkimus päivystyspoliklinikoiden henkilöstölle. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suo-  
men yliopisto. Viitattu 3.5.2023. [https://erepo.uef.fi/bitstream/han-  
dle/123456789/11125/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120568.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/11125/urn_nbn_fi_uef-20120568.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Valli, R. 2018. Aineiston keruu kyselylomakkeella. Teoksessa: R. Valli (toim.) Ikku-  
noita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: vinkkejä aloitte-  
levälle tutkijalle. Keuruu. PS-kustannus. 92–116.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala. Finn Lectura.

Welling, M. 2018. Potilasvahingot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Numero 21. Viitattu 15.3.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14589>

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.3.2021. [gradu03103.pdf \(tuni.fi\)](#)

## LIITTEET

### LIITE 1

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Koulutuksen puute ja kokemattomuus	Ulkoiset myötävaikuttavat tekijät	Vaaratapahtuman syntymiseen vaikuttavat tekijät
Satunnaiset syyt		
Puutteellinen ohjeistus		
Aikataulu		
Resurssit		
Potilasmäärä		
Omasta toiminnasta johtuvat syyt	Sisäiset myötävaikuttavat tekijät	
Ongelmat tietojärjestelmien ja kommunikation kanssa		
Riittävä resurssointi	Ulkoiset ehkäisevät tekijät	
Hyvät toimintaohjeet		
Riittävä perehdytys ja koulutus		
Yhteistoiminnallisuus ja moniammatillisuus		
Työhön liittyvät tekijät	Sisäiset ehkäisevät tekijät	
Hyvä kommunikaatio ja kirjaaminen		
Oma jaksaminen		
Ennakointi ja valmistautuminen		
Suojausmenetelmien käyttö		
Omat toimintatavat		



## LIITE 2

Hyvä kyselyyn vastaaja

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi ja teen opinnäytetyötä sairaanhoitajien kokemuksista yhteispäivystyksen potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Tarkoitukseni on selvittää, mitkä tekijät mielestäsi vaikuttavat mahdollisen vaaratapahtuman syntyyn ja vaikuttavat yhteispäivystyksen potilasturvallisuuteen. Tavoitteena on tuoda esille sairaanhoitajan näkemyksiä yhteispäivystyksen potilasturvallisuudesta ja lisätä avointa keskustelua vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen liittyen.

Tutkimus toteutetaan e-lomakkeella, joka sisältää avoimia kysymyksiä. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja siihen vastaaminen on vapaaehtoista. Jokaisen vastaus on tärkeä, että saataisiin riittävästi vastausmateriaalia luotettavien tutkimustulosten saamiseksi. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10–15 min.

Tässä linkki, jonka kautta pääset vastaamaan kyselyyn: XXX

Vastaathan kyselyyn XXX mennessä.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Miia Joensuu. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin sähköpostitse. Kiitos yhteistyöstä jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Inka Nummijärvi

[e2000098@edu.vamk.fi](mailto:e2000098@edu.vamk.fi)

## LIITE 3

1. Ikä
2. Sukupuoli
3. Työkokemus sosiaali- ja terveysalalta
4. Työkokemus kohdeorganisaation yhteispäivystyksessä
  
5. Mitkä tekijät mielestäsi myötävaikuttavat vaaratapahtuman syntyyn?
6. Mitkä tekijät mielestäsi voisivat ehkäistä vaaratapahtuman syntymisen?
7. Millaisia suojausmenetelmiä hyödynnät useimmiten työssäsi yhteispäivystyksessä?
8. Kuvaile millaiseksi koet mahdolliset vaaratapahtumat yhteispäivystyksessä.
9. Kuvaile millaiseksi koet työyhteisön keskusteluilmapiirin vaaratapahtumailmoituksen yhteydessä.
10. Mitkä ovat mielestäsi yleisimmät haittatapahtumat yhteispäivystyksessä?
11. Miten toimit, ettei edellä mainitsemiasi haittatapahtumia syntyisi?
12. Onko jotain muuta, mitä haluaisitte tuoda esille yhteispäivystyksen potilasturvallisuudesta?