

+

Anu Lepistö

VAARATAPAHTUMAT NÄKYVIKSI

**Toimintaohje vaaratapahtumailmoitukseen ja sen käsittelyyn Kitinkan-
nuksen kuntoutuslaitoksessa**

Opinnäytetyö

CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma, YAMK

Maaliskuu 2018

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Maaliskuu 2018	Tekijä/tekijät Anu Lepistö
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, Ylempi AMK		
Työn nimi VAARATAPAHTUMAT NÄKYVIKSI Toimintaohje vaaratapahtumailmoitukseen ja sen käsittelyyn Kitinkannuksen kuntoutuslaitoksessa		
Työn ohjaaja Yliopettaja TfT Annukka Kukkola	Sivumäärä 39+4	
Työelämäohjaaja Toimitusjohtaja Katri-Helena Syri		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää toimintaohje vaaratapahtumailmoitusten kirjaamiseen ja niiden käsittelyyn. Tavoitteena oli, että toimintaohjeen avulla henkilökunta ymmärtää vaaratapahtumailmoitusten merkityksen potilasturvallisuudessa ja sitoutuu kirjaamaan vaaratapahtumia. Tavoitteena oli myös, että esimiehet toimivat jatkossa toimintaohjeen mukaisesti vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä. Säännöllisellä käsittelyllä voidaan kehittää koko organisaation turvallisuuskulttuuria. Opinnäytetyö toteutettiin Kitinkannuksen kuntoutuslaitoksessa.</p> <p>Toimintaohje laadittiin potilasturvallisuuden näkökulmasta konstruktivisen tutkimuksen lähestymistapaa noudattaen. Toimintaohje rakentui hoito-osaston ja kuntoutusosaston henkilökunnalle tehdyn avoimen kyselytutkimuksen ja aikaisemman teorian perustalle. Kyselytutkimuksen tarkoitus oli selvittää henkilökunnan käsityksiä vaaratapahtumaraportoinnista. Kyselyyn vastasi 17 työntekijää.</p> <p>Kyselyn tuloksista ilmeni, että vastaajat kokivat epätietoisuutta siitä, milloin ilmoitus tuli tehdä. Myös yhtenäisten ohjeistuksen puuttuminen vaikutti vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen negatiivisesti. Epätietoisuus ilmoitusten käsittelystä ja ilmoituksen tuomista vaikutuksista koettiin vähentävän ilmoitusten tekemistä. Vastaajat kokivat, että käsittelemällä ilmoitukset yhdessä avoimesti ja syyllistättä niistä voidaan oppia ja kehittää turvallisuuskulttuuria.</p> <p>Opinnäytetyön kehittämisosana kehitettiin tutkimustulosten ja teorian perusteella toimintaohjeet vaaratapahtumaraportoinnille yhteistyössä ohjausryhmän kanssa. Toimintaohje sisälsi kirjalliset ohjeet vaaratapahtumailmoituksen tunnistamisesta ja ilmoituksen sisällöstä. Esimiehille ohje tarjosi käsittelyn yhtenäiset toimintaohjeet. Toimintaohjeet esitettiin kohderyhmälle kahdessa eri koulutustilaisuudessa, joiden lopussa pidettiin ideariihä vaaratapahtumalomakkeen sisältötarpeista. Koulutustilaisuuksien jälkeen vaaratapahtumalomake muokattiin ideariihessä syntyneiden tarpeiden mukaan.</p> <p>Toimintaohjetta voidaan soveltaa kaikissa organisaatioissa, joissa halutaan hyödyntää vaaratapahtumailmoituksia potilasturvallisuuden kehittämisessä</p>		
Asiasanat potilasturvallisuus, turvallisuuskulttuuri, vaaratapahtumaraportointi		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date Mars 2018	Author Anu Lepistö
Degree programme Master of Social and Health Care		
Name of thesis MAKING PATIENT SAFETY INCIDENTS VISIBLE Guidelines for reporting on and processing patient safety incidents at Kitinkannus Rehabilitation Center		
Instructor Principal Lecturer, D.Sc Annukka Kukkola	Pages 39+4	
Supervisor Managing Director, Katri-Helena Syri		
<p>The aim of this thesis was to develop a code of conduct for recording and processing hazard incidents. The aim was to help the staff understand the significance of hazardous events in patient safety and commit themselves to record incidents. The objective was also that the supervisors will work in the future in accordance with the Code of Conduct in dealing with hazard incidents. Regular handling can be used to develop the security culture of the organization as a whole. The thesis was carried out at the Kitinkannus rehabilitation facility.</p> <p>The guidelines were drawn from the point of view of patient safety in accordance with the constructive research approach. The Code of Practice was based on the open survey and the previous theory for the staff of the care department and the rehabilitation department. The purpose of the survey was to find out the perceptions of the personnel about the hazard event reporting. The questionnaire was answered by 17 employees.</p> <p>The results of the survey showed that the respondents felt uncertain when the announcement was to be made. Also the lack of consistent guidance had a negative impact on the reporting of the hazard event. The uncertainty about the processing of notifications and the impact of the notification was felt to reduce the number of notifications. The respondents felt that, together, handling the notices openly and unconditionally, they could learn and develop a security culture.</p> <p>The development part of the Bachelor's Thesis was based on the results of the research and the theoretical knowledge of the operational instructions for the hazard event reporting in co-operation with the steering group. The policy contained written instructions for identifying the hazard event notification and the contents of the notification. Guidelines for supervisors provided a unified approach to handling the operating instructions. The guidelines were presented to the target group at two training sessions, at the end of which an idea of the content requirements of the event event was held. After the training sessions, I modified the risk event manifesto according to the needs of the ideal person, and I made a form for the event announcements.</p> <p>The model can be applied to all organizations that want to take advantage of event reporting in patient safety development.</p>		
Key words patient safety, safety culture, adverse event reporting		

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTI POTILASTURVALLISUUDESSA	4
2.1 Turvallisuuskulttuuri.....	4
2.2 Potilasturvallisuus	5
2.2.1 Laiteturvallisuus.....	8
2.2.2 Lääkehoidon turvallisuus	8
2.2.3 Hoidon turvallisuus.....	9
2.2.4 Vaaratapahtumailmoituksen hyödyntäminen potilasturvallisuuden kehittämisessä ..	10
2.3 Yhteenveto opinnäytetyössä käytetyistä keskeisistä käsitteistä	12
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	14
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	15
4.1 Toimintaympäristön esittely	15
4.2 Opinnäytetyöprosessin eteneminen	15
4.3 Konstruktiivinen tutkimus	17
4.4 Aineistoin keruu ja analyysi.....	18
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	20
5.1 Vastaa- jien käsityksiä vaaratapahtumailmoitusten raportoinnista	20
5.2 Vaaratapahtuma raportointiin vaikuttavat asiat.....	21
5.3 Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn merkitys turvallisuuden kehittämisessä	22
5.4 Toimintaohjeen luominen vaaratapahtumaraportoinnille	23
6 POHDINTA	27
6.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta	27
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	29
6.3 Opinnäytetyön eettisen näkökulmat.....	31
6.4 Ammatillinen kasvu opinnäytetyön aikana	33
6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimus mahdollisuudet.....	34
LÄHTEET	35
LIITTEET	
KUVIOT	
KUVIO 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet	7
KUVIO 2. Opinnäytetyön prosessin kulku	16
KUVIO 3. Kitinkannuksen toimintaohje vaaratapahtumailmoituksiin ja niiden käsittelyyn	26

1 JOHDANTO

Laadukkaan, hyvän ja vaikuttavan hoidon tärkeä elementti on korkeatasoinen potilasturvallisuus. Suomessa terveydenhuollon ammattilaiset saavat korkealaatuisen koulutuksen, joka ei silti takaa, etteikö inhimillisiä virheitä voi tapahtua. Ympäri maailmaa kerätyt tiedot osoittavat, että 5–10 prosenttia sairaalahoitoon tulevista asiakkaista kokee jonkinasteista häiritsevää tapahtumaa hoitoonsa liittyen. On arvioitu, että noin prosentilla näistä häiritsevä on vakava, mikä tarkoittaa pysyvää häiritsevää terveydentilaan tai kuolemaa. Suurin osa asiakkaalle häiritsevää tapahtuvista virheistä olisi voinut estää paremmalla työsuunnittelulla ja käytännöllä sekä turvallisuutta tukevalla toimintaympäristöllä, jotka on hyväksi todettu. (Snellman 2009, 29–30.)

Potilasturvallisuutta tukevaa työtä on maailmalla tehty jo kauan, mutta vuonna 1999 julkaistu Institute of Medicineen raportti ”To err is human” (Kohn, Corrigan & Donaldson 2000) pyrki entistä enemmän kiinnittämään huomiota maiden potilasturvallisuustyöhön. Julkaisu tuo esille kansallisen potilasturvallisuusriskien raportointikäytäntöjen vahvuuksia ja heikkouksia. Raportointijärjestelmien yhteisenä elementtinä on niiden käyttöönotto. Järjestelmällä pyritään vaikuttamaan riskienhallintaan ja hoidon laadun parantamiseen. (Doupi 2009, 8.)

Suomessa potilasturvallisuuteen alettiin kiinnittämään enemmän huomiota vuonna 2005 perustamalla sosiaali- ja terveysministeriön (STM) koordinoima ohjausryhmä. Hankeen tavoitteena oli saattaa potilasturvallisuusstrategia kansainväliselle tasolle Suomessa. Hankkeen avulla saatiin Suomeen vuosille 2009–2013 ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia, jonka tarkoituksena oli vahvistaa turvallisuuskulttuuria terveydenhuollon palvelujen toimintatavoissa. (STM 2009). Tämänhetkessä valtioneuvoston laatimassa potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa vuosille 2017–2021 painotetaan myös asiakkaan roolia potilasturvallisuuden kehittäjänä. (STM 2017.)

Suomessa potilasturvallisuuden tärkeys on huomioitu myös terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326), jonka yhtenä tarkoituksena on taata palvelujen laadukkuus ja potilasturvallisuuden huomioiminen. Terveydenhuoltolain 8. §:n ja 4. momentin mukaan tulee nimetä vastuuhenkilöt, joiden tehtävänä on valvoa, että palvelulla on riittävät voimavarat toteuttaa laadukasta ja potilasturvallisuutta edistävää toimintaa. Henkilöstöjohtamisessa tulee ottaa huomioon avoin, turvallisuuskulttuuria tukeva sekä sen arvoja edistävä johtamisote. Turvallisuutta tukevaa toimintaa on henkilöstön riittävä perehdyttäminen sekä työyhteisön pyrkimys ennakoimaan mahdollisia turvallisuus- ja laatuongelmia. Tärkeää on, että turvallisuus-

riskit tunnistetaan ja ne pyritään hallitsemaan. Vaara- ja haittatilanteiden tunnistaminen ja niistä raportointi ovat keskeisiä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Niiden hyödyntäminen turvallisuuden parantamiseksi on jokaisen palvelutuottajan tehtävä. (STM 2011.)

Suomessa yleisin potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointijärjestelmä on HaiPro. Se on käytössä yli 200 yksityisessä ja julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä kautta maan. HaiPro on sähköinen järjestelmä, jonka järjestelmällisen raportointimenettelyn avulla käyttäjät voivat hyödyntää ilmoituksia turvallisuuskulttuurin kehittämiseksi. (HaiPro 2016.) HaiPro otettiin käyttöön vuonna 2007, jota edeltävästi vuonna 2006 julkaistiin potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Julkaisun tarkoituksena oli yhtenäistää ja määrittää vaaratapahtumailmoitusten raportointijärjestelmän termejä. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 7.) Suomessa on arvioitu, että vuositasolla asiakkaille tapahtumien haittojen kustannukset ovat 951 miljoonaa euroa. Haitoista, joissa asiakas on kuollut, kustannusta on tullut vuositasolla 590 miljoonaa euroa. Haittatapahtumailmoituksilla on organisaatioille myös kustannuksia säästävä merkitys, mikäli ilmoitusten perusteella voidaan ennalta ehkäistä haittatapahtumia. (Järvelin, Haavisto & Kaila 2010, 1123–1125.)

Opinnäytetyön kohdeorganisaationa toimii Kitinkannus, joka tarjoaa vaativaa kuntoutuslaitosta sekä hoivapalveluja ympärivuorokauden. Kitinkannuksessa ei ole HaiPro- järjestelmää käytössä, mutta jokainen työntekijällä on ilmoitusvelvollisuus potilasturvallisuuden vaarantuessa. Ilmoitus tehdään kirjallisesti esimiehelle. Vaaratapahtumaraportointi ei ole kuitenkaan toiminut parhaalla mahdollisella tavalla, koska ilmoituksia tehdään harvoin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää toimintaohje Kitinkannukselle vaaratapahtumailmoitusten sisällöstä ja käsittelyprosessista.

Opinnäytetyön toimintaohjeen tavoitteena on, että henkilökunta ymmärtää vaaratapahtumailmoitusten merkityksen potilasturvallisuudessa ja sitoutuu kirjaamaan vaaratapahtumia. Tavoitteensa on myös, että esimiehet toimivat jatkossa toimintaohjeen mukaisesti vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä. Toimintaohjeen avulla pystytään kehittämään koko organisaation turvallisuuskulttuuria. Turvallisuusjohtaminen korostuu sosiaali- ja terveysalalla tulevaisuudessa entistä enemmän, koska alalle tulevat palvelurakennemuutokset haastavat potilasturvallisuutta uudella tavalla. Asiakkaan palvelukokonaisuus rakentuu useista eri palvelujentarjoajista, jolloin turvallisen hoidon tulee säilyä koko hoitoketjun ajan. Tuleva muutos herätti myös oman mielenkiinnon aihetta kohtaan, koska nopeasti muuttuva toimintaympäristö luo uusia tarpeita myös turvallisuuskulttuurin kehittämisessä.

