



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

POTILASTURVALLISUUS PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Syksy 2014
Ella-Amanda Karikko
Ida Saarikallio

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KARIKKO, ELLA-AMANDA & SAARIKALLIO, IDA:

Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 34 sivua, 1 liitesivu

Syksy 2014

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä on päivystyspoliklinikalla ja miten potilasturvallisuutta voidaan edistää vaaratapahtumaraporttien avulla. Päättävöitteena oli, että tuloksista on hyötyä päivystyspoliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille, sekä päivystystyöstä kiinnostuneille sairaanhoitajaopiskelijoille.

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta laadullisen sisällönanalyysin avulla. Päättävöitteena oli koota ja yhdistää olennainen tieto päivystyspoliklinikan potilasturvallisuusriskeistä selkeäksi kokonaisuudeksi.

Tulosten mukaan potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä päivystyspoliklinikalla ovat esimerkiksi sijaistyövoiman käyttö, liian vähäiset henkilöstöresurssit ja kommunikaation ongelmat. Tutkimus osoittaa, että potilasturvallisuutta voidaan parantaa vaaratapahtumaraporttien avulla siten, että niitä käsitellään yhdessä henkilöstön kanssa syyllistämättä ilmoituksen tekijää ja tiedottamalla henkilöstöä niiden pohjalta tehdyistä muutoksista.

Tuloksista voidaan päätellä, että potilasturvallisuuteen ei kiinnitetä riittävästi huomiota organisaation johdon tasolla. Työntekijät joutuvat työskentelemään liian pienillä resursseilla, jolloin inhimillisten virheiden riski lisääntyy. Vaaratapahtumaraportteihin johtavista tilanteista pitäisi antaa koulutusta, sillä sairaanhoitajat eivät tunnista tilanteita, joista ilmoitus pitäisi tehdä. Tämän lisäksi työyhteisön pitäisi olla läpinäkyvämpi ja sallivampi, jolloin syyllistämistä ei tapahtuisi ja raportointi olisi avoimempaa.

Asiasanat: potilasturvallisuus, päivystyspoliklinikka, haittatapahtuma, inhimilliset tekijät, kirjallisuuskatsaus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

SAARIKALLIO, IDA & KARIKKO, ELLA-AMANDA:

Patient safety in emergency department
Literature review

Bachelor's Thesis in Nursing
appendices

34 pages, 1 page of

Autumn 2014

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to find out the factors that endanger patient safety in emergency department and how to improve it by using adverse event reporting system. The main objective was that the results of this study would benefit the nursing staff in emergency department as well as the nursing students interested in working at the emergency unit.

The method used was a systematic literature review and a qualitative content analysis. The main objective of the study was to gather and combine all relevant information concerning the patient safety risks in emergency department in a distinct entity.

According to the results the factors in endangering the patient safety were for example substitute workers, too limited personnel and communication problems. The study showed that patient safety could be improved by using adverse event reporting system by discussing the matters with the staff and without blaming the informants and to inform the personnel about the changes made based on the reports.

Based on the results, it can be concluded that the management of the organization is not paying sufficiently attention to patient safety issues. The personnel is forced to work with too limited resources which increases the possibilities for errors. Education concerning the situations that lead to the adverse event reporting should be provided since the nurses failed to recognize them. In addition, the working environment should be more transparent and permissive in order to avoid blaming and leading to more open reporting culture.

Key words: patient safety, emergency department, adverse events, human factors, literature review

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	POTILASTURVALLISUUS KÄSITTEENÄ	3
2.1	Vaara- ja hättätapahtumat sekä läheltä piti- tilanteet	4
2.2	Poikkeama ja hoitovirhe	4
3	POTILASTURVALLISUUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	6
3.1	Tekninen osaaminen	6
3.2	Ei-tekninen osaaminen	7
3.3	Inhimilliset tekijät	9
3.4	Fyysinen ympäristö	11
4	POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN	13
4.1	Vaaratapahtumaraportointi	13
4.2	Vaaratapahtumaraporttien hyödynnettävyys	14
5	PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA HOITOYMPÄRISTÖNÄ	16
5.1	Päivystyspoliklinikka potilasturvallisuuden näkökulmasta	16
5.2	Henkilökunnan ja tilojen vaikutus potilasturvallisuuteen päivystyspoliklinikalla	18
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
7	KIRJALLISUUSKATSAUSPROSESSI JA TIEDONHAUN KUVAUS	21
7.1	Aineiston haku	22
7.2	Laadullinen sisällönanalyysi	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
8	TULOKSET	25
8.1	Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät päivystyspoliklinikalla	25
8.2	Vaaratapahtumailmoitusten merkitys potilasturvallisuudessa	28
9	YHTEENVETO JA POHDINTA	29
9.1	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	32
9.2	Jatkotutkimusehdotukset	33
	LÄHTEET	355
	LIITTEET	40

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö käsittelee potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla ja se on tehty systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyössä käytetään käsitettä haittatapahtuma ja vaaratapahtuma tarkoittamaan samaa asiaa. Tässä työssä haitalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden.

Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä tapahtuu virheitä, koska on kysymys inhimillisestä toiminnasta ja siihen liittyy aina erehtymisen mahdollisuus. Kansainvälisten tutkimusten perusteella on arvioitu, että joka kymmenes sairaalassa oleva potilas kärsii haittaa, joka sadas potilas saa vakavan haitan ja yhdellä tuhannesta haitta voi johtaa kuolemaan. Suomessa ei ole vastaavia kansallisia tutkimuksia kuitenkaan tehty. Ulkomaalaisten tutkimusten mukaan Suomen sairaaloissa tapahtuu vuosittain vähintään 700 kuolemaan johtavaa hoitovirhettä. Luku voi arvion mukaan olla jopa 1700. Määrä on huomattavasti enemmän kuin esimerkiksi Suomessa tieliikenteessä kuolemaan johtavia onnettomuuksia, joita on 300 kappaletta vuodessa. (Potilasturvallisuutta taidolla - ohjelma 2011, 8.)

Potilasturvallisuus on ajankohtainen aihe ja sitä tutkitaan jatkuvasti lisääntyvissä määrin. Potilasturvallisuuteen on kiinnitetty paljon huomiota niin hoitotyössä kuin mediassa ja potilasturvallisuutta pyritään koko ajan lisäämään ja kehitystä tapahtuu koko ajan. Aiheesta on ennen tätä tutkimusta tehty aiempia suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia jonkin verran. Sairaalaympäristössä on aina paljon riskitekijöitä potilasturvallisuutta ajatellen, mutta ne vaihtelevat jonkin verran toimintaympäristöstä riippuen. Päivystyspoliklinikka asettaa potilasturvallisuudelle suuria haasteita kiireellisen ja vaativan luonteensa vuoksi.

Aiheesta etsittiin aiempaa tutkimustietoa ja tutkimustuloksia vertailtiin keskenään. Opinnäytetyössä tutkittiin erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen päivystyksessä, sekä sitä, miten vaaratapahtumaraportointia voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden edistämässä. Opinnäytetyötä on rajattu siten, että siinä käsitellään pääpainoisesti ei-teknisten taitojen ja inhimillisten tekijöiden vaikutusta potilasturvallisuuteen, sekä päivystyspoliklinikkaa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Inhimillisten virheiden taustalla vaikuttavat

useat eri tekijät ja niitä selvitettiin opinnäytetyössä, sillä ne eivät yksiselitteisiä.

Työssä haluttiin paneutua tarkemmin siihen, mitä nämä tekijät ovat.

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelmassa (2011, 8) mainitaan, että inhimilliset virheet ovat yksi yleisimmistä haittatapahtumiin johtavista tekijöistä.

2 POTILASTURVALLISUUS KÄSITTEENÄ

Potilasturvallisuus on olennainen osa laadukasta terveydenhuoltoa ja sillä tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien henkilöiden toimia, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus, sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuuden perustana pidetään hyvää kliinistä osaamista. Potilasturvallisuutta tukee hyvä ja vankka koulutus sekä vastuullinen ja ammatillinen osaaminen. Yhä tärkeämmäksi asiaksi on muodostunut myös avoin työyhteisö, missä virheistä pyritään keskustelemaan ja sitä kautta parantamaan potilasturvallisuutta. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8–12.)

Potilasturvallisuus voidaan määritellä myös niin, että potilasturvallinen hoito on tarkoituksenmukaista ja siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa itse potilaalle. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat yksittäisten ammattihenkilöiden lisäksi toimintayksiköiden sekä organisaatioiden käytännöt ja periaatteet. Oikeilla ja yhtenäisillä toimintatavoilla varmistetaan hoidon turvallisuus. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011, 6.)

Potilasturvallisuutta ajatellen on tärkeää, että virheet kirjataan, niiden taustalla olevat syyt selvitetään ja niitä pyritään ehkäisemään. Potilasturvallisuuden edellytyksenä on, että kaikissa hoidon vaiheissa ennakoidaan ja ehkäistään erilaiset virheet ja vahingot niin pitkälle kuin mahdollista. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma, 6.)

Potilasturvallisuutta säätelevät Suomessa useat eri lait, joiden avulla pyritään edistämään potilasturvallisuutta. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 38.) Terveydenhuoltolain (1326/2010, 8§) mukaan toiminnan on oltava ammatillisesti sekä tieteellisesti asianmukaista, näyttöön sekä hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa ja lisäksi laadukasta ja turvallista.

Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta.

2.1 Vaara- ja haattatapahtumat sekä läheltä piti- tilanteet

Vaaratapahtuma on sellainen tapahtuma, mikä vaarantaa tavalla tai toisella potilaan turvallisuuden, sekä aiheuttaa tai on melkein aiheuttanut haittaa potilaalle. Sen alle sisältyvät käsitteet haattatapahtuma ja läheltä piti-tilanne. Maailmanlaajuisesti yleisimpiä haattatapahtumia ovat lääkehoitoon sekä infektioihin liittyvät haattavaikutukset. Muita yleisiä ovat laitteisiin liittyvät sekä kirurgiaan liittyvät haattatapahtumat. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12–13.)