Vaaratapahtumaraportointia käsitellään tässä opinnäytetyössä potilasturvallisuuden kehittämisen näkökulmasta. Vaaratapahtumaraportoinnilla tarkoitetaan kaikkia niitä potilasturvallisuuteen liittyviä haittavaara- ja läheltä piti-tilanteita, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta.

2 VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINTI POTILASTURVALLISUUDESSA

Tietoperusta sisältää turvallisuuskulttuurin, potilasturvallisuuden sekä vaaratapahtumailmoituksen sisällön ja sen hyödynnettävyyden potilasturvallisuutta kehitettäessä. Teoriaosuudessa käsitellään myös tapahtumailmoituksen hyödynnettävyyttä potilasturvallisuutta kehitettäessä.

2.1 Turvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuuri muodostuu keinoista, joita organisaatio määrittelee turvallisuuden varmistamiseksi. Tahtotila sekä keinot ymmärtää turvallistaa toimintaa, toimintatavat vaarojen tunnistamiselle sekä niiden ennaltaehkäiseminen ovat turvallisuuskulttuurin keskeisimpiä tekijöitä. Organisaatiossa turvallisuuskulttuuri on muuttuva tila, johon vaikuttaa henkilökunnan kokemukset, asenteet ja toimintaprosessit. Turvallisuuskulttuuri on käsitteenä keskeinen terveydenhuollossa, koska ala tunnistetaan turvallisuuskriittiseksi. Turvallisuuskriittiseksi organisaatioksi luetaan sellainen organisaatio, jonka toimintaan sisältyy sellaisia uhka- ja vaaratekijöitä, jotka voivat hallitsemattomina vaarantaa ihmisen tai ympäristön turvallisuuden. (Reiman & Oedewald 2009, 9.) Mertanen (2015) kuvailee turvallisuuskulttuurin terveyden ja turvallisuuden ylläpitämisenä sekä niiden kehittämisenä. Perustana tälle on tahto, oikea asenne ja toiminta. (Mertanen 2015, 43.) Turvallisuuskulttuurin muodostumiselle keskeisiä ovat johtamisarvot. (Palukka 2010, 165). Hyvän turvallisuuskulttuurin keskeisimpänä tekijänä on johdon ja henkilöstön sitoutuminen. Toimintatapojen ja ohjeiden selkeys, aktiivinen viestintä ja osapuolten avoin keskustelu turvallisuudesta ovat turvallisuusjohtamisen tunnusmerkkejä. Koko organisaation ymmärrys turvallisuuskulttuurin sisällöstä ja merkityksestä on osa turvallisuusjohtamista. (Paasonen 2012, 96.)

Mannilan (2017) tutkimuksen mukaan turvallisuuskulttuuriin ja sen kehittämiseen vaikuttavat työntekijöiden kokemukset omista vaikutusmahdollisuuksista. Raportointi turvallisuuden uhista tulee näkyä uusien toimintatapojen kehittämisellä esimiehen johdolla. Tutkimuksessa ilmeni, että turvallisuusasioiden onnistumisista ja epäonnistumisista tulee syyllistämättä ketään osapuolta keskustella avoimesti, jotta oppimista ja turvallisuuskulttuurin syventämistä voi tapahtua. (Mannila 2017, 88.) Luottamuksen rakentamiseen ja turvallisuuteen voidaan vaikuttaa viestittämällä turvallisuuteen kuuluvista organisaation arvoista, strategisista tavoitteista, ja tällä tavoin auttaa henkilöstöä ymmärtämään oma roolinsa, jotta tavoitteet saavutettaisiin. (Fischer 2014, 50–51.)

Turvallisuuskulttuuri on toimintapa, jolla taataan asiakkaan saaman hoidon turvallisuus systemaattisella toiminnalla. Riskienhallinnalla ja niiden arvioimisella tuetaan turvallisuuskulttuuria. Riskeihin puuttuminen, analysointi sekä niiden ehkäisy ovat ensiarvoisen tärkeää haittatapahtumien minimoinnissa. Haittoja ja riskejä voidaan vähentää turvallisuuskulttuuria vahvistamalla, johon tulee ottaa jokainen työyhteisön jäsen mukaan. (STM 2009, 14.)

Vuosille 2009–2013 laadittiin Suomessa Terveiden ja hyvinvointilaitoksen koordinoima ensimmäinen kansallinen potilasturvallisuusstrategia, jonka tavoitteena oli kehittää potilasturvallisuutta sekä yhtenäistää terveydenhuollon eri toimijoiden periaatteita ja toimintoja turvallisuuskulttuuria vahvistaen. Vuonna 2011 terveydenhuoltolaki ja lain nojalla annetut asetukset vaativat toimijoita pohtimaan potilasturvallisuutta entistä tarkemmin. Tuleva maakunta- ja sote- uudistus tuo mahdollisuuden vahvistaa turvallisuuskulttuuria eri toimijoiden kesken. Tämä tiivistää yhteistyötä turvallisuutta vahvistaviin käytäntöihin, joilla saavutetaan laadukkaampaa ja turvallisempaa potilas- ja asiakasturvallisuutta. Vuoden 2017–2021 potilasturvallisuusstrategia painottaakin tuottajien yhtenäisiä prosesseja ja toimintatapoja. Turvalliset prosessit tuottavat arvoa potilaille ja asiakkaille sekä suojaavat heitä vaaratapahtumilta. (STM 2017, 12–16.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 painottaa myös potilaan oikeuksia olla yhdenvertaisena toimijana hoidon suunnittelussa ja sen turvallisessa toteuttamisessa. Potilaille tulee antaa riittävästi tietoa riskeistä päätöksenteon tueksi. Potilas- ja asiakasturvallisuutta sekä laatua parannetaan entistä tehokkaammalla riskienhallinnalla, jota arvioidaan ja kehitetään jatkuvana prosessina yhdessä palvelun saajan ja antajan kanssa. Uusia haasteita tuo tuleva asiakkaan valinnanvapaus, jossa hoidon järjestäminen saattaa hajaantua usealle eri palveluntuottajalle. Myös yhtenäisten sähköisten järjestelmien puutteellisuus tuo oman haasteensa turvallisuuskulttuurin kehittämiseen. Työn tehokkuus pienin resurssein ja työn tuottavuus eivät ole terveydenhuoltoalalla enää vieras käsite, vaan kilpailu asiakkaista ja alan nopea kehitys tuovat myös uusia näkökulmia potilas- ja asiakasturvallisuudessa. (STM 2017, 13–14, 20.)

2.2 Potilasturvallisuus

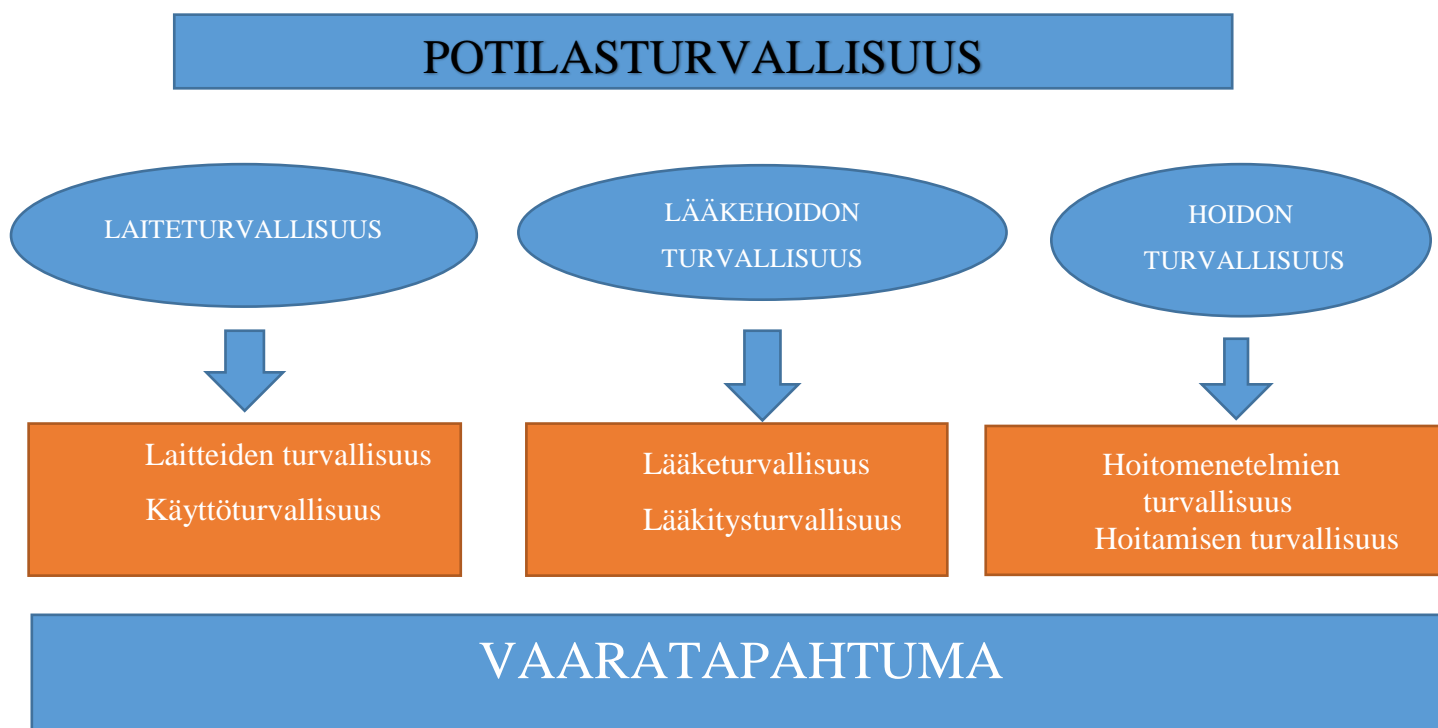
Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että asiakas saa oikeaa ja tarpeisiinsa vastaavaa hoitoa, josta koituu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on tärkeä osa sosiaali- ja terveydenhuollon

laatutyötä. Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen osa- alueeseen: laiteturvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja hoidon turvallisuus (KUVIO1). (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006.) Maailman terveysjärjestö WHO perusti vuonna 2004 World Alliance or Patient Safety Organisation-järjestön luodakseen yhtenäiset linjaukset potilasturvallisuustyölle. Tavoitteena oli tukea potilasturvallisuuskulttuurien kehittymistä sekä potilasturvallisuutta edistävien menetelmien tuomista käytäntöön. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 25.) Potilasturvallisuuden kehittämiseen on tehty kansainvälisesti jo vuosia tutkimustyötä. Yhdysvaltoja, Australiaa, Kanadaa, Uutta-Seelantia ja Iso-Britannia voidaan pitää edelläkävijämaina. Vuonna 1999 Institute of Medicine julkaisi raportin, jonka mukaan joka kymmenes potilas kohtaa hoitonsa aikana jonkinlaisen haittatapahtuman, josta jopa puolet olisi voitu estää. Pohjoismaista Tanska on potilasturvallisuuden edelläkävijä. Siellä potilasturvallisuutta ohjaa erillinen terveydenhuollon yksikkö, jonka alaisuudessa toimivat ammattilaiset, tutkijat ja potilastyön edustajat. Tanskassa aloitettiin myös kansallinen vaaratapahtumaraportointikäytännön kehittäminen sekä käyttöönotto. (Peltomaa 2011, 18–23.)

Potilasturvallisuutta on Suomessa ohjaamassa useita lakeja. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 8.§:ssä ohjeistetaan, että terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja sen toimintojen tulee olla näyttöön perustuvaa. Laki vaatii myös, että jokaisella terveydenhuollon yksiköllä tulee olla oma potilasturvallisuussuunnitelma, jota tulee valvoa ja kehittää. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) takaa, että asiakkaalla on oikeus laadukkaaseen hoitoon sekä asialliseen kohteluun taustoihin katsomatta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilasvahinkolain (585/1986) mukaan asiakkaalla on mahdollisuus saada korvauksia, mikäli hoidon yhteydessä sattuu henkilövahinkoja. (Potilasvahinkolaki 585/1986). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) turvaa sen, että asiakas saa hoitoa alan koulutuksen omaavalta henkilöltä, jonka velvollisuutena on myös ylläpitää omaa osaamistasoaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Suomessa potilasturvallisuustyö ja sen esille tuominen on melko uusi asia. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2009 Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009–2013 kansallisessa potilasturvallisuuskonferenssissa. Sen tavoitteena oli muun muassa parantaa potilasturvallisuutta sekä luoda vaaratapahtumaraportoinnista käytännön, jonka avulla voidaan oppia. Uusin julkaisu potilasturvallisuusstrategiasta on laadittu tammikuussa 2017. Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa 2017–2021 painotetaan uutena elementtinä muun muassa johdon vastuunottoa potilasturvallisuudesta. Potilasturvallisuusajattelun tulee tukea myös taloudellisia päätöksiä sekä vaikuttaa henkilöstön, resurssien ja työolosuhteiden suunnitteluun. (STM 2017, 22–23.)