Haattatapahtuma on esimerkiksi sellainen, kun potilas saa väärän lääkeannoksen, mutta siitä ei välttämättä koidu haattallisia seurauksia potilaalle. Kuitenkin haattatapahtuma on konkreettisesti koskettanut potilasta ennen kuin virhe on huomattu. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 13.)

Läheltä piti -tilanne, on Kinnusen ym. (2009, 13) mukaan sellainen, kun vaaratapahtuma olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle, mutta niin ei kuitenkaan ole päässyt käymään. Haitta on päästy ennaltaehkäisemään, joko sattumalta tai tapahtuma on havaittu ajoissa, jolloin seuraukset on kyetty estämään ajoissa.

2.2 Poikkeama ja hoitovirhe

Hoitovirhe käsitetään yleensä niin sanottuna inhimillisenä virheenä. Inhimillinen virhe tunnustetaan vasta jälkikäteen ja yleensä virheen tehnyttä henkilöä aletaan pitää huolimattomana, välinpitämättömänä tai asennevammaisena eli häntä syyllistetään. Turvallisuustutkijat ovat alkaneet käyttää ilmaisua inhimilliset tekijät tai inhimillinen tekijä, inhimillisen virheen sijaan. Tällöin virheen voidaan katsoa johtuvan siitä, että toiminta on ollut jollain tasolla väärä ja siten virhe nähdään mahdollisesti seurauksena siitä, että organisaatiossa on kehittämistarpeita. Vahingot ovat, inhimillisen tekijän näkökulmasta, seurausta useamman eri tekijän yhteisvaikutuksesta. Turvallisuuteen vaikuttamisen mahdollisuudet kasvavat, kun etsitään selitystä tapahtuman syntyyn syyllisen sijasta. (Helovuo ym. 2009, 149–150.)

Hoitovirheet voivat johtua erilaisista lipsahduksista, kuten rutiineista ja niiden synnyttämästä mielikuvasta tietyssä tilanteessa toimimisesta, toimintojen sekoittumisesta, joka voi johtua väsymyksestä, kiireestä tai siitä, ettei meneillään olevaan tehtävään kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Ulkopuolinen keskeytys voi aiheuttaa seurauksia, jolloin esimerkiksi jotain jää tekemättä välistä tai luullaan, että jotain on tekemättä ja toistetaan aiemmin tehty. (Helovuori ym. 2009, 151–152.)

Poikkeama voi olla mikä tahansa terveydenhuollon toimintatapoihin, -järjestelmiin tai -ympäristöön liittyvä suunnitellusta ja sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi olla joko suunniteltu tai suunnittelematon tapahtuma. Suunniteltuna poikkeama ajaa potilaan etua, jolloin poikkeama voi liittyä taudinmääritykseen, hoitoon tai ennaltaehkäisyyn. Poikkeama voi liittyä myös seurantaan, raportointiin ja kirjaamiseen. Poikkeama voi johtua tekemättä jättämisestä, suojausten pettämisestä tai itse tekemisestä. Joskus poikkeamasta käytetään sanaa virhe, joka on negatiivisempi ilmaus ja huomattavasti suppeampi. (Keskeisiä käsitteitä 2011.)

3 POTILASTURVALLISUUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Potilasturvallisuuden osa-alueita on muun muassa lääkitysturvallisuus, infektioihin liittyvät tekijät, laiteturvallisuus, henkilökunnan työhyvinvointi, sekä raportointiin liittyvät asiat. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 84–154.)

Yksittäisen virheen syntyyn voivat vaikuttaa monet eri tekijät. Esimerkiksi jos virhe koskee laitteen käyttöä, voi taustalla olla puutteellinen perehdytys, epäselvä ohjeistus, sekä huonosti suunnitellut laitteen ominaisuudet. Nämä syyt voivat joko yksin tai yhdessä johtaa virheeseen. (Helovuori ym. 2011, 63.)

3.1 Tekninen osaaminen

Tekninen osaaminen tai kliininen osaaminen on yksi potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä. Se käsittää varsinaisen hoitamisen taidon ja lääketieteeseen liittyvän osaamisen. Siihen voidaan katsoa myös liittyvän lääkehoidon toteuttaminen, erilaiset hoitotyössä käytettävät laitteet ja erilaisten toimenpiteiden suorittaminen. Suomessa näitä asioita opetetaan ja ne pääsääntöisesti osataan hyvin. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011.)

Läákehoidon turvallisuus

Läákehoidon turvallisuus on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Potilaan kannalta ajatellen se tarkoittaa sitä, että potilas saa oikeaa lääkettä, oikean määrän, oikeaan aikaan ja oikealla annostustavalla. Lääketurvallisuutta täytyy ajatella myös niin, että lääkkeestä ei aiheudu vakavia tai odottamattomia haittavaikutuksia potilaalle. Tähän vaikuttaa lääkkeen teho, laadukas valmistus ja turvallisuus. Läákehoidon turvallisuudessa on osallisena useita eri tahoja. Hoitotyössä lääkehoidossa tapahtuu virheitä toisinaan ja useimmiten inhimillisen erehdyksen seurauksena. Esimerkiksi lääkkeen vahvuus saattaa kirjautua vääräksi tai potilas saattaa saada toisen potilaan lääkkeet. Näin ei kuitenkaan saisi tapahtua ja painotus täytyy olla ennaltaehkäisyssä. (Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry 2014.)

Infektiot

Infektiot ovat merkittävässä osassa hoitoon liittyvistä haittatapahtumista. Voidaan puhua myös sairaalainfektioista, joihin viitataan tartuntatautilaissa. Sillä tarkoitetaan terveydenhuollon yksikössä hoidon aikana alkanutta infektiota. Yleisimpiä infektioita ovat leikkausalueen infektiot, virtsatieinfektiot, keuhkokuume, sekä vakava veressä esiintyvä infektio. Infektion syntyyn vaikuttaa yleensä sarja erilaisia tapahtumia. Tapahtumassa on osana itse mikrobi, tartuntareitti, sekä potilas. Potilaan vastustuskyvyllä, sairaudella ja sen hoidolla on merkitystä. Huomioitava asia on kuitenkin se, että valtaosa infektioista syntyy bakteereista, jotka ovat peräisin potilaan omasta mikrobikannasta. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma 2011.)

Suomessa on tehty tutkimus hoitoon liittyvistä infektioista vuonna 2011. Tutkimukseen osallistui 59 Suomalaista akuuttisairaala ja siinä olivat mukana sairaaloiden vuodeosastot. Päiväkirurgiset ja polikliniset potilaat jätettiin tutkimuksesta pois. Tulosten mukaan kaikista potilaista 7,4 prosentilla todettiin vähintään yksi hoitoon liittyvä infektio. Lukumäärällisesti tämä tarkoittaa 771 tapausta, tutkimukseen osallistuneissa sairaaloissa, vuoden 2011 loppupuolella. Infektioita esiintyi eniten anestesiologian ja tehohoidon erikoisaloilla. Tavallisimmat infektiot olivat leikkausalueen infektio, sekä keuhkokuume. (Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys Suomessa 2011.)

3.2 Ei-tekninen osaaminen

Erityisesti turvallisuuskriittisillä aloilla puhutaan paljon ei-teknisistä taidoista. Ne käsittävät tiedolliset ja sosiaaliset taidot, joiden nähdään täydentävän teknistä osaamista. (Helovuori ym. 2011, 186.) Tiimin jäsenenä on osattava kommunikoida, on oltava ajan tasalla tilanteista, sekä osattava ennakoita riittävästi. Näiden asioiden opetus jää yleensä puutteelliseksi. (Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma 2011.)

Helovu (2011, 187) määrittelee ei-teknisten taitojen koostuvan yhteistyöstä, tehtävien koordinoinnista, tilannetietoisuuden ylläpidosta, sekä päätöksenteosta. Nämä osaamisen alueet ilmenevät näkyvänä toimintana, erityisesti moniammatillisessa tiimissä toimittaessa.

Kommunikoinnin merkitys potilasturvallisuudessa

Kommunikoinnin merkitys potilasturvallisuuden kannalta on suuri. Tiimityö on viestintää jäsenten välillä ja esimerkiksi tehokkaan ja heikon tiimityön välinen ero selittyy usein kommunikaatiolla. Useissa tutkimuksissa on todistettu, että kommunikoinnin määrä on suorassa yhteydessä potilasturvallisuuteen. Ääneen puhuttu tiedonvälitys lisää toiminnan turvallisuutta ja laatua. (Helovu ym. 2011, 189.)

Kommunikaatiotilanteissa on kuitenkin olemassa riskejä: Voidaan olla tiimityössä jo tuttuja toisilleen ja tunnetaan hyvin toisen toimintatavat, tästä johtuen vuorovaikutuksen määrä vähenee ja syntyy olettamuksia, niiden myötä yhteinen tilannekuva saattaa kadota, erityisesti jos toiminta poikkeaa aikaisemmasta. Toinen riski piilee siinä, että kommunikaation vähyys tai puute kasvattaa kommunikoinnin kynnyksiä. Ei välttämättä uskalleta tuoda ajatuksia esiin ryhmässä. Puheliasassa ryhmässä yleensä kommunikointi on helpompaa. (Helovu ym. 2011, 189.)