Potilasturvallisuusriskin arvioinnilla tarkoitetaan potilaan turvallisuuteen vaikuttavien vaarojen tunnistamista, vaaratilanteista aiheutuneiden riskien suuruuden määrittämistä ja riskeistä syntyvien merkitysten arviointia. Riskienhallinta perustuu siihen, että organisaatio tunnistaa toimintaan vaikuttavia vaaroja. Riskien arviointi tehdään vaaratilanteista ja turvallisuuspoikkeama ilmoitusten kautta saadusta tiedosta. Riskienarviointi tulee olla säännöllistä ja jatkuvaa. Vaaratapahtuma potilasturvallisuudessa liittyvät usein hoitoprosesseihin, ympäristön tai toimintatavoista aiheuttamiin riskeihin. Hoitoprosesseissa on puutteelliset ohjeistukset tai toimintaohjeet puuttuvat kokonaan. Työympäristössä saattaa olla puutteelliset työtilat, jotta siinä voidaan turvallisesti toimintaa harjoittaa tai suuri melu häiritsee työn tekemistä turvallisesti. Tiedonsiirto toimintatapana on katkonainen tai sähköiset järjestelmät ovat puutteellisia dokumentoimaan riittävästi, jotta ne tukisivat turvallista hoitoa. (Helovuo, Kinnunen, Kuosmanen & Peltomaa 2015, 7–12.)



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet. (mukailten Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

2.2.1 Laiteturvallisuus

Laiteturvallisuus on yksi tärkeä osa potilasturvallisuutta. Laiteturvallisuus sisältää laitteiden ja tarvikkeiden käytön sekä niiden käyttöominaisuuksien turvallisuuden. Lainsäädäntövalta terveydenhuollon laitteilla on EU:n neuvostolla ja parlamentilla. EU:n jäsenvaltioilla on oma viranomainen (Competent Authority), joka valvoo asianmukaista laiteturvallisuutta. Suomessa viranomaisena toimii Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Laitteita ja tarvikkeita koskevan lainsäädäntävastuu on Suomessa sosiaali- ja terveysministeriöllä. (Ståhlberg 2015, 18, 22.)

Terveydenhuollossa tekniset laitteet lisääntyvät ja niiden hallittavuus voi olla haastavaa. Jokainen laite vaatii omaa erikoisosaamista. Erityisesti lääkinnällisten laitteiden käyttö on hyödyllistä asiakkaan hoidossa, mutta niiden käyttö lisää myös riskejä. (Helovuola ym. 2015, 10.) Tärkeää turvallisessa laitteiden käytössä on se, että käyttäjä tiedostaa, mihin tarkoitukseen laitetta asiakkaan hoidossa käytetään ja mitä vaikutuksia laitteen avulla pyritään saamaan. Näin pystytään paremmin havaitsemaan ongelmatilanteet laiteturvallisuudessa. Laitekoulutuksia tulee työpaikoilla järjestää säännöllisesti, jotta edellä mainitut taidot harjaantuvat laitteen käyttäjillä. (Swayze & Rich 2012.)

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista velvoittaa organisaatiota laatimaan ja päivittämään laite-rekisteriä, jossa ilmenee laitteen turvallisen käytön kannalta tärkeät tiedot sekä laitteen turvallisuudesta vastaava henkilö. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010). Laitteen valmistajalla on vastuu laitteen toimivuudesta ja turvallisuudesta niin kauan kuin kyseistä laitetta käytetään, mikäli käyttö on ollut asianmukaista. (Seitsonen 2013, 179). Laitteen käyttäjällä on velvollisuus toimia valmistajan antamien ohjeiden mukaan. (Lindh & Heinonen 2012, 16). Ruukilehto (2009) korostaa, että riittävä koulutus ja asianmukainen perehdyttäminen tukevat potilasturvallisuutta kokonaisuudessa. Laitteiden käyttöohjeet tulee olla helposti saatavilla ja päivitettyinä. (Ruukilehto 2009, 155.)

2.2.2 Lääkehoidon turvallisuus

Potilasturvallisuuteen kuuluu lääkehoidon turvallisuus. Se voidaan jakaa lääketurvallisuuteen ja lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus kattaa itse lääkevalmistukseen liittyvät turvallisuustekijät. Lääkitysturvallisuus tarkoittaa lääkkeiden käyttöön liittyviä turvallisuusasioita, jotka organisaation sisällä on hyväksi havaittu. Niiden tavoite on varmistaa turvallinen lääkehoito ja minimoida asiakkaaseen kohdistuvat riskit. (Ahonen & Hartikainen 2013, 12, 237–238). Lääkitysturvallisuuden suurimpia uhkia ovat

asiakkaan vähäinen osallistuvuus omaan hoitoonsa sekä lääkehoidon kapea koordinointi. Lääkehoitoa tulee kehittää organisaatioissa kattavilla lääkehoidonsuunnitelmalla, jotta esimerkiksi lääkepoikkeavuudet minimoituisivat. Tärkeänä on myös raportoida poikkeavuuksista ja kehittää toimintaa niiden kautta. (STM 2011, 27–28.)

Valvira julkisti puolivuotisraportin (2015), jossa havaittiin etenkin lääkehoidon toteutukseen liittyviä turvallisuusriskejä. Puutteita on etenkin lääkkeiden turvallisessa säilytyksessä ja hävittämisessä. (Valvira puolivuotisraportti 2015, 5.) Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen (2013) tutkivat lääkepoikkeamien ehkäisyä. Aineistona he hyödynsivät yliopistollisen sairaalan HaiPro- ohjelman antamia lääkepoikkeavuusilmoituksia. Tulokset kertoivat, että lääkehoidon toteuttamisessa haasteena ovat muuttuvat työtehtävät ja rajatut lääkkeenmääräämisluvut. Turvallisen lääkehoidon kulmakiviä onkin riittävä tiedottaminen sekä tiivis vuorovaikutus organisaatioiden, työntekijöiden ja asiakkaan välillä. Huomioimalla nämä koko lääkehoidon prosessin ajan, voitaisiin ennaltaehkäistä jopa puolet nykyisestä. (Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2013, 49–51.) Sneck (2016) tutki väitöskirjassaan sairaanhoitajien lääkehoidon osaamista ja osaamisen varmistamista. Tutkimustuloksissa ilmeni, että säännöllinen lääkehoidon osaamisen varmistaminen vahvistaa ja kehittää organisaation lääketurvallisuutta. Etenkin sairaanhoitajilla on keskeinen rooli lääkitysturvallisuuden ylläpitäjänä. Tutkimus vahvisti, että osaaminen lääkityspoikkeavuuksista ilmoittamiseen on hyvin tärkeää, jotta virheistä voitaisiin oppia. (Sneck 2016, 89, 96.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa on säädetty laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, johon yhtenä osana kuuluu myös lääkehoitosuunnitelma. Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on ohjata terveydenhuollon yksiköitä turvallisessa lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkehoitosuunnitelma on osa henkilöstön perehdytystä sekä lääketurvallisuuden varmistamista. Siinä tuodaan esille keskeisimmät riskitilanteet, jotka voivat uhata lääketurvallisuutta. Niiden välttämiseksi tulee tehdä turvallisuutta tukevia toimenpiteitä ja kehittää lääkehoitoon liittyviä prosesseja moniammatillisesti. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 12–14.)

2.2.3 Hoidon turvallisuus

Hoidon turvallisuus on keskeinen osa potilasturvallisuutta. Hoidon turvallisuus koostuu asiakkaan oikeasta hoidosta oikeaan aikaan, mistä taas seuraa asiakkaan terveydentilan kohentumista. Hoidon turvallisuus sisältää hoitomenetelmien turvallisuuden ja hoitamisen turvallisuuden. (Stakes ja Lääkehoidon ke-

hittämiskeskus ROHTO 2006, 5). Hoidon täyttäessä laatukriteerit mahdollisimman hyvin se on tehokasta ja turvallista. Vaatimukset ja odotukset hoidolle täyttyvät ja asiakas saa tarvitsemaansa hoitoa, joka perustuu tutkittuun tietoon. Hoito on näyttöön perustuvaa ja siinä hyödynnetään parasta saatavilla olevaa tietoa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Turvallisessa hoidossa riskimahdollisuudet minimoidaan. Hoidon tavoitteet saavutetaan niillä mahdollisilla resursseilla, jotka ovat käytössä, mikä taas on kustannustehokasta. Hoidon turvallisuuteen sisältyy myös eettisiä piirteitä, kuten oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Suomessa lainsäädäntö, asetukset ja alan suositukset ohjaavat ja valvovat, että hoito on laadukasta, asianmukaista ja turvallista. (Leinonen, Pekurinen, Rääkkönen 2008, 19.)

Henkilökunnan osaamisella ja työprosessien toimivuudella on myös yhteys hoidon laatuun ja sen turvallisuuteen. Ammattiosaamiseen sisältyy, että palvelun antajalla on riittävä osaaminen, joka perustuu tieteelliseen näyttöön. Palvelussa tulee korostua hyvät ammattiarvot ja eettiset periaatteet. Palvelun tulee olla vuorovaikutukseltaan toista kunnioittavaa. Johtamisella on keskeinen vaikutus koko organisaation sitoutumiselle työtehtäviin sekä innokkuuteen kehittää työtä entistä turvallisempaan suuntaan. Työntekijän perehdyttäminen, työolojen kehittäminen, toimivat laitteet, riittävät resurssit sekä toimivat prosessit ovat tärkeitä elementtejä turvallisessa hoidossa. (Räsänen & Meretoja 2013, 102–105.)

Turvalliseen hoitoon sisältyy myös poikkeamista raportointi ja hoitokäytäntöjen kehittäminen niiden avulla entistä turvallisempaan suuntaan. (STM 2017, 17). Terveystieteiden tutkimuksissa henkilöiden virheiden taustalla on usein hoitotyön prosessiin, yksikön toimintatapoihin tai työympäristöön liittyvä vaara. Vaaratapahtumien ennaltaehkäisemisen tavoitteena tulisi olla koko hoitotyön prosessin ja toimintaympäristön muuttaminen niin, että virhemahdollisuus minimoituisi. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 63–64.)

2.2.4 Vaaratapahtumailmoituksen hyödyntäminen potilasturvallisuuden kehittämisessä

Kansallisen potilasturvallisuusstrategian yksi tavoitteista on vaara- ja poikkeamienraportointi ja niistä oppiminen. Sosiaali- ja terveyshuollon organisaatiolla tuli olla vuoteen 2013 mennessä ohjeet, kuinka vaaratapahtumista ja poikkeamista raportoidaan sekä ohjeet niiden käsittelylle ja seurannalle. (STM 2009.) Vaaratapahtuma on asiakkaalle tapahtuva toiminta, joka uhkaa hänen turvallisuuttaan. Voidaan myös puhua haittatapahtumasta. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006, 5.) Kansainvä-

lisen määritelmän mukaan vaaratapahtuma voi olla myös haitta, joka ei varsinaisesti liity potilaan sairauteen, vaan jonka lääketieteellinen hoito on saanut aikaan. (Helovuo ym. 2012, 16). Myös poikkeama tai virhe voi johtaa itse vaaratapahtumaan. Poikkeamalla tarkoitetaan terveydenhuoltoalan hoitotarvikkeeseen ja käytössä olevaan toimintajärjestelmään liittyvää tai itse toimintaympäristössä tapahtuvaa toimintaa, joka on suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma. Tästä voidaan käyttää myös virheilmaisua. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6; Aaltonen & Rosenberg 2012, 13.)

Vaaratapahtumaraportointijärjestelmistä HaiPro on käytetyin Suomessa. (HaiPro 2016). Se on lyhenne sanoista ”haittatapahtumien raportointiprosessin kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa”. Vaaratapahtuminen raportoinnin tavoitteena on tukea ja kehittää potilasturvallisuutta. Raportoinnin avulla saadaan tietoa vaaratilanteen tunnistamisesta sekä toimintatapojen korjaamisesta. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 118, 260.) HaiPro- raportointimenettely on tietoteknillinen järjestelmä, jossa ilmoittaminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Ilmoittaminen on luottamuksellista, eikä sen avulla haeta syyllisiä tapahtuneeseen. Järjestelmä on käytössä yli 200 eri sosiaali- ja terveystalouden yksikössä. (HaiPro 2016.)

Kitinkannuksessa ei ole käytössä HaiPro- raportointijärjestelmää. Vaaratapahtumat ja läheltä piti- ilmoitukset tehdään erillisellä lomakkeella. Lomake on tehty vuonna 2011 työsuojelutoimikunnan toimesta. Lomake tulostetaan tyhjänä ja ilmoittaja täyttää mahdollisimman tarkkaan tapahtuneen ja siitä koituneet mahdolliset haitat tai vahingot. Ilmoittaja voi myös tuoda oman näkemyksen, kuinka tilanne olisi voinut olla estettävissä. Lomake toimitetaan esimiehelle. Esimies täyttää lomakkeeseen, mitä toimenpidemuutoksia tulee tehdä sekä aikatauluttaa muutoksen. Esimiehellä on myös velvollisuus valvoa, että tarvittavat muutokset tulee käytäntöön annetussa aikataulussa.

Vaaratapahtumailmoitusten käsittelylle tulee olla selkeät menettelytavat, jotta niistä voidaan oppia ja kehittää turvallisuuden hallintaa organisaatiossa. (Kinnunen, Keistinen Ruuhilehto & Ojanen 2009, 16.) STM (2008) tekemän selvityksen mukaan aktiivinen vaaratapahtumailmoitusjärjestelmä edistää avoimuutta ja vie työilmapiiriä keskusteltavammaksi. Henkilökunnan riskitietoisuus lisääntyi ja yhteistyö organisaation sisällä sekä viestintä parani. (STM 2008, 39–40.) Vanhasasi-Huidan (2008) tutkimustulokset vahvistavat, että esimies nousee tärkeäksi yhdyshenkilöksi vaaratapahtumaraporttien vastaanottajana, käsittelijänä, tiedottajana ja kehittäjänä. (Vanhasasi-Huidan 2008, 44–45.) Seppälän (2011) tutkimuksen mukaan, myös esimiehet kokivat oman roolinsa tärkeäksi potilasturvallisuuskulttuurin kehittäjänä. (Seppälä 2011, 47.)

Sarsteen (2012) Pro gradu- tutkielman tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa vaaratapahtumailmoituksesta saadun tiedon hyödynnettävyydestä. Tutkimustuloksista ilmeni, että syyllistämättömyys, prossien muuttaminen ilmoitusten perusteella sekä palautteen antaminen ilmoittajalle edistävät vaaratapahtumailmoitusten hyödynnettävyyttä. Hidas ja tehoton ilmoitusten käsittelyprosessi, tilanteiden vähättely ja salailu vaikuttavat negatiivisesti henkilöstön asenteeseen vaaratapahtumailmoituksia kohtaan. (Sarste 2012, 22, 34–36.) Kinnusen (2010) väitöskirjan tuloksissa ilmenee, että virheisiin tarttuminen ja niistä oppiminen eivät kohtaa käytännössä. Tämä johtuu kiireestä, virheiden huomiotta jättämisestä, keskustelun puutteesta sekä vastuunottamisen puutteesta. (Kinnunen 2010, 144.) Ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttaa myös organisaatiossa käytössä oleva ilmoituskulttuuri, johon esimiesten aktiivisella työotteella voidaan vaikuttaa positiivisesti. (Kuisma 2010, 52.)

Niemi-Himangan (2014) ja Hämeenkorven (2017) opinnäytetöiden tuloksissa tuli esille, että vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä esimiehen rooli on tärkeää. Esimiesten tulee olla aktiivisia vaaratapahtumailmoitusten kehittämistoimien eteenpäin viejänä sekä huolehtia, että käsittely on avointa, syyllistämätöntä sekä jatkuvaa toimintaa. Opinnäytetöiden tulokset tukivat myös vaaratapahtumailmoitusten vaikutuksia positiivisesti potilasturvallisuuden paranemiseen. Vaaratapahtumailmoitusten kautta on esimerkiksi potilaan henkilöllisyyden tarkistamiseen hankittu materiaalia, joka tukee potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumailmoitukset tuovat myös esille tilanteita, joissa koetaan olevan potilasturvallisuuden vaarantavia riskejä. (Niemi–Himanka 2014, 27, 31–33, Hämeenkorpi 2017, 23–25.)

2.3 Yhteenveto opinnäytetyössä käytetyistä keskeisistä käsitteistä

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat turvallisuuskulttuuri, potilasturvallisuus ja vaaratapahtumailmoitus. Turvallisuuskulttuuri on organisaatiossa vallitseva taito ja tahto ymmärtää, millainen toiminta on turvallista ja millaisia turvallisuusriskejä toiminnan toteuttamisessa on. Tärkeää on myös vahvistaa tahtoa kehittää turvallisuutta niin, että sitä uhkaavat tilanteet voitaisiin ennaltaehkäistä. Turvallisuuskulttuuri koskettaa organisaatiota jokaisella tasolla, ja siitä on myös vastuussa jokainen. Virheen sattuessa se tuodaan rohkeasti esille ja hyödynnetään oppimisen kautta ketään syyttämättä. Turvallisuuskulttuurin luominen esimiesten johdolla on tärkeää, jotta siitä otetaan vastuu. Onnistunut turvallisuuden johtaminen tuo koko työyhteisöön halun vaikuttaa turvallisuuden kehittämiseen. (Kinnunen ym. 2009, 10.)

Potilasturvallisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä työskentelevien henkilöiden sekä palvelujen tuottajien toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan asiakkaille turvallinen palvelu. Tavoitteena on, että asiakas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan mahdollisimman laadukkaasti ja turvallisesti. Potilasturvallisuus kattaa laiteturvallisuuden, lääketurvallisuuden ja hoidon turvallisuuden. Terveydenhuollon muuttuva toimintaympäristö sekä alan nopea kehittyminen tuo potilasturvallisuuden varmistamiseen haasteita. Lääketeollisuuden kehitys on nopeaa, minkä vuoksi uusia lääkkeitä tulee markkinoille. Teknologia mahdollistaa terveydenhuoltoalalle entistä enemmän erikoisosaamista vaativia laitteita, minkä vuoksi henkilöstön kouluttaminen ja osaamisen ylläpitäminen vaatii resursseja. (Terveyden ja hyvinvointilaitos 2011, 9.) Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen rakenteiden ja palvelujen uudistus, jonka myötä asiakkaan valinnanvapaus palvelun tuottajaa kohtaa laajenee, korostaa potilasturvallisuuden kehittämistä ja yhteistyötä eri palvelun tuottajien kanssa. (Terveyden ja hyvinvointilaitos 2018.)

Vaaratapahtumailmoituksen avulla voidaan kehittää potilasturvallisuutta tiedostamalla turvallisuusriskejä ja näin oppimaan niistä. Vaaratapahtumailmoitus tehdään, kun turvallisuuden vaarantava tilanne tapahtuu asiakkaalle ja aiheuttaa ei-toivottua vaikutusta. Mikäli tilanne saatiin estettyä, kutsutaan sitä läheltä piti-tapahtumaksi. Vaaratapahtumailmoitus käsitellään esimiehen johdolla yhdessä työyhteisössä. Käsittelyn tarkoituksena ei ole hakea syyllistä, vaan yhdessä analysoida vaaratapahtuman taustatekijät ja kehittää oppimisen perusteella toimintatapoja ja prosesseja. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6–9, 11.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyö tarkoitus on selvittää, millaisia käsityksiä Kitinkannuksen henkilökunnalla on vaaratapahtumien raportoinnista ja kehittää toimintaohje vaaratapahtumailoituksen tekemiseen ja käsittelyyn. Toimintaohjeen tavoitteena on, että henkilökunta ymmärtää vaaratapahtumailoitusten merkityksen potilasturvallisuudessa ja sitoutuu kirjaamaan vaaratapahtumia. Tavoitteena on myös, että esimiehet toimivat jatkossa toimintaohjeen mukaisesti vaaratapahtumailoitusten käsittelyssä. Asianmukaisella käsittelyllä voidaan tukea ja kehittää koko organisaation turvallisuuskulttuuria

Opinnäytetyön tutkimusosion tarkoituksena oli vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia käsityksiä henkilökunnalla on vaaratapahtumailoitusten raportoinnista?
2. Mitkä asiat vaikuttavat vaaratapahtumien raportointiin?
3. Millainen merkitys vaaratapahtumailoitusten käsittelyllä on turvallisuuden kehittämiseksi?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyön toteuttamista, esittelen opinnäytetyön toimintaympäristön ja kohderyhmän. Lisäksi kuvaan aineiston analyysin ja opinnäytetyön prosessin.

4.1 Toimintaympäristön esittely

Opinnäytetyön kohdeympäristö on Kitinkannus ry. Kitinkannus ry. on 1991 perustettu sotainvalidien ja sotaveteraanien ja heidän puolisoitensa laitospääntoutukseen erikoistunut kuntoutuslaitos Kannuksessa. Käytössä on 40 asiakaspaikkaa. Alkuperäisasiakaskunnan vähetessä Kitinkannus on erikoistunut neurologiseen vaativaan laitospääntoutukseen. Yhteistyökumppaneina toimivat muun muassa yliopisto- ja keskussairaalat, jotka lähettävät asiakkaat jatkokuntoutukseen maksusitoumuksella. Jatkokuntoutukseen tulee myös itsemaksavia asiakkaita erilaisten leikkausten jälkeen. (Kitinkannus ry. perehdytysopas 2017; Kitinkannus ry. laatukäsikirja 2014.) Opinnäytetyön kohderyhmä on Kitinkannuksen hoito- ja kuntoutusosaston henkilökunta. Hoito- osastolla työskentelee kolme sairaanhoitajaa 12 lähihoitajaa. Kuntoutusosastolla työskentelee kuusi fysioterapeuttia ja yksi toimintaterapeutti. Työntekijöitä osastoilla on yhteensä 22.

4.2 Opinnäytetyönprosessin eteneminen

Opinnäytetyön aihe valikoitui 2017 keväällä, kun laatutyön työryhmässä nousi esille laatuun liittyviä kehittämishaasteita. Vaaratapahtumailmoituksia tuli esimiehille myös todella vähän, mikä herätti kiinnostukseni aiheeseen. Aikaisemmissa työpaikoissa olin tottunut aktiiviseen vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen, ja kokemukseni mukaan niiden avulla pystyi kehittämään toimintakäytäntöjä potilasturvallisuutta tukevampaan suuntaan. Esittelin alustavan aihealueeni Kitinkannuksen esimiehille toukokuussa 2017, jolloin aiheeni hyväksyttiin. Aihe koettiin myös laatutyön kannalta tärkeäksi. Motivaatiota aiheeseeni lisäsi myös se, että vastaan organisaatiossa hoitotyöstä ja sen kehittämistä. Halusin aktivoida koko työyhteisöä kehittämään potilasturvallisuutta sekä löytämään työkalun, joka tukee avointa yhteistä keskustelua myös hoitoprosessien ja käytäntöjen toimimattomuudesta. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 71–72) tuovatkin esille, että tutkimuksen tulee lähteä tutkijaa itseä kiinnostavasta aiheesta.

Opinnäytetyön ohjausryhmä muodostettiin aiheen varmistuttua toukokuussa 2017. Ohjausryhmään kuului ohjaava opettaja Centria- amk:sta, organisaation lääkäri, hoito-osaston vastaava sairaanhoitaja, joka toimii myös laatuvaastaavana, kuntoutusosaston vastaava fysioterapeutti sekä toimitusjohtaja, joka toimii työpaikkaohjaajana. Esittelin tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen ohjausryhmälle elokuun lopussa. Tutkimusluvan sain toimitusjohtajalta syyskuussa 2017. Toteutin aineiston keruun 11.9–24.9.2017. Siihen osallistui kaikki kuntoutusosaston ja hoito-osaston henkilökunta. Vastausten analysointi tapahtui syyskuun ja marraskuun välisenä aikana. Joulukuussa olin sähköpostitse yhteydessä ohjausryhmäni jäseniin ja esittelin saamani tulokset. Kyselyn tuloksista nousi esille toimintaohjeen tarve vaaratapahtumaraportoinnille, joka sisältää henkilöstön kouluttamisen vaaratapahtumaraportointiin, käsittelyprosessin luomisen sekä olemassa olevan vaaratapahtumalomakkeen kehittämisen. Toimintaohje rakentui joulukuussa. Tammikuussa 2018 pidin kaksi koulutustilaisuutta vaaratapahtumailmoituksista henkilökunnalle. Tilaisuuksien päätteeksi pohdimme ideariihessä tarvittavia muutoksia käytössä olevaan vaaratapahtumalomakkeeseen. Muutokset lomakkeeseen toteutin helmikuussa 2018. Opinnäytetyön kirjallinen tuotos valmistui kokonaisuudessaan maaliskuussa 2018. Toimintaohjeen implementointi eli käyttöönotto tapahtuu huhtikuussa 2018.



KUVIO 2. Opinnäytetyön prosessin kulku

4.3 Konstruktiiivinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin konstruktiivisena tutkimuksena, koska sen tavoite on luoda uusi konstruktio eli konkreettinen tuotos käytännön ongelman ratkaisuksi. Tässä opinnäytetyössä se on toimintaohje vaaratapahtumaraportoinnille, jonka avulla henkilökunta ymmärtää vaaratapahtumailmoitusten merkityksen potilasturvallisuudessa. Toimintaohje sisältää myös ohjeen vaaratapahtumalomakkeen käsittelylle, jonka avulla käsittelylle saadaan yhtenäiset ohjeet. Ojansalon, Moilasen & Ritalahden (2009) mukaan, jotta uusi konstruktio voitaisiin kehittää, tarvitaan jo olemassa olevaa tutkimustietoa sekä käytännöstä kerättävää tietoa. Konstruktiivinen lähestymistavan ominaisuuksia on tiivis vuoropuhelu käytännön ja teorian välillä. Myös tutkimuksen hyödyntäjien ja toteuttajien välinen vuorovaikutus on tärkeää. (Ojansalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 38, 65.)

Konstruktiivisessa tutkimuksessa ei pelkästään tutkita ongelmaa ja dokumentoida, vaan sillä pyritään tuottamaan myös uusi työkalu tai ratkaisu. Liiketaloudessa konstruktiiivista tutkimusta käytetään usein organisaatioiden johtamisen ja kehittämisen työkalun tuottamiseen. Tyypillistä konstruktiiviselle tutkimukselle on, että tutkija itse osallistuu työkalun kehittämiseen. Tavoitteena on myös se, että sitä voidaan hyödyntää laajemminkin organisaatiossa. Hyödyllisyyttä voidaan arvioida sen perusteella, miten toimiva työkalu on käytännössä. Tärkeää on arvioida myös ratkaisun arvoa teoriaan peilaten. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281–284, 287, Miles, Huberman & Saldaña 2014, 125–127.)