Ei-teknisten taitojen merkitystä on tutkittu muun muassa elvytysryhmän toiminnassa. Kommunikaatio oli yksi tutkittavista osa-alueista. Selkeää kommunikointia pidettiin olennaisimpana tekijänä kokonaisuuden hallinnassa. Käskyissä ja viestinnässä olisi suotavaa käyttää tyyliä, missä tehtävän suorittaja toistaa annetun käskyn vielä ääneen. Tämä varmistaa myös potilasturvallisuuden toteutumisen. (Andersen, Jensen, Lippert & Østergaard 2010, 697–699.) Helovu (2011, 190) määrittää tällaisen kommunikoinnin niin sanotuksi suljetun ympyrän viestintäperiaatteeksi. Tässä tavassa viestintä on siis kaksisuuntaista ja tieto ei jää ainoastaan olettamuksen varaan. Tässä viestintätavassa tiedon perille menosta saadaan vahvistus. Vahvistuksen tulee olla kuitenkin riittävän täsmällinen. Siinä tulee olla olennainen tieto, jotta käskyn antaja voi varmistua tiedon oikein

kuulemisesta. Viestintätapaa tulisi käyttää aina kun väärinymmäryksen riski on olemassa. (Helovuo 2011, 190.) Selkeän kommunikoinnin ansiosta kaikki tiimin jäsenet pysyvät tilanteen tasalla ja tietävät mitä tapahtuu seuraavaksi.

Kommunikoinnin tulisi olla johdonmukaista ja tarkkaan mietittyä, jotta voidaan välttää tiedon ylikuormalta. (Andersen ym. 2010, 697–699.)

Tilannetietoisuus ja päätöksenteko

Tilannetietoisuudella tarkoitetaan sitä, että tiimityössä jokainen tiimin jäsen on ajan tasalla tilanteen kulusta ja tietää mitä on tapahtumassa. Tilannetietoisuuden ylläpito vaatii, että tehdään jatkuvasti havaintoja ympäristöstä ja tapahtuvista muutoksista. Tilannetietoisuuden ylläpito ei ole aina helppoa ja siitä ei yleensä yksi ihminen selviä. Tarvitaan usean henkilön huomiointikykyä ja tiedon jakamista. (Helovuo ym. 2011, 198.)

Päätöksentekoa toteutetaan hoitotyössä jatkuvasti. Päätöksentekoa toteutetaan hoidon suunnittelussa ja sen toteuttamisessa. Toisinaan päätöksentekoon on aikaa, toisinaan taas ei. Nopeaan päätöksentekoon liittyy aina riskejä potilasturvallisuutta ajatellen. Päätöksenteon haasteena potilasturvallisuuden kannalta on täysin oikean tiedon saaminen oikeaan aikaan. Hyvä tiimityö toimii pohjana päätöksenteolle, sillä hyvässä tiimissä kaikki saatavilla oleva tieto hyödynnetään kaikkien jäsenten kesken tehokkaan vuorovaikutuksen avulla. (Helovuo ym. 2011, 198–201.)

3.3 Inhimilliset tekijät

Inhimillisillä tekijöillä on suuri vaikutus potilasturvallisuuteen. Inhimillisistä virheistä helposti ajatellaan, että ne ovat seurausta huolimattomasta toiminnasta. Syytökset kohdistuvat virheen tehneeseen henkilöön ja mahdollisesti todetaan, että virhe olisi ollut vältettävissä. Tarkkaavaisuudesta muistutetaan ja tiedotetaan, sekä järjestetään koulutusta. Tämän jälkeen ajatellaan, että turvallisuutta on parannettu – kunnes seuraava inhimillinen virhe tapahtuu. (Helovuo ym. 2011, 75.)

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat ihmisiä ja kaikki ihmiset ovat erehtyväisiä. Ihmiset tekevät virheitä yksityiselämässään sekä työelämässä, joskin näiden vaikutukset ovat yleensä pieniä ja huomaamattomia. Terveydenhuoltoalalla on olemassa aina se vaara, että virheen tekemisellä saattaa olla tuhoiset seuraukset. Tämän tiedostaminen usein jo ennaltaehkäisee osan virheistä. (Carthey 2010, 6.) Inhimillinen virhe on käsitteenä vaikea määritellä. Yleensä vasta jälkikäteen toiminta tunnustetaan varsinaiseksi virheeksi. Arkisessa työssä sattuu vääriäkäsitteitä ja unohduksia, mutta ne menevät huomaamatta ohitse kunnes jotain sattuu. Virheen sattuessa tärkeää olisikin miettiä, että mikä sai ihmisen toimimaan juuri tällä tavalla. (Helovuori ym. 2011, 76.)

Kun puhutaan inhimillisistä tekijöistä, tarkoitetaan yleensä ihmisen tiedonkäsittelyn rajallisuutta. Unohdukset ja erehdykset ovat usein seuraus tästä rajallisuudesta. Ihminen ei kykene samanaikaisesti käsittelemään suurta määrää asioita. Tiedonkäsittelyprosessi on myös erittäin altis ulkopuolisille häiriötekijöille. Aistien havaitsemat asiat, esimerkiksi viereisessä huoneessa soiva puhelin, kuormittavat tiedonkäsittelyä ja vievät huomiota pois varsinaisesta tehtävästä. (Helovuori ym. 2011, 77.)

Terveydenhuollossa korostetaan tarkkaavaisuutta ja toimenpiteet perustuvat siihen, että ne muistetaan tehdä. Kuitenkin ihmisen kyky havainnoida asioita ympäristöstä on rajallinen ja virheet tulkinnaissa ovat mahdollisia. Myös kyky pitää useita asioita samaan aikaan mielessä on heikko. Ei ole käytössä varsinaista mekanisme, joka muistuttaisi tai huomauttaisi jos jokin asia on päässyt unohtumaan. Usein kiireessä, rauhottomassa työympäristössä ja useiden vaatimusten keskellä on epäinhimillistä olettaa, että kaikki asiat tulisi tehtyä ainoastaan muistin varassa. Asiat pysyvät työmuistissa ihmisellä noin puoli minuuttia ja yhtä aikaa muistettavien asioiden määrä on viidestä seitsemään. Kiireessä tämä raja ylittyy helposti ja seurauksena asioita unohtuu, jollei niitä helpoteta. Helpotusta voidaan tuoda erilaisin teknisin ratkaisuin, hoitoa tukevalla kirjaamisella tai erilaisilla tarkistusmenetelmillä. (Helovuori ym. 2011, 77.)

Tarkkaavaisuus joutuu myös koetukselle useita potilaita samanaikaisesti hoidettaessa. Monia asioita on valvottava samaan aikaan ja informaatio ei ole aina

selkeästi tulkittavissa. Jotkut havainnoista edellyttävät toimenpiteitä ja toiset suurta keskittymistä. Olosuhteet voivat usein tehdä tarkkaavaisuuden ylläpitämisen haastavaksi. (Helovuori ym. 2011, 78.)

Työn kuormittavuus ja vireystilan vaikutus

Ihminen on kokonaisuus ja yksityiselämän paineet heijastuvat työhön, vaikka ne kiireen vuoksi voitaisiin hetkeksi unohtaa. Stressi voi johtua henkilökohtaisista tekijöistä tai itse työstä ja seurauksena voi olla keskittymisen puute tai ylikorostunut huomio liian yksityiskohtaisiin seikkoihin. (Carthey 2010, 18.) Toisaalta myös stressillä on suora yhteys suorituskäyttöön. Kiihtymys ja stressi vaikuttavat ihmisen tiedonkäsittelyyn ja sitä kautta ajattelua vaativissa tehtävissä suorituskäyttö heikkenee. (Helovuori ym. 2011, 79.)

Ihmisen vireystila vaikuttaa merkittävästi suorituskäyttöön. Kaikki tuntevat olonsa väsyneeksi pitkän valvomisen jälkeen ja uupuneeksi raskaan henkisen tai fyysisen ponnistelun jälkeen. Tarkkaavaisuus, keskittymiskyky, päättelykyky, sekä fyysinen suoriutumisen heikkenee näiden johdosta. Sairaalat ovat auki vuorokauden ympäri ja se asettaa paljon haastetta työvuorosuunnittelulle. (Helovuori ym. 2011, 79.)

Rogers, Whang, Scott, Aiken ja Dinges (2004) toteavat tutkimuksessaan, että työn kestolla, ylitöillä, sekä viikkotuntien määrällä on merkittävä yhteys tapahtuneisiin virheisiin sairaalassa. Virheen todennäköisyys lisääntyi sen mukaan mitä enemmän työtunteja hoitajille kertyi.

3.4 Fyysinen ympäristö

Fyysisellä ympäristöllä on suuri merkitys potilaiden, omaisten ja henkilökunnan kannalta. Ympäristöön voidaan katsoa kuuluvan rakenteet, järjestelyt ja muut piirteet mitkä vaikuttavat turvallisuuteen. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat muun muassa ahtauteen ja työtilojen puutteellisuus, epäjärjestys, häiriötekijät, huono valaistus, heikko siisteys ja rakenteiden vaarallisuus. Eri välineiden kuntoa tulisi valvoa ja tarkastaa säännöllisesti. Erilaisten epäkohtien raportoimiseen tulisi olla

selkeät toimintaohjeet ja puutteisiin tulisi reagoida heti. On olemassa tutkimustietoa siitä, miten ympäristötekijät vaikuttavat hoidon turvallisuuteen. Potilasturvallisuutta ajatellen ratkaisut voivat olla hyvinkin yksinkertaisia, esimerkiksi sängyn säätäminen oikein, ettei potilas pääse sieltä putoamaan. (Helovuori ym. 2011, 67–68.)

4 POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN

Potilasturvallisuuden toteutuksesta ja kokonaisuudesta vastuu on organisaation johdolla. Jokainen työntekijä, joka osallistuu hoitoon, on vastuussa potilasturvallisuudesta omalta osaltaan. Potilasturvallisuussuunnitelma on osa laadunhallintaa. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 17.)

Koko henkilökunta on potilasturvallisuutta edistävässä roolissa, joten jokaiselta terveydenhuollon työntekijältä edellytetään ammatillista osaamista. Työnantajan vastuulla on, että työntekijä saa perehdytyksen ja työntekijän vastuulla on kertoa, mikäli hän ei hallitse työtehtäviä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 18.)

Potilasturvallisuuden parantamiseksi haittatapahtumista ja läheltä piti -tilanteista saatu tieto hyödynnetään toiminnan kehittämässä. Johdon ja muun henkilöstön toimesta vaaratapahtumaraporteista saatu tieto käsitellään säännöllisesti. Organisaatiolla tulee olla ohjeet merkityksellisten ja seurauksiltaan vakavien haittatapahtumien raportoinnista, käsittelystä ja niistä annettavasta palautteesta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 17.)