Tutkimusprosessi alkaa ongelman määrittelystä, niin kuin muissakin tutkimuksissa. Haastavaa on se, että aikaa tulee jättää myös työkalun kehittämiseksi. Tutkimusprosessin toisessa vaiheessa luodaan luottamussuhde tutkijan ja tilaajaorganisaation välille. Tällöin vuorovaikutus on avointa ja myös rakentavalle palautteelle annetaan mahdollisuus. Kolmannessa vaiheessa tutkimusprosessissa hankitaan teoritietoa ja pyritään ymmärtämään tutkittava ilmiö käytännössä. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 287.) Neljännessä vaiheessa konstruktio malli rakennetaan ja todistetaan sen oikeellisuus. Viidennessä vaiheessa uusi konstruktio peilataan teoritietoon ja osoitetaan ratkaisun uutuusarvo. Viimeisessä vaiheessa tarkastellaan vielä, kuinka laajasti uutta mallia voidaan hyödyntää myös muissa organisaatioissa. (Kasanen, Lukka & Siitonen, 1991, 306, Rohweder 2008, 11.)

4.4 Aineistoin keruu ja analyysi

Toteutin aineiston keruun avoimella kyselylomakkeella. Valitsin laadullisen lähestymistavan, koska halusin saada vastaajien ainutlaatuisia ja syvällisiä vastauksia. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on ymmärtää tutkijana tutkittavaa kohdetta. Aineiston koko määräytyy sen mukaan, kuinka monta jäsentä tutkittavassa ryhmässä on. Saturatio on käsite, jota käytetään kvalitatiivisessa tutkimuksessa, kun aineistoa on tarpeeksi ja vastaukset alkavat toistaa itseään. Näin ollen tutkijan ei tarvitse itse päättää, montako tutkittavaa hän ottaa mukaan tutkimukseen, vaan saturatation täytyessä määrä on riittävä. Tärkeää kvalitatiivisessa tutkimuksessa on, että tutkija ei tee päätelmiä yleistävyyttä ajatellen. Tutkimalla yksittäistä tapausta riittävän tarkasti, saadaan tieto, mikä se olisi yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2009, 181–182.)

Kyselylomakkeessa oli kolme kysymystä, jotka pohjautuivat tutkimuskysymyksiin ja aikaisempaan teoriaan. (LIITE 1.) Avoimien kysymysten etuna sitä, että ne eivät ehdota valmiita vastauksia, vaan antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista itseään omin sanoin. Sen avulla voidaan myös tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 190–196; Kananen 2011, 31.) Kyselylomakkeen esitestaus on tärkeää, jotta tutkija saa haluamaansa tietoa vastausten sisällöstä. Näin varmistetaan, että kysyjä ja vastaaja ymmärtävät kysymyksen samalla lailla. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 205.) Esitestauksen toteutin kahdella työntekijällä. Esitestauksen perusteella tarkensin kysymyksiä ja muutin kysymysten sanamuotoja.

Kyselyni kohdistui kuntoutuksen ja hoito- osaston henkilökunnalle. Valitsin kohderyhmäksi ne ammattiryhmät, jotka tekevät välitöntä hoitotyötä. Kaustinen (2011) määrittää välittömän hoitotyön kaikkeksi työksi, joka kohdistetaan asiakkaaseen. (Kaustinen 2011, 71). Laadullisessa tutkimuksessa osallistujiksi voidaan valita henkilöitä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Tällöin puhutaan otannasta, joka on tarkoituksenmukaista, tai harkinnanvaraisesta näytteestä. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 105–106.) Mielestäni määrällinen tutkimustapa eli kvantitatiivinen menetelmä ei ole opinnäytetyössäni niin tuloksellinen, koska kvantitatiivinen menetelmä ei korosta vastaajien ainutlaatuisia kokemuksia ja käsityksiä kohdeasiasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 182). Kyselyyn vastaajalla tuli olla yli kolmen kuukauden työkokemus Kitinkannuksessa, jotta vastaajalla olisi kokemukusta vaaratapahtumalomakkeen käytöstä. Tällaisia henkilöitä oli yhteensä 20. Toimitin molemmille osastoille 20 kyselylomaketta ja saatekirjettä (LIITE 2). Näiden mukana oli suljettava kirjekuori, jonka pystyi palauttamaan osastoilla oleviin palautuslaatikoihin. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Hyvässä tutkimuksessa tutkija arvioi koko tutkimuksen luotettavuutta, jonka yhtenä tärkeänä osana on korkea vastausprosentti. (Heikkilä

2014, 3). Kyselyyn vastasi 17 työntekijää eli vastausprosentiksi muodostui 85 %. Vastaukset olivat sisällöltään yhtenäisiä ja runsassisältöisiä, joten aineiston saturaatio toteutui.

Avoimet kysymykset analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Analysoinnilla tarkoitetaan saadun aineiston lajittelua tai tiedon muokkaamista niin, että tieto järjestetään uudelleen. Tavoitteena on saada asiakokonaisuus aiheeseen liittyen. Tämän jälkeen voidaan aloittaa itse sisällön analyysi. (Kananen 2008, 88.) Induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään saada tutkittavasta asiasta kuvaus tiivistetysti. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jota pidetään etenkin hoitotieteissä tutkimuksen perusprosessina. Tällä voidaan löytää aineistosta toimintatapoja, samankaltaisuuksia ja eroja. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien seurauksia ja merkityksiä. (Latvala & Vanhanen–Nuutinen 2003, 21–22.) Induktiivinen sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Redusointivaiheessa aineistosta poistetaan kaikki, mikä ei kuulu itse tutkimukseen. Pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi etsimällä tutkimuskysymyksiin liittyviä ilmaisuja ja korostaa ne vastauksista. Klusterointivaiheessa resudoinnista saatu aineisto käydään läpi etsien eroavaisuuksia ja yhtenäisyyksiä. Sen jälkeen samaa asiaa tarkoittavat kategorioidaan ja nimetään niitä kuvaavin otsikoin. Viimeinen vaihe on abstratointivaihe, jolloin alkuperäisinformaatiosta muodostetaan teoreettinen käsitteistö. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–125.)

Aloitin analysoinnin lukemalla vastaukset useaan kertaan läpi, jotta minulle hahmottuisi kokonaiskuva saaduista vastauksista. Kirjoitin jokaisen tutkimuskysymykseen kuuluvat vastaukset allekkain erilliselle paperille. Sen jälkeen alleviivasin vastauksista keskeisimmät asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Sitten ryhmittelin samaa tarkoittavat ilmaisut omiksi ryhmiksi. Pelkistin vastaukset joko kokonaisella lauseella tai asiasanalla. Useat alkuperäiset vastaukset olivat lyhyitä, joten pelkistetty ilmaisu saattoi olla sama kuin alkuperäinen. Pelkistämisen jälkeen yhdistin samaa asiaa kuvaavat ilmaisut ja nimesin ne sisältöä kuvaavaksi alaluokaksi. Alaluokkia en lähtenyt nimeämään yhdistäviin pääluokkiin, koska alaluokista sain tulokset, joita pystyin hyödyntämään kehittämisosassa. (LIITE 3)

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa kuvaan tuloksia tutkimuskysymyksittäin. Alkuperäisilmauksista valitsin muutaman esimerkkivastauksen kuvaamaan tulosten luokittelua. Kyselyn tuloksista laadittu kehittämissosio on kuvattu omana alalukuna.

5.1 Vastaajien käsityksiä vaaratapahtumailmoitusten raportoinnista

Vastaajien käsityksenä vaaratapahtumailmoitusten raportoinnista nousi esiin, että ilmoituksia tehdään harvoin. Vastauksista tuli esille myös se, että kaikkia vaaratapahtumia ei kirjata.

Vaaratapahtumia kirjataan vähän.

Kaikkia tapahtumia ei kirjata.

Vastaajat kokivat, että yhtenäiset ohjeistukset vaaratapahtumaraportoinnista puuttuvat. Raportointi koettiin myös yhtenäisten käytäntöjen puuttuessa kirjavaksi. Vastaajat painottivat, etteivät tiedä, millaista tilanteista ilmoitus tulee tehdä, tai etteivät tiedosta ilmoitettavia tilanteita.

Ei tiedetä mistä asioista ilmoitus tulisi tehdä.

Ei tiedosteta kaikkia tilanteita, joista ilmoitus tulisi tehdä.

Raportointi talossa kirjavaa, yhtenäinen käytäntö puuttuu.

Toisaalta vastauksista tuli esille myös se, että kaikista tilanteista tulisi ilmoitus tehdä. Ilmoitus tulee tehdä, kun potilasturvallisuutta uhkaava tilanne on tapahtunut. Vastaajien mielestä vaaratapahtuma tulee kirjata mahdollisimman tarkkaan ja totuudenmukaisesti. Vastaukset tukivat myös sitä, että ilmoitus tulisi tehdä heti tapahtuman jälkeen. Vastaajat pitivät myös vaaratapahtumailmoitusten yhdessä läpikäymisen tärkeänä.

Kaikista pitäisi tehdä ja ne myös käsitellä.

Tapahtuma tulee kirjata mahdollisimman tarkkaan ja totuudenmukaisesti.

Potilas/asiakasta vaarantava tilanne, siitä pitää tehdä ilmoitus.

Vastauksista ilmeni myös, että organisaatiotasolla on ongelmia ilmoitusten käsittelyssä. Vastaajat kokivat, että ilmoitusten käsittely ei toteudu, koska ilmoitukset eivät aiheuta toimenpiteitä. Vaaratapahtumaraportointia ei pidetä tarpeeksi esillä, eikä ilmoitusten toteutumisesta ole tietoa.

Toteutumisesta ei ole tietoa.

Ei johda toimenpiteisiin.

5.2 Vaaratapahtuma raportointiin vaikuttavat asiat

Vaaratapahtumaraportointiin vaikuttaa vastaajien mielestä se, että käytössä oleva vaaratapahtumalomake on vaikea löytää. Lomake tulisi olla nopea ja helppokäyttöinen ja helposti löydettävissä.

Lomakkeet näkyville ja saataville.

Nopea- ja helppokäyttöinen lomakkeen puuttuminen.

Ongelmaksi koettiin, että ohjeet puuttuvat vaaratapahtumailmoituksen sisällöstä ja koko vaaratapahtumaraportoinnista. Vastaajat kokivat, etteivät tunnista tarpeeksi vaaratapahtumailmoitukseen johtavia tapahtumia, minkä vuoksi ilmoitus jää tekemättä. Vastaajien mielestä puutteelliset ohjeistukset siitä, mikä on vaaratapahtuma, kuinka tilanteessa toimitaan ja minne kirjataan, vaikuttavat vaaratapahtumaraportointiin.

Ei tiedä miten tulee toimia.

Oltava selkeä ohjeistus, miten toimitaan.

Myös puutteellinen perehdyttäminen vaaratapahtumaraportointiin tuli esille vastauksista. Se, miten työntekijä on perehdytetty raportoimaan ja kuinka työntekijä on perehdytetty käytössä olevan vaaratapahtumalomakkeen käyttöön, vaikutti vaaratapahtuman raportointiin.

Kuinka työntekijä on perehdytetty raportoimaan vaaratilanteista.

Vaaratapahtumalomakkeeseen perehdyttäminen.

Ajan puute koettiin useassa vastauksessa yhdeksi esteeksi vaaratapahtuman raportoimiseen. Vastaajat kokivat, että aika ei riitä raportointiin. Myös kiireen koettiin vähentävän/lyhentävän raportointia.

Ei ehdi kirjoittaa raporttia.

Ajan puute vähentää raportointia.

Syylistämisen koettiin vaikuttavan raportointiin. Vastaajat pelkäsivät raportoinnista aiheutuvaa häpeää ja mahdollisia negatiivisia seuraamuksia ilmoituksen tekijälle. Vastaajat toivat esille, että ilmoitus tulisi käsitellä nimettömänä, jotta syylistämisen tunnetta ei tulisi miltään tasolta.

Hävettää, jos kaikki saa tietää.

Vaaratapahtumat tulisi käsitellä nimettömänä, ei tule tunnetta, että syyllistetään.

Vaaratapahtuman vakavuudella oli myös merkitystä raportoinnin kannalta. Vastaajat kokivat, että oma arvio vaaratilanteen vakavuudesta ja sen seuraamuksista vaikuttaa raportointiin. Vastauksesta ei ilmenyt, tarkoitettiinko seuraamuksilla asiakasta vai työntekijää. Myös välinpitämättömyys vaaratilannetta kohtaan pidettiin raportointiin vaikuttavana asiana.

Vaaratapahtuman vakavuus ja laajuus sekä tapahtuman seurausten vakavuus.

Oma arvio, onko tilanne raportoinnin arvoinen.

Välinpitämättömyys, ei koeta asiaa tärkeäksi.

5.3 Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn merkitys turvallisuuden kehittämisessä

Vastaajat kokivat käsittelyn tärkeäksi, jotta voitaisiin yhdessä kehittää toimintatapoja parantamaan turvallisuutta. Yhdessä käsittelemisen kautta voidaan myös saavuttaa vaaratapahtumien ennaltaehkäisy. Vaaratapahtumailmoitusten käsitteleminen yhdessä tuo esille uusia näkökulmia, joiden avulla voidaan työtapoja ja työympäristöä kehittää. Ilman ilmoitusten käsittelyä ei voida turvallisuutta kehittää.

Käsittelemällä vaaratapahtumat yhdessä, voidaan hoitotyötä ja ympäristöä kehittää.

Käydä yhdessä läpi mitä ja miksi tapahtui, miten tapahtuma olisi voitu välttää.

Ilmoitukset ääneen purettuna antaa uutta näkökulmaa.

Vastaajat näkivät myös oppimisen merkityksen, kun vaaratapahtumat käsitellään. Virheiden kautta oppimisen ja vaaratapahtumien tiedostamisen koettiin kehittävän turvallisuutta. Oppiminen syntyneistä tilanteista tuki myös osaamista toimia vaaratapahtumatilanteessa oikealla tavalla. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyllä koettiin olevan myös ennaltaehkäisevä merkitys vaaratilanteiden syntymiseen. Vaaratapahtumailmoitusten raportointi opettaa myös työyhteisön reagointia turvallisuutta uhkaaviin tilanteisiin.

Tapahtumista voidaan ottaa opiksi ja kehittää toimintoja niin, ettei vastaavia tilanteita sattuisi.

Tärkeä on juuri sen opettavaisuuden kannalta.

Henkilöstö tiedostaa vaaratapahtumat, ja jos niitä tulee, osaa toimia oikealla tavalla.

Työntekijöiden huomio kiinnittyisi paremmin vaaratilanteisiin jo ennaltaehkäisevästi.

Vastaajien mielestä vaaratapahtumailmoitusten käsittely lisää ja parantaa potilasturvallisuutta.

Potilas/asiakas turvallisuus paranee.

Tärkeä merkitys, koska se lisää turvallisuutta.

5.4 Toimintaohjeen luominen vaaratapahtumaraportoinnille

Esittelin opinnäytetyön tulokset ohjausryhmälle joulukuussa 2017. Tuloksista yhteenvedona voitiin tehdä se, että henkilöstöllä ei ollut tarvittavaa tietoa, milloin vaaratapahtumailmoitus tulee tehdä. Myös epäselvyys siitä, mitä ilmoituksen tulee sisältää, näkyi analyysin vastauksista. Ohjausryhmä hyväksyi opinnäytetyön kehittämiskohteeksi toimintaohjeen vaaratapahtumaraportoinnille. Toimintaohje esitettiin henkilökunnalle ja esimiehille järjestetyssä koulutustilaisuudessa. Ohjausryhmän toi myös esille, että käsittelyprosessi ja ohjeet käsittelijälle on tehtävä kirjalliseen muotoon. Tämä tukisi laatutyötä ja sitouttaisi myös esimiehet tehokkaasti vaaratapahtumailmoitusten hyödyntämiseen. Ohjausryhmän toiveeni oli myös, että toimintaohje on tiivis ja että se voidaan liittää sellaisenaan laatutyönkäsikirjaan sekä perehdyttämiskansioon.

Keskustelimme myös sen hetken käytössä olevasta vaaratapahtumalomakkeesta ja sen mahdollisesta kehittämisestä. Epäkohtia nähtiin etenkin siinä, että sitä ei voinut näyttää sähköisesti ja mahdollisille toimenpidemuutoksille oli varattu hyvin vähän tilaa. Ohjausryhmän johdolla päätimme sisällyttää perehdyttämiskoulutuksen loppuun ideariihen, jossa osallistujat saisivat tuoda omia näkemyksiään uuden lomakkeen sisällöstä. Tämän uskottiin lisäävän henkilökunnan motivaatiota vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen. Ideariihi on menetelmä, jossa osallistujat aktivoidaan ideoimaan annettua aihetta. Ideointiaika voi olla lyhyt. Tarkoituksena on antaa osallistujille vapaus tuottaa kritiikitöntä ideointia. Ideariihen perusajatuksena on se, että määrä tuottaa laatua ja että mitään ideaa ei torjuta. (Koski & Korteso 2012, 140.)

Opinnäytetyön kehittämisosion tuloksena tein henkilöstölle vaaratapahtumailmoitusten toimintaohjeen. Toimintaohjeen sisällöllä vastasin kyselyn tulosten tuomiin epäkohtiin, jotka vaikuttivat negatiivisesti vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen ja hyödyntämiseen. Ohje sisälsi teoriatietao turvallisuuskulttuurin muodostumisesta, potilasturvallisuudesta sekä vaaratapahtuman ominaispiirteiden esille tuomisen, jotta uhkaavat tilanteet tunnistettaisiin paremmin. Ohje toi myös vaaratapahtumailmoituksen keskeisen sisällön esille, jotta lomakkeen täyttäminen on vastaisuudessa selkeämpää. Esimiehille ohje antoi ilmoitusten käsittelyprosessin, jota noudattamalla ilmoituksista saadaan todellinen hyöty. Toimintaohjeessa on hyödynnetty muun muassa Stakesin ja lääkehoidon kehittämiskeskuksen materiaalia sekä Ruuhilehto (2009) ja Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius (2007) aineistoa. Toimintaohjeet esitin henkilöstölle koulutustilaisuudessa.

Koulutustilaisuus järjestettiin yhden kerran molemmilla osastoilla tammikuun 2018 lopulla. Haasteena oli työntekijöiden lomat, useat pidemmät sairauslomat sekä henkilöstön perustyön kiireellisyys. Päätin opinnäytetyön aikataulullisista syistä, että koulutustilaisuudet järjestetään yhden kerran molemmille osastoille. Koulutustilaisuuteen pystyttiin varaamaan 30 minuuttia aikaa. Koulutustilaisuuden aikana käytiin vaaratapahtumaraportoinnin toimintaohje läpi, joka sisälsi vaaratapahtumailmoituksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä vaaratapahtumailmoituksen keskeisimmästä sisällöstä teoriaa. Toimintaohjeessa oli myös vaaratapahtumailmoitusten käsittelyohje esimiehille ja prosessikaavio vaaratapahtumaraportoinnista. Koulutustilaisuuden lopuksi oli ideariihi, jonka tarkoituksena oli yhdessä pohtia käytössä olevan vaaratapahtumalomakkeen kehittämistarpeita. Osallistujilla oli mahdollisuus antaa koulutustilaisuuden päätyttyä palautetta materiaalista sekä tilaisuuden sisällöstä.

Hoito- osaston koulutustilaisuuteen osallistui kolme sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa. Koulutus järjestettiin hoito-osaston raportointitilassa, jotta asiakkaiden tarpeisiin voitaisiin vastata myös koulutuksen aikana. Koulutuksen aikana hoitajakutsuja tuli useampi, mikä hieman häiritsi koulutuksen etene- mistä. Tulostin diasarjan myös paperille, jotta esityksen seuraaminen olisi helpompaa. Näin osallistujat pystyivät kirjoittamaan tarvittaessa omia muistiinpanoja. Osallistujat saivat myös esityksen aikana kysyä, mikäli tarvetta tuli. Esityksen jälkeen pidimme kymmenen minuuttia kestävän ideariihen. Ideariihessä osallistujat saivat vapaamuotoisesti tuoda esille omia ideoitaan, miten käytössä olevaa vaaratapahtumalomaketta voitaisiin kehittää palvelemaan tarkoituksenmukaisemmin ja tehokkaammin. Kirjasin ideaesitykset itselleni muistiin. Henkilöstö toivoi lomakkeen sähköiseen muotoon. Lomakkeen tulee olla kanslian tietokoneilla helposti löydettävissä. Kirjoittamistilaa tulee olla aikaisempaa enemmän ja täytettäviä kohtia tulisi tiivistää. Toimintaohjeen tulee olla saatavilla lomaketta täytettäessä. Tämä helpottaisi täytettävien kohtien tarkoituksenperän ymmärtämistä ja nopeuttaisi lomakkeen tekemistä. Myös toimenpiteiden kirjaamiseen esimiehet halusivat enemmän tilaa.

Kuntoutusosaston koulutustilaisuuteen osallistui kolme fysioterapeuttia ja yksi toimintaterapeutti. Koulutustilaisuus oli varattu kaikkien henkilökohtaisessa ajanvarauksessa, joten koulutus pystyttiin pitämään suljetussa tilassa. Tämä tuki koulutukseen keskittymistä ja toi myös rauhallisen ilmapiirin tilaisuuteen. Koulutus sujui kuten ensimmäinenkin. Keskustelua herätti se, että myös laiteturvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Kuntoutusosasto tekee jatkuvasti asiakastyötä erilaisten kuntoutuslaitteiden avulla, ja niiden toimivuuden merkitys potilasturvallisuuteen korostuu. Kuntoutusosaston ideariihi toi samoja asioita esille kuin hoito-osaston ideariihi, mutta uutena ajatuksena tuli vaaratapahtumalomakkeen toimenpideosuuden eriyttäminen omalle lomakkeelle. Näin jäisi tilaa enemmän kirjaamiselle, sekä asian yhdessä käsittely varmistuisi. Ehdotuksena tuli myös, että vaaratapahtumailmoitukset vietäisiin tarvittaessa myös työsuojelutoimikunnan tietoon. Tämä tukisi organisaation turvallisuuskulttuuria myös työsuojelutoiminnan kautta.

Pitämäni koulutustilaisuudet toteutuivat suunnitellusti. Osallistujat olivat aktiivisia ja keskittyivät aiheeseen ympäristön ärsykkeistä huolimatta. Ilmapiiri tilaisuuksissa oli avoin ja luonteva. Osallistujat saivat antaa palautetta lopuksi materiaalin sisällöstä ja perehdytyksen tarpeellisuudesta. Molempien ryhmien osallistujat kokivat, että vaaratapahtumailmoituksen tarkoitus potilasturvallisuuden kehittämiseksi avautui uudella tavalla. Myös ilmoitusten tekemisen merkitys jo läheltä piti -tilanteessa korostui. Osallistujat toivat esille, että toimintaohje on tiivis ja siitä on helppo saada perustieto vaaratapahtumailmoituksen täyttämiseen. Osallistujat toivoivat, että toimintaohjeet voisi olla näkyvillä ilmoitusta tehdessä.

Koulutustilaisuuksien jälkeen aloitin vaaratapahtumalomakkeen muokkaamisen ideariihistä saatujen ideoiden mukaan. Muutostarpeita oli paljon, joten aloitin koko lomakkeen luomisen uudelleen. Uuden lomakkeen pystyy täyttämään sähköisesti. Lomakkeeseen merkitään vaaratilanteen esitiedot sekä kolme avointa kysymystä, jotka antavat lisäinformaatiota tapahtuneesta. Jokaisen kysymyksen kohdalta voi aukaista toimintaohjeen, joka ohjeistaa kysymyksen sisällöstä. Ideariihessä tuotiin esille myös tarve ilmoituksen käsittelylle oma lomake, jotta dokumentaatio yhdessä käsittelystä jäisi ja toimenpidemuutokset saataisiin myös kirjalliseen muotoon. Käsittelylomakkeen täyttää esimies ja se liitetään kyseiseen vaaratapahtumailmoitukseen. Lomakkeen voi täyttää sähköisesti. Lomakkeeseen kirjataan toimenpidemuutokset, tarvittavat aikataulut, vastuuhenkilöt sekä seuranta ajan päätyminen, jolloin ilmoitukseen palataan uudelleen yhdessä osastotunnilla ja arvioidaan saavutettuja vaikutuksia. (KUVIO 3.)



KUVIO 3. Kitinkannuksen toimintaohje vaaratapahtumailmoitukseen ja niiden käsittelyyn

Kevään 2018 aikana järjestään koulutustilaisuuden koko Kitinkannuksen henkilöstölle. Tällöin vaaratapahtumailmoituksen toimintaohje ja lomake tulee myös tukipalvelujen käyttöön. Jatkossa vaaratapahtumailmoituksen toimintaohje käydään läpi osana Kitinkannuksen uuden työntekijän perehdyttämistä.

6 POHDINTA

Tässä luvussa pohdin opinnäytetyön keskeisiä tuloksia sekä opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Lopuksi tuon esille jatkotutkimusmahdollisuuksia ja oman ammatillisen kasvun kehitystä opinnäytetyön aikana.

6.1 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Opinnäytetyön tutkimusosassa kysyttiin vastaajien käsityksiä vaaratapahtumailmoitusraportoinnista. Tutkimukseen vastanneet kokivat, että kaikista vaaratapahtumista ei tehdä asianmukaista vaaratapahtumailmoitusta. Tämän vuoksi ilmoitusten määrä on vähäistä. Turvallisuuskulttuuri on organisaation tahotila, jonka osaamisen tunnistaa siitä, millaista turvallinen toiminta on ja mitä turvallisuusriskejä toimintaan liittyy. Kun tämä puuttuu, turvallisuuteen liittyviä riskejä ei kunnioiteta tarpeeksi. Tällöin myös vaaratapahtumailmoitusten hyöty riskitilanteiden ennalta ehkäisyn kannalta heikkenee. Vaaratapahtumien ilmoittaminen kuuluu myös jokaisen ammatillisuuteen. Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmän jäsen on vastuussa potilasturvallisuudesta ja sitoutunut sen kehittämiseen. Esimiesten vastuu on, että työntekijät osallistuvat aktiivisesti turvallisuuden kehittämiseen. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehti & Ojanen 2009, 10–11.)