4.1 Vaaratapahtumaraportointi

Vaaratapahtumaraportoinnin katsotaan olevan oppimisprosessi, joka alkaa siitä, kun huomataan läheltä piti -tilanne tai vaaratapahtuma. Potilasturvallisuuden kannalta tärkeää on tunnistaa vaaratapahtuma ja raportoida siitä.

Vaaratapahtumaraporttien avulla päästään selville syistä, jotka ovat johtaneet vaaratapahtuman syntyyn ja niiden avulla voidaan tunnistaa riskejä, sekä arvioida toimenpiteiden vaikutusta. (Kinnunen ym. 2009, 14.)

Vaaratapahtumaraportteja hyödynnetään valtakunnallisella ja alueellisella tasolla, sekä organisaatioissa ja omissa työyksiköissä. Niiden avulla voidaan kehittää toimintaa ja arvioidaan riskejä. (Kinnunen ym. 2009, 14.)

Vaaratapahtumat voidaan kirjata joko paperille tai sähköisesti koneelle. Ilmoitukset ovat luottamuksellisia ja nimettömiä. Vaaratapahtumailmoitusten sisältö koostuu vapaamuotoisesta selostuksesta tapahtuneesta, josta käy ilmi tapahtuman kokonaiskuva, alku, eteneminen ja seuraukset. (Kinnunen ym. 2009, 14.)

Vaaratapahtumaraporttiin ilmoitetaan yksikkö, jossa tapahtuma sattui, tapahtumatyyppi, tapahtuma-aika, ilmoittajan ammattiryhmä, tapahtumakuvaus, sekä tapahtuman seuraukset potilaalle ja henkilökunnalle, kuvaus siitä miten tapahtuma on päässyt syntymään ja olosuhteet ennen tapahtumaa, sekä tekijän oma ehdotus siitä, miten tapahtuma voidaan tulevaisuudessa ennaltaehkäistä. Myös todennäköisyys tapahtuman toistumiselle arvioidaan. (Kinnunen ym. 2009, 14.)

4.2 Vaaratapahtumaraporttien hyödynnettävyys

Vaaratapahtumista raportointi ja vaaratapahtumaraporteista saatavan tiedon hyödyntäminen vaatii koko organisaation sitoutumista asiaan. Ilmoituksia käsittelevät tehtävään perehdytetyt, vastuutetut henkilöt. Käsittelyvaiheessa pyritään selvittämään koko järjestelmän toimintaa, sekä rakenteita. Pyritään luomaan ratkaisu miten toimintatapoja tulee muuttaa potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Kinnunen ym. 2009, 16.)

Ratkaisuna on joko toimintaolosuhteiden parantaminen tai vaaratekijöiden vähentäminen toimintaprosesseissa eli organisaation toimintaa muutetaan tavalla tai toisella. Raportoidut tapahtumat kerätään talteen vaaratapahtumarekisteriin ja tapahtumajoukon käsittely kuuluu organisaation toiminnan suunnitteluun ja seurantaan esimerkiksi puolen vuoden välein. Henkilöstö pyritään osallistamaan tapahtumien käsittelyyn, jolloin voidaan ottaa esille korjattavat asiat toiminnassa. (Kinnunen ym. 2009, 16.)

Vaaratapahtumien hyödyntäminen on tärkeää, jotta ilmoitusaktiivisuus säilyy ja toimintaa voidaan kehittää. Yksikkötasolla vaaratapahtumaraportteja hyödynnetään niin, että koko henkilökunta saa säännöllisesti tietoa raportoiduista tapahtumista ja yksikön sisällä tehtyjä ilmoituksia tarkastellaan yhdessä. Kehittämistoimia mietitään yhdessä koko henkilökunnan kanssa. (Kinnunen ym. 2009, 18.)

Erilaiset turvallisuusriskit tulee antaa tiedoksi henkilökunnalle, jotta vastaavat tilanteet osattaisiin välttää tulevaisuudessa. Vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehtyjen kehitysehdotusten tulisi johtaa suositusten mukaan henkilökunnan kouluttamiseen tai perehdyttämiseen tai työkäytäntöjen muuttamiseen tai työympäristön ja laitteiston parannuksiin. (Kinnunen ym. 2009, 18.)

Valtakunnallisella tasolla vaaratapahtumia hyödynnetään siten, että tietojen avulla voidaan kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, sekä niitä voidaan käyttää tieteellisiin tutkimuksiin. Alueellisesti ja valtakunnallisesti tietoa käytetään hyödyksi, tuottamalla potilasturvallisuuden hyvistä käytännöistä ajantasaista tietoa. (Kinnunen ym. 2009, 18.)

5 PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKA HOITOYMPÄRISTÖNÄ

Päivystysvastaanottoja on Suomessa kolme erityyppistä. Perusterveydenhuollon päivystys käsittää terveyskeskuksien ja terveysasemien yleislääketieteellisen toiminnan, missä hoidetaan yleisiä ja tavanomaisia sairauksia ja pieniä traumoja. Erikoissairaanhoidon päivystys on eri erikoisalojen päivystysvastaanottoa, jossa potilaan tila vaatii laajempaa ja vaativampaa tutkimista. Yhteispäivystyksessä toimii samoissa tiloissa sekä yleislääketieteellinen että erikoissairaanhoidon päivystys. (Castren, Aalto, Rantala, Sopenen & Westergård 2009, 61.)

Päivystyspoliklinikalla hoidetaan kiireellistä hoitoa vaativia potilaita. Hoidon tarve on ilmaantunut äkillisesti ja jokaisella on oikeus päivystyshoitoon. Päivystyksen perustehtävänä on henkeä ja terveyttä äkillisesti uhkaavan vaaran torjuminen ja päivystyksessä nousee vahvasti esiin osaava henkilökunta, sekä korkea ammattietiikka. Prosessi etenee siten, että potilas saapuu ja hänet vastaanotetaan. Sen jälkeen arvioidaan potilaan tila ja tehdään tutkimuksia ja haastatellaan häntä. Sitten päätetään potilaan hoidosta ja sen toteutuksesta, sekä huolehditaan jatkohoidosta ja arvioidaan potilaan tilaa jatkuvasti. (Koponen & Sillanpää 2005, 18–21, 70–74.)

5.1 Päivystyspoliklinikka potilasturvallisuuden näkökulmasta

Terveydenhuoltolaki (2010, 50§) määrittelee, että päivystysyksiköissä on henkilökunnalla oltava riittävä osaaminen, sekä riittävät voimavarat, jotta potilasturvallisuus ja hoidon laatu toteutuisivat. “Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.” (Terveydenhuoltolaki 2010, 50§.)

Päivystyspoliklinikalla työlle ominaista on yllätyksellisyys potilasmäärien ja tilanteiden osalta. Nopeasti vaihtuvissa tilanteissa hoidetaan samanaikaisesti vakavasti vammautuneita ja sairastuneita lievemmin sairastuneiden potilaiden kanssa yhtä aikaa. Koska päivystyspoliklinikalla ei ole ajavarauksjärjestelmää, on hoitoon tulleille potilaille tehtävä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi, jotta kiireellistä hoitoa vaativat potilaat pystytään hoitamaan laadukkaasti. Muuta hoitoa tarvitsevat ohjataan muihin terveydenhuollon yksiköihin. Niiden ollessa puutteelliset, usein päivystyspoliklinikka toimii korvaajana ajanvaraustoiminnalle, jolloin päivystyspoliklinikalle tulee ruuhkaa ja se aiheuttaa epätarkoituksenmukaista voimavarojen käyttöä. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin 2014, 23.)

Päivystystyötä tehdään usein paineen alaisena ja työskentely tapahtuu sekä yöllä että päivällä. Hyvin yleistä on kokemattomien lääkäreiden käyttäminen ja sen lisäksi lääkärit vaihtuvat nopeasti. Näihin asioihin on alettu kiinnittää huomiota, koska ne ovat kytköksissä potilaiden terveyteen ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin 2014, 23–24.)

Päivystyspoliklinikan häiritsevien tapahtumien taustatekijöistä tehdyssä tutkimuksessa osoitettiin, että päivystyspotilaisiin kohdistuvat häiritsevät tapahtumat ovat yleisiä. Yhteensä 10 prosenttia potilaista oli häiritsevän tapahtuman kohteena lääketieteellisen virheen seurauksena. Nämä aiheuttivat potilaille haittaa tai vaativat tilanteeseen puuttumisen. Noin 76 prosenttia tapahtuneista virheistä oli osaamiseen liittyviä virheitä. Tutkimuksessa oli keskitytty lääkäreiden rooliin. Tuloksien perusteella pääteltiin, että tarvetta olisi käytännön ja teorian koulutuksen lisäämiseen päivystyspoliklinikan lääkäreille. Tutkimuksessa myös todettiin, että useamman kuin yhden lääkärin osallistuminen potilaan hoitoon voi vähentää vakavien virheiden riskiä. (Freund, Goulet, Bokobza, Ghanem, Carreira, Madec, Leroux, Ray, Boddaert, Riou & Hausfater 2012, 159–160.)

5.2 Henkilökunnan ja tilojen vaikutus potilasturvallisuuteen päivystyspoliklinikalla

Päivystyksessä työskentelevällä henkilökunnalla on suuri vaikutus potilasturvallisuuteen ja työn laatuun. Hoitokontaktit ovat päivystystyössä lyhyitä. Potilaat vaativat yhä enemmän ja erilaiset häiriökäyttäytymiset ovat lisääntyneet ja ne vaikuttavat henkilökunnan ja muiden potilaiden turvallisuuteen. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin 2014, 23–24.)