Vaaratapahtuman tunnistaminen voi olla yksi haaste vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen. Tilannetta ei pidetä vaaratapahtumana, vaan ne voidaan koeta työyhteisön tavanomaiseksi toiminnaksi. Tätä tapahtuu etenkin lääkehoidon toteutuksessa. (Kinnunen 2010, 147–148.) Avelinin ja Lepolan (2008) tutkimuksessa todettiin, että läheltä piti-tilanteen kirjaaminen oli haastavaa sekä ymmärrys siitä, mitä tilanteita vaaratapahtumailmoituksella pitää ilmoittaa. (Avelin & Lepola 2008, 44.) Myös tässä tutkimuksessa tuli esille se, etteivät vastaajat tiedostaneet tilanteita, joista vaaratapahtumailmoitus tulee tehdä. Vastaajat kokivat, että organisaation yhtenäiset ohjeet vaaratapahtumaraportointiin liittyen ovat puutteelliset, ja siksi ilmoituksia tehdään harvoin tai raportointi on kirjavaa.

Vastaajien mielestä ilmoituslomakkeen nopea- ja helppokäyttöisyys lisäävät vaaratapahtumailmoitusten raportointia. Vastaajat kokivat, että nyt käytössä oleva lomake ei vastannut näitä ominaisuuksia, ja lisäksi lomake oli vaikeasti löydettävissä. Nopean ja helpon lomakkeen merkitystä korosti myös se, että

vastaajat kokivat ajanpuutteen ja kiireen vähentävän raportointia vaaratapahtumista. Koivunen, Kankkunen & Suominen (2007, 13–14) tuo myös esille, että kiireen myötä työntekijä unohtaa herkemmin tehdä vaaratapahtumailmoituksen. Syyllistäminen koettiin myös opinnäytetyön vastauksissa esteeksi vaaratapahtumailmoituksen tekemiselle. Vastaajat kokivat, että vaaratapahtumailmoituksella haettiin syyllistä, tai virheen tullessa julki siitä seuraa negatiivista ilmoittajalle. Vaaratapahtumailmoituksessa ilmoittaja usein pelkääkin eniten rangaistusta sekä työyhteisön luottamussuhteen menettämistä. Virheen tullessa esille myös oman ammattipätevyyden arvostelu negatiiviseen sävyyn estää virheestä raportoinnin. (Koivunen ym. 2007, 12–15; Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 149–151.) Pasternacín (2006, 2467) mukaan työyhteisön työilmapiiriin tulee tukea jo avointa ja syyllistämätöntä raportointikäytäntöä.

Opinnäytetyön tulokset vahvistivat sitä, että vaaratapahtumailmoituksista oppiminen on tärkeää. Oppimista voi tapahtua, kun vaaratapahtumailmoitus käsitellään yhdessä avoimesti. Virheiden kautta oppiminen ja vaaratapahtumien tietoon saattaminen tukee turvallisuuden kehittämistä. Kinnusen (2010) väitöskirjatutkimus tukee sitä, että yhteinen keskustelu vaaratapahtumailmoituksista edesauttaa niistä oppimista. Kinnunen painottaa, että palautteen antaminen työyhteisölle vaaratapahtumailmoituksesta on tärkeää. Näin koko työyhteisö saa informaatiota potilasturvallisuutta uhkaavista tekijöistä. Tärkeää on myös, että työyhteisössä osataan hyödyntää ilmoituksia potilasturvallisuutta kehitettäessä. (Kinnunen 2010, 139–140, 144.)

Sarsteen (2012) tutkimuksessa ilmeni, että hidas ja tehoton vaaratapahtumailmoitusten käsittelyprosessi ja ilmoitusten vähäisyys vaikuttavat negatiivisesti henkilöstön asenteisiin vaaratapahtumaraportointia kohtaan. (Sarste 2012, 34–36.) Vastaajat kokivat vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn tärkeäksi turvallisuuden kehittämisen kannalta. Tutkimuksen vastauksissa ilmeni, että vaaratapahtumailmoitusten käsittely koettiin puutteelliseksi, koska ilmoitukset eivät johtaneet toimenpiteisiin. Vastaajat eivät myöskään tieneet, onko ilmoitusta käsitelty. Tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista ei keskusteltu yhdessä tarpeeksi. Hämeenkorven (2017) tutkimus tulokset toivat esille myös vastaajien tietämättömyyden ilmoituksen vaikutuksista tai sen tuomista mahdollisista toimenpiteistä potilasturvallisuuden parantamisen kannalta. Tämä heikensi ilmoitusaktiivisuutta. (Hämeenkorpi 2017, 29.) Alavahtolan & Palviaisen (2017) tutkimustulokset tukivat myös sitä, että ilmoitusaktiivisuus väheni, kun ilmoitukseen ei reagoitu mitenkään. (Alavahtola & Palviainen 2014, 48–76.)

Opinnäytetyön vastauksista ilmeni, että esimiehellä on tärkeä rooli tukea henkilöstön vaaratapahtumaportoinnin osaamista ja näin vaikuttaa ilmoitusaktiivisuuteen. Työntekijän perehdyttämistä vaaratapahtumaportointiin pidettiin tärkeänä. Jokainen työntekijä on vastuussa potilasturvallisuudesta ja sen kehittamisestä. Toimintatapaprosesseja tulee kehittää esimiehen johdolla yhdessä henkilöstön kanssa. (Pihkala 2010, 46.) Henkilökunnalle tulee järjestää koulutusta potilasturvallisuuden osa-alueista. Organisaation johdon sitoutumisella ja riittäväillä resursseilla viestitetään potilasturvallisuuden kehittämisen tärkeyttä. (Yli-Villamo 2008, 57.) Kinnunen ym. (2009, 11) painottavat, että esimiesten tulee pystyä mahdollistamaan työntekijöiden vaaratapahtumailmoisten tekemisen ja luoda sen tekemiseen kannustava ilmapiiri. Esimiesten vastuulla on myös se, että ilmoituksista saatu informaatio hyödynnetään potilasturvallisuuden kehittämisessä.

Kehittämistyön tarkoitus oli saada Kitinkannukseen toimintaohje vaaratapahtumailmoitusten kirjaamiseen, jonka avulla henkilökunta ymmärtää vaaratapahtumailmoitusten merkityksen potilasturvallisuudessa ja sitoutuu kirjaamaan vaaratapahtumailmoituksia. Toimintaohje tukee henkilökunnan osaamista tunnistaa vaaratapahtuma ja ohjeistaa vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen. Toimintaohje antaa esimiehille tiedon, kuinka ilmoituksia tulee käsitellä, jotta niiden avulla saadaan kehitettyä potilasturvallisuutta. Käsittelyprosessi sitouttaa esimiehet käsittelemään vaaratapahtumailmoitukset säännöllisesti sekä avoimesti yhdessä henkilökunnan kanssa.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tieteellinen tutkimus voi olla luotettava ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Luotettava tutkimus tehdään rehellisesti, huolellisesti ja mahdollisimman tarkasti. Tulokset tulee esittää, arvioida ja tallentaa totuudenmukaisesti. Tiedonhankinta- ja arviointimenetelmät tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen eettisesti hyväksymiin raameihin, sekä muiden tutkijoiden saavutuksia on huomioitava ja tuoda ne esiin kunnioittaen ja arvostaen tekijää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 16.)

Tutustuessani opinnäytetyön tietoperustaan huomasin, että aihetta on tutkittu runsaasti. Olemassa oleva valtakunnallinen HaiPro-järjestelmän käyttäjäyksiköiden kokemuksia ja kehittämistarpeita oli tutkittu useissa eri alan oppilaitoksissa. Haastavaa oli löytää tietolähteitä, joissa vaaratapahtumailmoitusten vai-

kutuksia vain potilasturvallisuuteen olisi tutkittu. Pysin kuvailemaan tietoperustan yleistettävien tietolähteiden kautta. Haasteena oli myös se, että tutkimuksia vaaratapahtumaraportoinnista ilman HaiPro-järjestelmää ei löytynyt.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus sekä siirrettävyys. Uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu selkeästi, jotta lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. Sen tulee tuoda esille myös tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.) Valitsin opinnäytetyöhöni avoimen kyselylomakkeen, jossa oli kolme kysymystä. Kyselyssä tutkittiin vastaajien käsityksiä vaaratapahtumaraportoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Kysymykset muodostin tutkimuskysymysten ja aikaisemman teorian pohjalta. Esitustin kyselylomakkeen ja varmistin, että avoimen kyselylomakkeen kysymykset vastasivat tutkimuskysymyksieni asetteluun. Analysoin tutkimustulokset induktiivisella sisältöanalyysillä. Etenin analyysissä alaluokkiin saakka, koska sain sen pohjalta tarpeelliset tulokset kehittämissosiota varten. Analysointia helpotti se, että vastaukset olivat lyhyitä ja niistä pystyi havainnoimaan toistettavuuden, eli saturaatio täyttyi. Lisäkyselyjä ei tarvinnut tehdä. Uskottavuutta lisää myös se, että opinnäytetyön tulokset tukevat aikaisempaa tutkimustietoa.

Tutkijan on haastava olla täysin puolueeton laadullisessa tutkimuksessa. Tutkija rakentaa itse tutkittavan näkökulman ja tulkitsee tulokset. Tutkijan omat käsitykset tutkittavasta ilmiöstä voivat sekoittaa saatuihin tutkimustuloksiin. Luotettavuuden kannalta onkin tärkeää, että tutkija pystyy olemaan puolueeton ja pidättäytymään tutkijan roolissa koko prosessin ajan. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 160.) Reflektiivisyys edellyttää, että tutkija on tutkimuksen tekijänä tietoinen omasta lähtökohdastaan ja siitä, kuinka se voi vaikuttaa tutkimuksen aineistoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Toimin hoito-osaston esimiehenä, joten omassa tutkijan roolissa pysyminen oli haaste tutkimusprosessin alussa. Etenkin käsittelyprosessin rakentuaessa oli tärkeää pidättäytyä ulkopuolisena tekijänä, vaikka prosessi koskettaa omaa työtäni laajasti. Onnistuin kuitenkin mielestäni eriyttämään työ- ja tutkijaroolini. Tutkimuksen analysoinnin vaiheen alkaessa opintovapaani auttoi minua irtaantumaan työroolista. Koulutustilaisuudessa toimin asiantuntijaroolissa, jonka myös osallistujat mielestäni hyvin sisäistivät.

Tutkimuksen luotettavuutta tukee myös sen vahvistettavuus. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessin tarkkaan kirjaamiseen, jotta ulkopuolinen lukija voi seurata prosessin edistymistä pääpiirteittäin. Vahvistettavuuden haaste on se, että toinen tutkija voi tulkita saman aineiston eri tavalla. Laadullisessa tutkimuksessa tämä on hyväksyttävää, jos tutkija kuvaa hyvin, miten on päätyttyä tuloksiin ja johtopä-

töksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen pyrkinyt kirjoittamaan opinnäytetyön prosessin mahdollisimman tarkasti auki, jotta sen edistymistä on selkeä seurata. Pidän koko tutkimusprosessin ajan tutkimuspäiväkirjaa, jotta pystyin luotettavasti kirjoittamaan prosessin vaiheet.

Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttaa myös tulosten siirrettävyys. Tällä tarkoitetaan sitä, missä määrin tuloksia voidaan siirtää toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden varmistamiseksi tulee kuvata tarkasti tutkimuskonteksti sekä aineiston kerääminen ja analysointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tämän opinnäytetyön tuloksena syntynyt vaaratapahtumailmoitusten toimintaohje voidaan siirtää soveltuvin osin kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, joissa ei ole käytössä HaiPro-järjestelmää. Myös päivitettyä vaaratapahtumalomakkeen sisältöä voidaan hyödyntää muissa toimintayksiköissä.

Tutkijan on kriittisesti arvioitava koko tutkimuksen ajan työnsä luotettavuutta ja tuoda esiin mahdolliset luotettavuutta alentavat seikat. (Heikkilä 2014, 15.) Kohderyhmäksi valikoituivat ammattiryhmät, jotka tekevät välitöntä hoitotyötä ja ovat näin ollen päivittäin kosketuksessa potilasturvallisuuteen. Ohjausryhmän kanssa työskentely olisi pitänyt olla aktiivisempaa, mutta muuttuva toimintaympäristö vaikeutti yhteisen ajan löytämistä. Koulutustilaisuudelle olisi pitänyt varata enemmän aikaa, jotta lopussa olevalle ideariihelle ei olisi jäänyt niin vähän aikaa. Osallistujilla oli paljon ideoita lomakkeen päivittämiseen, mutta niitä olisi pitänyt voida työstää valmiimpaan malliin jo yhdessä. Tämän vuoksi lomakkeen päivittäminen jatkuu implementointi-vaiheessa, jotta saadaan paras mahdollinen lopputulos.

6.3 Opinnäytetyön eettisen näkökulmat

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) määrittelee tutkimuksen olevan eettisesti hyväksyttävä, mikäli se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa tulee korostua rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Näitä periaatteita on noudatettava jokaisessa tutkimuksen eri vaiheessa, tiedon hankinnassa, tiedon tallentamisessa ja esittämisessä. Aiheesta jo aikaisemmin julkaistujen tutkimusten tekijöitä tulee kunnioittaa asianmukaisilla lähdemerkinnöillä. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tutkimukselle annetuilla vaatimuksilla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyön lähtökohtana oli koko prosessin ajan noudattaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Tutkimussuunnitelmassa kerroin tarkasti tutkimukseni tarkoituksen ja tavoitteet, joille hain tutkimusluvan toimitusjohtajalta. Tutkimusluvan (LIITE 4) saatuaani toteutin tutkimuksen kertomalla siitä avoimesti ja rehellisesti kohderyhmälle. Tieto kerrottiin myös kirjallisena kyselylomakkeen

saatekirjeessä, jotta vastaaja tiesi, mihin tuloksia käytetään. Kirjallisessa raportissa olen viitannut asianmukaisesti lähteisiin.