Päivystystyön yksi merkittävä riskitekijä on kiireinen työtahti. Potilasvirtaa ei yleensä pystytä säätämään. Henkilökunta priorisoi työtään koko ajan, mutta työ pääsee keskeytymään monesti väliin tulevien tekijöiden vuoksi. Tämä saattaa aiheuttaa työntekijässä hermostuneisuutta, mikä saattaa vaikuttaa virheiden syntyyn. Liian vähäinen henkilökunnan määrä vaikeuttaa monissa paikoissa tilannetta entisestään. Useassa paikassa vakituisten työntekijöiden määrä on liian vähäinen ja työvoimana joudutaan käyttämään kokemattomia sijaisia. Päivystyspoliklininen työ vaatii kattavan perehdytyksen, vaikka kyseessä olisikin ammattitaitoinen hoitaja. Äkillisissä tilanteissa on osattava tehdä nopeita päätöksiä itsenäisesti, sekä pystyttävä tekemään hoidon tarpeen arviointia. Kiireinen työtahti ja työntekijän väsyminen yhdessä ovat merkittävä riskitekijä. (Koponen & Sillanpää 2005, 65.)

Fordyce, Blank, Pekow, Smithline, Ritter, Gehlbach, Benjamin ja Henneman (2003) tutkivat päivystyspoliklinikalla tapahtuneita haittatapahtumia yhden viikon ajalta. Yhteensä haittatapahtumia ilmeni 400. Tutkimuksen mukaan selkeästi eniten virheitä tapahtui liittyen toimenpiteiden suorittamiseen, hallintomenettelyihin, farmakologisiin vaikutuksiin, kirjaamiseen, kommunikointiin, sekä ympäristötekijöihin. Yli 90 prosenttia virheistä tapahtui näillä osa-alueilla. Ilmenneitä haittatapahtumia oli muun muassa hoitajan neulanpistotapaturma kanyloidessa hiv-positiivista potilasta ja väärän silmälääkkeen antamisen jälkeen potilaalla ilmentynyt kipu ja näön sumentuminen. Myös potilaan irroittaminen hengityskoneesta teho-osastolle

siirron ajaksi aiheutti eräälle potilaalle vakavan hengitysvaikeuden ja liian nopea suonensisäinen nesteytys johti toisella potilaalla keuhkopöhhön.

Monissa päivystyspoliklinikoissa fyysinen ympäristö ja tilat ovat selkeä riskitekijä. Vanhemmissa rakennuksissa tilat eivät vastaa enää nykypäivän vaatimuksia. Seurantatilojen puutteellisuus on ongelma erityisesti päihtyneitä potilaita hoidettaessa. Muiden potilaiden kanssa samaan tilaan sijoittaminen saattaa aiheuttaa potilasturvallisuusriskin ja välitön näköetäisyys olisi tarpeellinen. Tilat ruuhkautuvat nopeasti suurista potilasmääristä johtuen, joten seuranta voi tapahtua käytävillä. Henkilökunnan tulee tarkkailla, ettei potilas pääse esimerkiksi putoamaan sängystä. (Koponen & Sillanpää 2005, 65–66.) Päivystyksessä työskentelevällä henkilökunnalla on suuri vaikutus potilasturvallisuuteen ja työn laatuun.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuskysymyksinä opinnäytetyössä olivat:

- Mitä potilasturvallisuutta vaarantavia riskitekijöitä on päivystyspoliklinikalla?
- Miten potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä voidaan ennaltaehkäistä vaaratapahtumailmoitusten avulla?

Tarkoituksena oli perehtyä päivystyspoliklinikan työympäristöön ja siellä oleviin riskitekijöihin valikoitujen tutkimusten, sekä kirjallisuuden avulla.

Opinnäytetyössä haluttiin selvittää, mitkä ovat selkeitä ja yleisimpiä potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä, sekä miten potilasturvallisuutta voidaan edistää vaaratapahtumajärjestelmän avulla.

Opinnäytetyössä päätavoitteina oli, että tuloksista on hyötyä päivystyksessä työskenteleville sairaanhoitajille, sekä päivystystyöstä kiinnostuneille sairaanhoitajaopiskelijoille. Tavoitteena oli myös tehdä yhtenäinen tietopaketti, jossa on tiivistettynä päivystyksen potilasturvallisuuteen vaikuttavat asiat.

7 KIRJALLISUUSKATSAUSPROSESSI JA TIEDONHAUN KUVAUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä aiemmin tehdyistä tutkimuksista tietyn aihepiirin sisällä. Sen avulla saadaan esille olennaisimmat asiat aihepiiristä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella seulotaan esiin tieteellisten tulosten kannalta tärkeitä ja mielenkiintoisia tutkimuksia. Sen avulla voi testata hypoteeseja ja esittää tutkimusten tuloksia tiiviimmässä muodossa. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyviä puutteita voi paljastua ja tuoda näin ollen esiin uusia tutkimustarpeita. (Salminen 2011, 9.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessi etenee seuraavasti: ensin valitaan tutkimuskysymys, jonka jälkeen valitaan käytettävät tietokannat ja kirjallisuus. Seuraavaksi valitaan huolellisesti hakutermit, jotka voivat olla sanoja tai fraaseja. Huolellisesti valituilla hakutermeillä pyritään rajaamaan hakutuloksia siten, että ne vastaisivat tutkimuskysymykseen mahdollisimman hyvin. Tämän jälkeen valitaan seulontakriteerit eli mitkä tekijät rajaavat materiaalien valintaa, esimerkiksi kieli, vuosiluku yms. Valitaan laadukkaimmat mahdolliset materiaalit tutkimusta varten, laadun arvioinnin jälkeen. Näiden vaiheiden jälkeen tehdään itse katsaus, jonka jälkeen tulokset syntetisoidaan. Synteesissä selitetään löydökset ja esitetään tutkimustarpeet. (Salminen 2011, 10–11.)

7.1 Aineiston haku

Ennen opinnäytetyöprosessia valittiin tutkimuskysymys ja tietokannat, joista lähdettiin etsimään aineistoa. Aluksi kokeiltiin hakusanoja, jotka esiintyvät opinnäytetyön nimessä. Sen jälkeen hakusanoja laajennettiin koskemaan myös vaaratapahtumia, sillä kyseisellä hakusanalla ajateltiin löytyvän lisää potilasturvallisuutta koskevia tutkimuksia.

Huomattiin, että pelkästään ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ei löydy tarpeeksi tutkimuksia, jonka jälkeen tehtiin ensimmäistä tutkimuskysymystä täydentävä toinen tutkimuskysymys. Tämän jälkeen hakusanat valikoituivat lopulliseen muotoonsa.

Opinnäytetyön tiedonhakuprosessin aikana etsittiin tutkimuksia sekä englannin ja suomen kielellä seuraavista tietokannoista: Medic, PubMed, Cinahl ja ScienceDirect, sekä Google Scholar. Systemaattinen tiedonhaku valikoitui tehtäväksi Medic-, PubMed ja ScienceDirect -tietokannoista.

Hakusanoiksi valikoituivat seuraavat: potilasturv*, turv*, hait*, vahin*, vaara*, päiv*, ensiap*, virhe*, sekä patient safety ja emergency department. Taulukko 1 esittää hakustrategiakaavion ja taulukko 2 sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Tutkimukset käytiin läpi otsikoiden perusteella, jonka jälkeen valikoiduista tutkimuksista luettiin tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella valittiin luettavaksi koko tekstit ja sen jälkeen valittiin opinnäytetyössä käytettävät tutkimukset. Osa tiivistelmän perusteella valituista tutkimuksista hylättiin, koska tekstin sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiin tarpeeksi hyvin, vaan sivusi aihetta vain osittain. Yhteensä tähän opinnäytetyöhön valittuja tutkimuksia on kahdeksan kappaletta.

Tiedonhaun jälkeen tutkimusaineisto pelkistettiin klusteroimalla ja tehtiin taulukot suomalaisista tutkimuksista. Taulukoihin tuli alkuperäisilmaukset, pelkistetyt ilmaukset, ala- ja yläluokat, sekä yhdistävä kategoria. Tehtyjen kategorioiden perusteella ja taulukoita vertailemalla saatiin johtopäätökset ja tulokset tähän opinnäytetyöhön. Liite -osiosta löytyy esimerkki yhdestä tehdystä taulukosta (taulukko 3).

7.2 Laadullinen sisällönanalyysi

Aineistoa voidaan analysoida usealla eri tavalla. Tärkeintä on valita sellainen analyysimenetelmä mikä parhaiten vastaa tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 224.)

Tässä opinnäytetyössä on käytetty laadullista sisällönanalyysiä. Ideana siinä on, että kerättyä aineistoa tarkastellaan tiivistäen, etsien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä eritellen niitä. Tässä menetelmässä tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoista materiaalia. Sisällönanalyysimenetelmällä pyritään muodostamaan

aiheesta selkeä ja kattava kuvaus tutkittavasta aiheesta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Aineistolähtöinen laadullinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen (Miles & Huberman 1994, Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 mukaan), joista ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään, toisessa ryhmitellään ja kolmannessa luodaan teoreettiset käsitteet.

Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa tutkittavasta aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja, jotka voidaan alleviivata erivärisillä kynillä. Alleviivatut ilmaisut voidaan listata eri konseptille, jonka jälkeen aineistoa aletaan ryhmitellä eli klusteroida. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.)

Klusteroinnissa koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään yhteneväisyyksiä tai eroavaisuuksia, joista taas samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään luokaksi. Luokat nimetään niiden sisältöä kuvaavilla sanoilla ja siten syntyy pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään sen jälkeen alaluokiksi, jotka puolestaan ryhmitellään yläluokiksi ja yläluokat yhdistetään pääluokiksi. Pääluokista ryhmitellään yksi yhdistävä luokka ja näin syntyy vastaus tutkimuskysymykseen. Tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon erottaminen on abstrahointia, jolloin valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään kohti teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.) On kuitenkin otettava huomioon, että ala- ja yläluokkien syntyminen on vain eräs sisällönanalyysin teoreettinen malli ja siitä on löydettävissä erilaisia variaatioita ja malleja. Alaluokkia ei siis välttämättä aina synny. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 124.)

TIETOKANTA	HAKUSANA	HAKUTULOS	HYVÄKSYTTY OTSIKON TAI TIIVISTELMÄN PERUSTEELLA	HYVÄKSYTTY SISÄLLÖN PERUSTEELLA
Medic	potilasturv* turv* hait* vahin* vaara* AND päiv* ensiap* OR virhe*	107	8	4
PubMed	Patient safety AND emergency department	71	10	1
ScienceDirect	Patient safety AND Emergency Department	105	15	3
Yhteensä		283	33	8

Taulukko 1. Hyväksytyjen tutkimusten määrä.

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> • Julkaistu 2004-2014 • Väitöskirja, pro gradu ja tutkimusartikkelit • Suomen- tai englanninkielinen • Tutkimus vastaa tutkimuskysymyksiin • Koskevat päivystyspoliikkia, potilasturvallisuutta tai haittatapahtumailmoituksia • Vain kokotekstit 	<ul style="list-style-type: none"> • Aineisto yli 10 vuotta vanhaa • Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymyksiin • Väärä näkökulma aiheeseen • Tiedostoa ei saatu auki • AMK-opinnäytetyöt

Taulukko 2. Sisäänto- ja poissulkukriteerit.

8 TULOKSET

8.1 Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät päivystyspoliklinikalla

Källbergin, Göranssonin, Florinin, Östergrenin, Brixeyn ja Ehrenbergin (2014) mukaan yleisin vaikuttava tekijä hoitovirheiden taustalla oli inhimilliset tekijät. Inhimilliset virheet näkyivät yleensä rutiininomaisissa työtehtävissä, joissa valvonta ja toisen työntekijän tukeminen oli puuttellista. Inhimillisistä tekijöistä johtuvien virheiden katsottiin olevan seurausta liiallisesta työmäärästä.

Päivystyspoliklinikalla yllättävät ja nopeasti vaihtuvat tilanteet koettiin ongelmana potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Sairaanhoitajat kokivat, että myös potilaat aiheuttavat itse vaaratilanteita käyttäytymällä aggressiivisesti muita potilaita kohtaan. (Yli-Villamo 2008.) Källbergin ym. (2014) tutkimuksen mukaan hoitovirheitä edistävänä tekijänä nähtiin potilaista johtuvat syyt 33 prosentissa tapauksista. Potilaiden sen hetkinen tilanne oli vaikuttavana tekijänä potilasturvallisuuden toteutumiseen. Potilaan olivat joko monisairaita, kroonisista sairauksista kärsiviä, mielenterveysongelmaisina, alkoholin vaikutuksen alaisia, tajuttomia, muistihäiriöisiä tai potilailla oli kommunikoinnin vaikeuksia.

Yli-Villamon (2008, 53) tutkimukseen vastanneet henkilöt kokivat osan hoitohenkilökunnasta olevan ammattitaidotonta. Koettiin, että oikeaa toimintatapaa ei varmisteta kokeneelta hoitajalta, jolloin vääriä toimintatapoja saatetaan käyttää tiedostamatta. Lisäksi kiinnostuksen puute terveydenhuoltoalaa kohtaan sekä ymmärryksen puute työnteossa nähtiin potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunta laiminlyö varotoimia, sekä tekee lääkevirheitä. Potilaiden tunnistamisvirheet ja hoitohenkilökunnan sopimaton käytös aiheuttavat myös vaaratilanteita.

Bagnasco, Tubino, Piccotti, Rosa, Aleo, Di Pietro, Sasso, Passalacqua ja Gambino (2012) tutkivat kommunikaation sujumista lasten päivystyspoliklinikalla. Huomiota kiinnitettiin kommunikoinnin epäkohtiin nauhoittamalla potilastilanteita. Tutkimuksessa kävi ilmi ei-teknisten taitojen puute työntekijöiden välillä, potilasturvallisuutta vaarantavissa tilanteissa. Tutkimuksessa, 22 tapauksessa, tunnistettiin työntekijöiden välisen

kommunikaation epäonnistuminen siirtojen ja kotiuttamisten yhteydessä. Potilasturvallisuutta vaarantaviin tekijöihin voitiin laskea myös työntekijöiden välisen tiedonsiirron epäonnistuminen. Källberg ym. (2014) kirjoitti tutkimuksessaan, että kolmanneksi yleisin syy hoitovirheiden taustalla oli kommunikaatioon ja tiimityöhön liittyvät epäonnistumiset. Tighe, Woloshynowych, Brown, Wears ja Vincent (2005) toivat myös tutkimuksessaan esiin, että hoitovirheitä edistävistä tekijöistä yleisin oli kommunikaatio-ongelmat.

Vainionperän (2012, 28) kyselytutkimuksen tuloksissa ilmeni, että potilastietoja hukkuu, kun työvuoro vaihtuu ja potilaita siirretään yksiköstä toiseen. Yli puolet, yli kymmenen vuotta työskennelleistä, kyselytutkimukseen vastanneista koki, että työvuorojen vaihtoajankohdat ovat ongelmallisia potilaille. Tiedonkulun ongelmat yksikön sisällä ja eri yksiköiden välillä vaaransivat potilasturvallisuutta. Tutkimuksessa ilmeni, että vaaratapahtumia ehkäisevistä toimintatavoista keskustellaan vain joskus, mikä johtaa vaaratapahtumien toistumiseen.

Vainionperän (2012, 35) tutkimukseen vastanneista vain 14,8 prosenttia oli sitä mieltä, että sairaalan johdolla on mahdollisuus potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin luomiseen. Tutkimuksen mukaan sairaalan johto puuttui potilasturvallisuuteen liittyviin asioihin vasta kun vaaratapahtuma oli sattunut. Tämä voidaan nähdä potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä.

Potilasturvallisuutta koskevaan kyselyyn vastanneista 75,9 % koki, että henkilökuntaa ei ole riittävästi työmäärään nähden. Usean työntekijän mielestä, hieman alle 40 %, potilasturvallisuus vaarannetaan, jotta saataisiin tehtyä enemmän töitä. Potilasturvallisuus vaarantuu, kun työskennellään liian nopeasti ja yritetään tehdä enemmän kuin pystytään. Lisäksi 42,6 % vastaajista oli sitä mieltä, että työvuorot ovat pidempiä kuin potilashoidon kannalta on parasta. (Vainionperä 2012.) Myös Yli-Villamo (2008) totesi tutkimuksessaan henkilökunnan määrän olevan liian vähäinen työmäärään nähden, erityisesti ilta- ja yövuoroissa. Källbergin ym. (2014) tutkimuksen mukaan toiseksi eniten hoitovirheitä aiheutti päivystyspoliikklinikka työympäristönä, johon katsotaan sisältyvän rutiinit, resurssit, sekä liika työmäärä.

Tilapäistyövoimaa käytetään monen työntekijän mielestä enemmän kuin potilashoidon kannalta on parasta. (Vainionperä 2012.) Kokemattomien sijaisten käyttö koetaan potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä päivystyspoliklinikalla, koska he eivät tunne päivystyspoliikkia eivätkä sen toimintatapoja. Sairaanhoitajat kokivat, että perehdytys on liian lyhyt ja puuttellinen, mikä vaikuttaa myös oleellisesti potilasturvallisuuteen. (Yli-Villamo 2008.) Tighe ym. (2005) toivat myös tutkimuksessaan esiin, että toiseksi eniten potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla vaarantaa tilapäistyövoiman käyttö. Tämä perusteltiin sillä, että sijaisten taidot ja osaaminen ovat puuttellisia päivystyspoliikkaympäristössä.

Hoitoympäristön koetaan muuttuneen turvallisemmaksi, mutta siitä huolimatta hoitajat kokevat hoitoympäristössä esiintyvän puutteita, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta. Hoitoympäristö käsittää muun muassa turvalliset tilat, jotka ovat avaria. Tiloissa on otettu huomioon valaistus-, lämpötila- ja ilmastointiasiat, sekä hälytys- ja paloturvallisuusratkaisut. Myös hoitovälineet ja valvontalaitteet tulee olla kunnossa, jotta potilasturvallisuus toteutuu. (Yli-Villamo 2008, 30.)

Potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta on tärkeää ymmärtää taustalla vaikuttavat tekijät. Calder, Forster, Nelson, Leclair, Perry, Vaillancourt, Hebert, Cwinn, Wells ja Stiell (2010) tutkivat yleisimpiä haittatapahtumia, sekä niiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä päivystyspoliklinikalla. Yleisimmät haittatapahtumat olivat hoitoon liittyvät asiat, toimenpiteisiin liittyvät komplikaatiot, sekä diagnostiset asiat. Tutkimuksessa ilmennyt vakavin haittatapahtuma oli odottamaton kuolema, kun diagnoosi viivästyi. Hoitoon liittyvät asiat olivat tutkimuksen mukaan yleisimmät potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät.

8.2 Vaaratapahtumailmoitusten merkitys potilasturvallisuudessa

Sarsteen (2012, 36) mukaan asioiden sivuuttaminen ja haittatapahtumien vähättely vähentävät vaaratapahtumista ilmoittamista. Vainionperän (2012, 30) tutkimukseen vastanneista yli puolet koki, että työyksikössä tehdyistä virheistä raportoitiin harvoin tai ei koskaan, kun virhe oli havaittu ennen vaikutusta potilaaseen.

Potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä keskustellaan pääosan (68 %) mukaan usein. (Vainionperä 2012, 32.) Haittatapahtumailmoitusten tekeminen ja väärin toimintatapojen tunnistaminen ennaltaehkäisee haittatapahtumia. Väärät toimintatavat tunnistetaan ilmoitusten perusteella ja näin voidaan huomioida ne kehittämistoimenpiteitä suunniteltaessa. (Sarste 2012.) On tärkeää saada tietoon vaaratapahtumiin vaikuttavat tekijät, jotta voidaan ymmärtää tapahtumien synty. (Kuisma 2010, 13.)

Alle puolet vastaajista koki, että vaaratapahtumaraporttien kautta ilmenneet virheet kääntyvät ilmoituksen tekijää vastaan. Vaaratapahtumaraporttien käsittelyn seuraukset eivät kohdistu itse ongelmaan vaan ilmoituksen tehneeseen henkilöön. (Vainionperä 2012.) Syyllistämättömyys nähtiin raportointijärjestelmästä saatavan tiedon käytön edistäväksi tekijäksi (Sarste 2012).

Sarsteen (2012) kyselytutkimuksen mukaan palautteen saaminen ja haittatapahtumailmoitusten läpikäyminen keskustellen ja pohtien työyksikössä nähtiin potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä (Sarste 2012). Noin kymmenesosa vastaajista oli sitä mieltä, että vaaratapahtumaraporttien perusteella tehdyistä muutoksista tiedotetaan usein. Yli puolet vastaavasti koki saavansa palautetta harvoin tai ei koskaan. (Vainionperä 2012.)

9 YHTEENVETO JA POHDINTA

Olemme huomanneet, että potilasturvallisuus puhuttaa eri harjoittelupaikoissa melkein kaikkia työntekijöitä. Työntekijät ovat ottaneet esille esimerkiksi sen, että jonkun potilaan tiedot ovat auki koneella ja omainen tulee kansliaan, jolloin hän voi nähdä tiedot. Jotkut työntekijät ovat maininneet tekevänsä itse jonkun toimenpiteen erilailla kuin ohjeissa sanotaan ja sen perään toteavat, että kannattaa tehdä niin kuin ohje sanoo, jotta potilasturvallisuus ei vaarannu. Vaikka työntekijät tietävät miten pitäisi toimia ja miten potilasturvallisuutta voi parantaa, siitä huolimatta olemme huomanneet, että nämä asiat sivuutetaan herkästi.

Suomessa potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla ei ole tutkittu paljon. Löysimme kokonaisuudessaan kaksi suomalaista tutkimusta, Yli-Villamo (2008) ja Vainionperä (2012), sekä kolme ulkomaalaista tutkimusta, Tighe ym. (2005), Källberg ym. (2014) ja Bagnasco ym. (2012). Nämä tutkimukset vastaavat suoraan ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme.

Tutkimuksen mukaan potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä päivystyspoliklinikalla ilmeni useita. Kummassakin suomalaisessa tutkimuksessa ilmeni, että riittämättömät henkilöstöresurssit vaikuttavat potilasturvallisuuteen heikentävästi. Työmäärä henkilökunnan määrään nähden on liian suurta, jolloin syntyy kiirettä ja vaaratilanteiden määrä kasvaa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa päästiin samaan tulokseen eli työmäärä on liian suuri. Myös inhimilliset tekijät tulivat esiin samaisessa ruotsalaisessa tutkimuksessa, jossa niiden perusteltiin johtuvan liiallisesta työmäärästä. Inhimillisten tekijöiden vaikutus potilasturvallisuuteen katsotaan olevan merkittävässä osassa.

Molempien suomalaisten, sekä Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan sijaistyövoiman käyttö vaarantaa potilasturvallisuutta, sillä työympäristö ei ole välttämättä tuttu. Koemme, että sijaisten ja vakituisten työntekijöiden perehdytys on olennaisessa osassa potilasturvallisuuden takaamisessa. Yli-Villamo (2008) toteaaakin tutkimuksessaan perehdytyksen olevan puutteellista.

Yli-Villamon (2008) tutkimuksessa tulee esiin pävyystystyön tyypillinen luonne, sekä hoitohenkilökunnan ammattitaidottomuus. Hoitohenkilökunta jättää huomioitta potilasturvallisuutta vaarantavat tilanteet tai eivät tunnista niitä. Ymmärtämättömyys työtehtäviä ja niiden haastavuutta kohtaan voi aiheuttaa vaaratilanteita potilasturvallisuudessa. Ammattitaidottomuuteen liittyvät asiat voivat kertoa mahdollisesti nykyisen sairaanhoitajakoulutuksen tasosta tai puutteellisesta työpaikkakoulutuksesta.

Vuonna 2012 tehdyn potilasturvallisuutta koskeneen italialaisen tutkimuksen, sekä Ruotsissa 2014 ja Iso-Britanniassa 2005 tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että työntekijöiden välinen kommunikointi on tärkeää potilasturvallisuuden onnistumisen kannalta. Vainionperän (2012) tutkimus sivuaa myös tiedonkulun siirtymistä yksiköstä toiseen, mutta ei esitele asiaa kommunikoinnin näkökulmasta.

Vaaratapahtumailmoituksia koskevaan kysymykseemme löytyi yhteensä kolme suomalaista tutkimusta. Tutkimukset olivat Kuisman (2010), Sarsteen (2012) ja Vainionperän (2012) tekemiä.

Olennaisiin löydös vaaratapahtumaraporttien avulla tehtävään ennaltaehkäisyyn potilasturvallisuuden osalta on, että vaaratapahtumaraporttien kautta saatavien tietojen perusteella pitää tehdä muutoksia toiminnassa. Tehdyistä muutoksista on ilmoitettava henkilökunnalle, jotta he osaavat toimia ennaltaehkäisevästi jatkossa.

Vainionperän (2012) tutkimuksessa ilmenee, että vaaratapahtumailmoituksen tehnyttä aletaan helposti syyttää, eikä itse ongelmaan puututa, joten tämä vähentää ilmoitusten tekemistä. Vaaratapahtumailmoitusten tekeminen on jokaisen työntekijän velvollisuus, vaikka vaaratapahtumaraporttien käsittelijät voivat syyllistää ilmoituksen tekijää ja ilmoituksen tekijä voi kokea ilmoitusten teon jatkossa vaikeana.

Sairaanhoitajakoulutuksessa ei opeteta tekemään vaaratapahtumailmoituksia, eikä kertoa millaisissa tilanteissa niitä tulee tehdä. Koulutuksen puute vaaratapahtumaraportoinnissa voinee vaikuttaa osaltaan siihen, että vaaratapahtumailmoituksia ei tehdä niin usein kuin pitäisi.

Potilasturvallisuus on ensisijalla hoitotyön laadukkaassa toteutumisessa, joten syyllistävästä palautteesta huolimatta vaaratapahtumailmoituksia tulisi tehdä. Syyllistämätön palautteen antaminen kannustaa työntekijöitä tekemään jatkossakin vaaratapahtumailmoituksia, joten koemme, että valittujen vaaratapahtumaraporttien käsittelijöiden tulisi saada koulutus, jossa käydään läpi miten palautetta kannattaa antaa.

Vaaratapahtumaraporttien perusteella tehdyistä toimintatapojen muutoksista tiedotetaan harvoin. Sarsteen (2012) tutkimuksen mukaan vaaratapahtumaraporttien käsittely nähdään potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä.

Opinnäytetyötä tehdessä on käynyt ilmi, että kommunikoinnilla ja tiedonkululla, sijaistyövoiman käytöllä, sekä liiallisella työmäärällä on suuri merkitys potilasturvallisuuden toteutumiseen. Päätelemme tutkimustuloksiin nojautuen, että sijaistyövoiman käyttö liiallisen työmäärän vuoksi aiheuttaa tiedonkulun vaikeutumisen, sillä sijaiset eivät välttämättä osaa toimia päivystyspoliklinikkaympäristössä sen edellyttämillä toimintatavoilla. Liiallisesta työmäärästä johtuen inhimillisten virheiden riski lisääntyy ja hoitovirheitä tapahtuu.

Yhteenvedona näistä voimme sanoa, että johdolla on suuri merkitys potilasturvallisuuden toteutumisessa ja on tärkeää, että vaaratapahtumailmoitukset käsitellään hoitohenkilökunnan kanssa. Pidämme tärkeänä, että johto on kiinnostunut potilasturvallisuudesta ennen kuin vaaratapahtumia sattuu. Ilmoitusten käsittely hoitohenkilökunnan kanssa ja niiden perusteella tehdyt muutokset olisi hyvä käydä läpi, jotta hoitohenkilökunta osaisi toimia potilasturvallisuutta vaarantamatta.

9.1 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Tutkimuksen luotettavuutta on pyrittävä arvioimaan, sillä tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat siitä huolimatta, että virheiden syntymistä pyritään välttämään. Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on käytettävissä erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen tulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta esimerkiksi siten, että kaksi eri arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, jolloin tulokset ovat realiaabeleita. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Validius tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä eli onko tutkimusmenetelmä pätevä mittaamaan juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validius käsittää kuvauksen, sekä siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuuden eli tarkastelee selityksen luotettavuutta. Validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. Triangulaatio tarkoittaa tutkimusmenetelmien yhteiskäyttöä. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa, että tutkimuksen aineistonkeruuseen, sekä tulosten analysointiin ja tulkintaan osallistuu useampi tutkija. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.)

Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Kaikki vaiheet on tuotava esiin ja aineiston tuottamisen olosuhteet kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. Laadullisen aineiston analyysissa luokittelujen tekeminen on keskeisessä roolissa. Luokittelujen perusteet ja niiden alkujuuret, sekä tulkintojen ja päätelmien perusteet olisi kerrottava lukijalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.)

Opinnäytetyössä kerrottiin aineiston hausta, sekä tutkimusten valitsemisesta ja niiden käsittelemisestä. Kerrottiin myös miten tutkimustulokset on saatu ja mitä välivaiheita on käytetty ennen sitä.

Reliaabelius toteutui opinnäytetyössä, sillä tutkimustuloksiin saadut seikat toistuivat opinnäytetyöhön käytetyissä eri tutkimuksissa ja eri tutkimuksissa tuli esiin samanlaisia asioita.

Opinnäytetyön voidaan katsoa olevan validi niillä perusteilla, että menetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta ja opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä kirjallisuuden avulla potilasturvallisuutta vaarantaviin tekijöihin. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tiivistettiin aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksia ja näin saatiin olennaisia asioita esille valitusta aiheesta. Tutkimusmenetelmä oli pätevä mittaamaan sitä, mitä oli tarkoituskin. Opinnäytetyön validiutta lisää se, että tutkimusaineiston keräämiseen, sekä tulosten analysointiin on osallistunut kaksi henkilöä.

Mäkinen (2006, 172–173) määrittelee, että tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja tulokset luotettavia ja uskottavia, mikäli tutkijat ovat noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään käytäntöön kuuluvat muun muassa: yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen tutkimustyössä, sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa, tutkijat käyttävät tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, tutkijat ottavat huomioon muiden tutkijoiden saavutukset ja antavat niille arvoa oman tutkimuksen tuloksia julkaistaessaan ja tutkimus on suunniteltu ja toteutettu yksityiskohtaisesti.

Työn voidaan katsoa olevan myös eettinen, sillä työssä käytettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen mukaisia hakumenetelmiä.

Opinnäytetyöraportissa kerrotaan yksityiskohtaisesti, miten tiedonhaku on tehty ja miten tuloksia on arvioitu.

9.2 Jatkotutkimusehdotukset

Käytettyjen tutkimusten perusteella huomattiin, että suomalaisia tutkimuksia, koskien potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla, ei ole tehty paljon. Myöskään vaaratapahtumaraporttien hyödynnettävyydestä tai käyttöasteesta päivystyspoliklinikalla ei ole tehty tutkimuksia.

Jatkotutkimuksena voisi tehdä kyselytutkimuksen, jossa selvitetään potilaiden mielipiteitä potilasturvallisuuden toteutumisesta päivystyspoliklinikalla.

Varteenotettava vaihtoehto voisi olla tutkia potilasturvallisuuden toteutumista päivystyspoliklinikalla johdon näkökulmasta. Toisena ehdotuksena on tehdä

kyselytutkimus vaaratapahtumaraporttien hyödyntämisestä päivystyspoliklinikalla tai siitä, miten paljon päivystyspoliklinikoilla vaaratapahtumaraportteja ehditään täyttää.

LÄHTEET

Andersen, P., Jensen, M., Lippert, A. & Østergaard, D. 2010. Identifying non-technical skills and barriers for improvement of teamwork in cardiac arrest teams [viitattu 28.10.2014]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0300957210000730/1-s2.0-S0300957210000730-main.pdf?_tid=7c7bcce4-6047-11e4-953f-00000aab0f6b&acdnat=1414682267_a97322aad0cee33a02cf8a0e4d5f4e1a

Aaltonen, M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Tammerprint Oy.

Bagnasco, A., Tubino, B., Piccotti, E., Rosa, F., Aleo, G., Di Pietro, P., Sasso, L., Passalacqua, D. & Gambino, L. 2012. Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department [viitattu 22.10.2014]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S1755599X12000924/1-s2.0-S1755599X12000924-main.pdf?_tid=78ccf3ea-635b-11e4-98eb-00000aacb35f&acdnat=1415020704_a6911b96dab4b1ba1ffb8c8af81bdb96

Calder, L., Forster, A., Nelson, M., Leclair, J., Perry, J., Vaillancourt, C., Hebert, G., Cwinn, A., Wells, G. & Stiell, I. 2010. Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study [viitattu 20.10.2014]. Saatavissa: <http://cjem-online.ca/v12/n5/p421>

Carthey, J. 2010. Implementing human factors in healthcare. `How to` guide [viitattu 21.10.14]. Saatavissa: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/Intervention-support/Human%20Factors%20How-to%20Guide%20v1.2.pdf>

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOYpro Oy.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. [verkkojulkaisu]. Helsinki [viitattu: 4.11.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Fordyce, J., Blank, F., Pekow, P., Smithline, H., Ritter, G., Gehlbach, S., Benjamin, E. & Henneman, P. 2003. Errors in a busy emergency department [viitattu 28.10.2014]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0196064403003986/1-s2.0-S0196064403003986-main.pdf?_tid=51ea882e-6053-11e4-a80c-00000aab0f01&acdnat=1414687350_3dbb1db25bd0bda2669c12fa2f094d5d

Freund, Y., Goulet, H., Bokobza, J., Ghanem, A., Carreira, S., Madec, D., Leroux, G., Ray, P., Boddaert, J., Riou, B. & Hausfater, P. 2012. Factors associated with adverse events resulting from medical errors in the emergency department: two work better than one [viitattu 31.10.2014]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0736467912015855/1-s2.0-S0736467912015855-main.pdf?_tid=198b585a-61f2-11e4-afe4-00000aacb35d&acdnat=1414865496_2153238288d74579ba274d4de5138b2a

Helovu, A., Kinnunen, M., Leino-Kilpi, H., Mustajoki, P., Oedewald, P., Peltomaa, K., Pietikäinen, E., Reiman, T., Ruuhilehto, K. & Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hoitoon liittyvien infektioiden esiintyvyys Suomessa 2011. Alkuperäistutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 28..10.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/attachments/Infektiotaudit/siro/Hoitoon_liittyvien_infektioiden_esiintyvyys_2011.pdf

Keskeisiä käsitteitä. 2011. Laatu ja potilasturvallisuus. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu: 3.11.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/sanasto/keskeisia-kasitteita>

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas [viitattu: 2.11.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%204.pdf>

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoitoprosessi päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim) Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus, 70-74.

Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto [viitattu 20.10.2014]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence=1>

Källberg, A., Göransson, K., Florin, J., Östergren, J., Brixey, J. & Ehrenberg, A. 2014. Contributing factors to errors in Swedish emergency departments [viitattu: 20.10.2014]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S1755599X14002997/1-s2.0-S1755599X14002997-main.pdf?_tid=00e93da6-67df-11e4-b789-00000aacb361&acdnat=1415517001_ae8141f1d3efa3c111d8a9a0d45c59b0

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Gummerrus kirjapaino Oy.

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 20.10.2014]. Saatavissa:

http://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf

Saaranen-Kauppinen, A & Puusiniikka, A. 2006. KvaliMOTV-menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 23.3.2014] Saatavissa:

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. [viitattu: 23.3.2014] Saatavissa:

https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.uva.fi%2Fmateriaali%2Fpdf%2Fisbn_978-952-476-349-3.pdf

Sarste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto [viitattu: 22.9.2014]. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120469/urn_nbn_fi_uef-20120469.pdf)

[20120469/urn_nbn_fi_uef-20120469.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120469/urn_nbn_fi_uef-20120469.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7 [viitattu: 2.10.2014]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-30728.pdf

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. [viitattu: 2.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi [viitattu 20.10.2014]. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Tighe, C., Woloshynowych, M., Brown, R., Wears, B. & Vincent, C. 2005. Incident reporting in one UK accident and emergency department [viitattu: 21.10.2014]. Saatavissa: http://ac.els-cdn.com/S0965230205000780/1-s2.0-S0965230205000780-main.pdf?_tid=7ad1fcf4-67e7-11e4-8857-00000aab0f6b&acdnat=1415520642_8c2c94f822281a2fbae251a654e0e822

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Vantaa: Tammi

Vainionperä, J. 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla. Kyselytutkimus päivystyspoliklinikoiden henkilöstölle. Pro gradu -tutkielma [viitattu: 15.9.2014]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120568/urn_nbn_fi_uef-20120568.pdf

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto [viitattu: 30.9.2014]. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/79695>

LIITTEET

Taulukko 3. Vainionperä. 2008. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla. Kyselytutkimus päivystyspoliklinikoiden henkilöstölle.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
”Vain pieni osa kaikista vastaajista (11,2 %) koki, että henkilökuntaa on riittävästi työmäärään nähden. Merkittävä osa (75,9 %) vastaajista koki olevansa eri tai täysin eri mieltä asiasta.”	Henkilökunnan määrä työmäärään nähden on monen mielestä liian vähäinen.	Henkilökunnan puute	Työnantajasta johtuvat syyt	Henkilökunnan puute ja kiire, sekä tilapäistyövoiman käyttö.
”Vastaajista 42,6 % oli samaa tai täysin samaa mieltä väitteestä, jonka mukaan henkilökunta teki yksikössään pidempiä työvuoroja kun olisi potilashoidon kannalta parasta. Lähes vastaava määrä vastaajista (44,4 %) koki olevansa eri tai täysin eri mieltä väittämästä.”	Osa henkilökunnasta on sitä mieltä, että työvuorot ovat pidempiä kuin potilashoidon kannalta olisi parasta	Liian pitkät työvuorot		
”Vastaajista noin kolmannes (35,8 %) koki, että työyhteisössä käytetään enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi potilashoidon kannalta parasta.” ”Yli kymmenen vuotta ammatissaan toimineiden ryhmässä 50 % vastaajista oli eri tai täysin eri mieltä asiasta (p=0,003), kun taas vähemmän aikaa ammatissaan toimineista 52 % koki olevansa samaa tai täysin samaa mieltä tilapäistyövoiman käytön ongelmasta potilashoidolle.”	Tilapäistyö-voimaa käytetään monen työntekijän mielestä enemmän kuin potilashoidon kannalta oli parasta.	Henkilöstöresurssien vähyys		
”Vastaajista merkittävä osa (74 %) koki, että yhteisössä työskennellään ”kuin viimeistä päivää” yrittäen tehdä liian paljon liian nopeasti.”	Työskennellään liian nopeasti ja yritetään tehdä enemmän kuin pystytään.			
”Vastaajista 31,5 % koki, että potilasturvallisuutta ei vaaranneta koskaan sen vuoksi, että yksikössä saataisiin enemmän töitä tehtyä. Vastaajista 38,9 % oli asiasta eri tai täysin eri mieltä, ja hieman alle kolmannes vastanneista koki asian vaikeaksi sanoa.”	Usean työntekijän mielestä potilasturvallisuus vaarannetaan, jotta saataisiin tehtyä enemmän töitä.	Kiire		