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa yhtenä tärkeimpänä eettisenä periaatteena voidaan pitää informointiin perustuvaa suostumusta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20). Tällä pyritään välttämään osallistujalle tapahtuvaa mahdollista haittaa. Osallistujan tulee tietää, mihin hän vastaa, mitä saadulla tiedolla pyritään saavuttamaan ja kuinka saatuja tietoja käytetään. Näin osallistuja voi itse arvioida tutkimuksen merkityksen ja vaikutuksen omalla kohdallaan ja päättää tutkimukseen osallistumisestaan. Osallistujaa tulee informoida myös, miten luottamuksellisuus ja anonymiteetti turvataan tutkimuksen ajan. (Kylmä & Juvakka 2007, 149–150; Kuula 2011 30,34.) Informoin kohderyhmääni jo aiheen valinnan jälkeen tulevasta tutkimuksestani ja sen tarkoituksesta. Kyselylomakkeen yhteyteen tein saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja siitä, mihin vastauksia tultaisiin hyödyntämään. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaukset annettiin nimettömänä. Myöskään ammattia ei vastaajan tarvinnut kertoa, jotta työskentelyosasto ei tullut tietoon. Vastauksen sai sulkea kirjekuoreeseen, jotta sitä ei myöskään muut vastaajat nähneet. Vastaus säilytettiin suljetussa palautuslaatikossa. Tutkimuksen valmistamisen jälkeen vastaukset hävitettiin paperisilppurissa. Koulutustilaisuuteen osallistuminen oli huomioitu työvuorosunnittelussa, joten kaikki työvuorossa olevat osallistuivat koulutukseen työajalla. Vapaalla olevia työntekijöitä ei veloitettu osallistumaan koulutukseen.

Hoitotieteissä tutkimuksen aiheen valinnalla nähdään jo olevan eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee pohtia tutkimuksen merkitystä yhteiskunnallisesti, mutta myös sen vaikutuksia tutkimukseen osallistujien näkökulmasta. Pääperiaatteena tutkimusetiikassa voidaan nähdä tutkimuksen hyödyllisyys. Tutkijan tulee arvioida, millaisia vaikutuksia tutkimuksen tuloksilla on hoitotieteen laadun kehittämisessä ja millainen vaikutus niillä on osallistujiin. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2013, 218.) Eettisesti luotettava tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja. Tärkeää on kunnioittaa ja noudattaa sopimuksia ja lupauksia, joita tutkimuksen ympärillä tehdään. (Kuula 2011 30, 34.)

Opinnäytetyön aihe valikoitui työpaikan tarpeesta sekä omasta kiinnostuksestani. Lähtökohtana oli potilasturvallisuuden kehittäminen. Aihe ei koskettanut yksittäisen ammattiryhmän työtä, vaan koko organisaatiota. Opinnäytetyön aiheen varmistuttua tein tutkimussuunnitelman, jossa esitin opinnäytetyöni keskeisemmät tavoitteet ja tarkoitukset. Myös tutkimusmenetelmien valinnan ja kohderyhmän valintaperusteet pyrin perustelemaan mahdollisimman tarkasti. Tutkimusluvan tutkimussuunnitelman pohjalta antoi toimitusjohtaja. Kyselylomakkeen kysymykset perustuivat vastaajan omiin käsityksiin aiheesta.

Vastauksista hyödynsin vain sen materiaalin, joka kosketti tutkimusaiheittani. Tulokset esitin niin, ettei sieltä ole mahdollista tunnistaa yksittäisen vastaajan vastausta.

6.4 Ammatillinen kasvu opinnäytetyön aikana

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista ja antoisaa, vaikkakin työn laajuus ajoittain haastoi omaa jaksamistani. Aloitin työni keväällä 2017, jolloin myös työnkuvassani vahvistettiin esimiesroolia. Entistä vastuullisempi rooli hoitopäällikkönä vei alkuun omia henkilökohtaisia resursseja ja mahdollisuuksia keskittyä opinnäytetyön eteenpäin viemiseen. Työroolini vahvisti kuitenkin opinnäytetyön aiheen oikeaa valintaa, koska vastaan hoitotyöstä ja sen kehittämisestä Kitinkannuksessa. Opinnäytetyön tulokset ja kehittämistyön toimintamalli toimii hyvänä työkaluna työssäni esimiehenä potilasturvallisuutta kehitettäessä.

Opinnäytetyön tekeminen on vahvistanut itseluottamusta tutkijana. Olen saanut arvokasta kokemusta tutkimuksen suunnittelusta, toteutuksesta, tulosten analysoinnista sekä niiden hyödyntämisestä käytännön työssä. Opinnäytetyön avulla sain myös arvokasta kokemusta työntekijöiden osallistamisesta kehittämistyöhön. Nämä taidot ovat tärkeitä esimiehelle, jotta hän pystyy kehittämään työyhteisöä nopeasti muuttuvassa toimintaympäristössä. Pidän tärkeänä, että ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä on myös kehittämisosuutta. Se täydentää tutkijan kykyä hyödyntää tutkimustuloksia ja antaa kohdeorganisaatioille konkreettisen tuotoksen.

Koko koulutuksen ajan olen pyrkinyt kehittämään lähdekriittisyyttä ja oppimaan tunnistamaan hyvän tieteellisen tekstin ominaisuuksia. Lähdekriittisyyden koin erityisen haastavaksi opinnäytetyössä, koska aihetta oli tutkittu paljon. Myös sähköiset lähteet yleistyvät ja niiden osalta lähdekriittisyys korostuu. Uusia tutkimuksia oli tehty useita ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöinä valtakunnallisesti, mutta muiden tahojen tutkimuksia ei juurikaan löytynyt. Jatkossa minun tulee oppia käyttämään erilaisia tietokantoja, jotta osaaminen kansainvälistenkin tutkimustulosten hyödyntämisistä kehittyisi.

Työyhteisölle pidetyt koulutustilaisuudet vahvistivat myös omaa asiantuntijaroolia sekä kehittivät vuorovaikutustaitoja. Oli antoisaa huomata, että koulutuksessa osallistujat antoivat hyvää palautetta materiaalista ja osallistuivat aktiivisesti ideariihessä vaaratapahtumalomakkeen kehittämiseen. Itselleni on ollut hyvin tärkeää saada opinnäytetyön kehittämisosasta lopputuotos, jota voidaan konkreettisesti hyödyntää käytännössä.

Opinnäytetyöni valmistui aikataulussa, mikä mahdollisti kolmen kuukauden mittainen opintovapaa. Perustyön ohessa opinnäytetyön tekeminen rasitti liikaa omia ja perheeni voimavaroja. Mielestäni on tärkeää tunnistaa omat voimavarat tutkimustyötä tehdessään koska työn eteenpäin saattaminen vaatii keskittymistä ja halua viedä työtä eteenpäin. Motivaation ylläpitämisessä ohjaava opettaja osasi kiittävästi tukea minua tutkijana ja antoi täyden tuen rajata opinnäytetyön sisältöä omiin voimavarioihini peilaten. Myös työyhteisön ja perheen tuki on ollut äärimmäisen tärkeää, jotta opinnäytetyö on valmistunut suunnitelman mukaan.

6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimus mahdollisuudet

Opinnäytetyön johtopäätöksenä esitän:

1. Työyhteisön tulee oppia ymmärtämään, mitä vaaratapahtumailmoitukset kertovat toiminnasta ja miten vaaratapahtumailmoituksia voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämisessä.
2. Henkilöstöä tulee tukea aktiiviseen vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen, jonka mahdollistaa säännöllinen ilmoitusten käsittely esimiehen johdolla, syyllistämättömyys sekä toiminnan kehittäminen ilmoitusten avulla.
3. Vaaratapahtumailmoituksilla voidaan kehittää koko organisaation turvallisuuskulttuuria.

Jatkotutkimusaiheena esittäisin henkilöstön ja esimiesten kokemusten tutkimista siitä, miten vaaratapahtumailmoitusten toimintaohje on toiminut ja mitä hyötyä siitä on ollut. Näiden kokemusten pohjalta toimintaohjetta voidaan kehittää. Jatkotutkimuksena voitaisiin myös tutkia toimintaohjeen todellisia hyötyjä potilasturvallisuuteen. Tähän tulisi kehittää sopiva mittari, jolla voitaisiin nähdä esimerkiksi taloudelliset hyödyt tai vaaratapahtumailmoitusten myötä tulleiden toimenpidemuutosten vaikutukset potilasturvallisuuteen tai asiakastyytyväisyyteen. Tulevaisuuden kehittämishankkeena on se, kuinka koko Kitinkannuksen organisaatio saadaan osallistumaan toimintaohjeen mukaiseen vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M, Rosenberg, P. 2012. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Helsinki.
- Ahonen, R. & Hartikainen, S. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Alavahtola, P. & Palviainen, J-E. 2014. Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon turvallisuutta. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Saimaan ammattikorkeakoulu. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70725/Alavahtola_Petteri%20ja%20Palviainen_Jan-Erik.pdf.pdf?sequence=1. Viitattu 21.1.2018.
- Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Hyvinvointitekniikan koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu. Saatavissa: http://www.haiopro.fi/aineisto/HaiPro_opinnaytetyo_Hamk_avelin_lepola.pdf. Viitattu 16.11.2017.
- Doupi, P. 2009. National Reporting Systems for Patient Safety incidents. A review of the situation in Europe. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 13/2009. Gummerus Printing. Jyväskylä.
- Fischer, M. 2014. Positiivisesti poikkeava vuorovaikutus. ProComma Academic 2014, 48–57.
- HaiPro. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/>. Viitattu 21.12.2017.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Peltomaa, K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki: Edita.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy
- Hämeenkorpi, M. 2017. HaiPro-ilmoitukset osana ensihoidon potilasturvallisuuden kehittämistä. Centria ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Opinnäytetyö YAMK. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017052410134> Viitattu 26.1.2018.
- Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveystieteiden henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede, 1, 49-51.
- Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampere: Juvenes Print.
- Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen lääkäri-lehti 2010/65, 1123–1127.

- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: Näin kirjoitan opinnäytetyöni tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2008. KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Kasanen, E., Lukka, K. & Siitonen, A. 1991. Konstruktiivinen tutkimusote liiketaloustieteessä. Liiketaloudellinen aikakauskirja. 40:3, 301–329.
- Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitoisuusluokitus ja hoitohenkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos.
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatioissa. Liiketaloustiede 94. Johtaminen ja organisaatiot. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf. Viitattu 20.12.2017.
- Kinnunen, M., Aaltonen, L-M & Malmström, R. 2013. Vaaratapahtumien raportointi. Teoksessa Aaltonen L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 257–273.
- Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenetely. Helsinki: THL.
- Kitinkannus ry laatukäsikirja 2014.
- Kitinkannus ry perehdytysopas 2017. Tervetuloa työyhteisöömme.
- Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitos: Yliopistopaino. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf. Viitattu 24.1.2018.
- Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö 5 (3), 10–15.
- Kuisma, P. 2010. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteiden laitos. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 22.1.2018.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Viitattu 21.1.2018.
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>. Viitattu 15.11.2017.

- Lindh, P. & Heinonen, V. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuusopas. Porvoo: Oy Painotalo tt-urex Ab.
- Latvala, E. & Vanhanen–Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S & Nikkonen, M. (toim.) Laadullisen tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell OY, 21–43.
- Leinonen, T., Pekurinen, M. & Rääkkönen, O. 2008. Tilannekatsaus terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes, raportteja 38/2000. Helsinki: Valopaino Oy.
- Mannila, E. 2017. KOHTI TURVALLISUUDEN KULTTUURIA–Kuinka viestinnän keinoin voi kehittää organisaation turvallisuutta? Jyväskylän yliopisto, Yhteisöviestinnän maisteritutkielma. Maisteritutkielma. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/53521/URN_NBN_fi_jyu-201704071926.pdf?sequence=5. Viitattu 11.11.2017.
- Mertanen, V. 2015 Työturvallisuuden perusteet. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. & Saldaña, J. 2014. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Niemi–Himanka, A. 2014. HaiPro-vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä. Centria ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö. Opinnäytetyö YAMK. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014061212777>. Viitattu 27.1.2018.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Paasonen, J. 2012. Oppilaitoksen turvallisuusjohtaminen. Tallinna: AS Pakett.
- Palukka, P. 2010. Tuottavuuden ja turvallisuuden ristiriita johtamisessa. Työelämän tutkimuspäivien konferenssijulkaisu 1/2010. Tampere: Tampereen yliopisto, 160–169.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122 (20), 2459–2470.
- Peltomaa, K. 2011. SBAR-työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. Spirium 46 (2), 20-21.
- Pihkala, L. 2010. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen Espoon sairaalassa. Potilasturvallisuuskulttuurin kartoitus. Metropolia. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö YAMK. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25372/Pihkala%20Lea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 27.1.2018.
- Potilas- ja asiakasturvallisuussstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Helsinki: STM. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 2.12.2017.
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>. Viitattu 22.1.2018.

- Reiman, T & Oedewald, P. 2009. Terveysthuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa Kinnunen, M & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin, hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto, 43–62. Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Rohweder, L. 2008. Konstruktiivinen tutkimusote pedagogiikan kehittämisessä. Teoksessa: Rohweder, L. & Virtanen, A. Kohti kestävä kehitystä. Pedagoginen lähestymistapa, 11–15. Opetusministeriön julkaisuja 2008:3.
- Ruuhilehto, K. 2008. Virheilmoitusten käsittely—esimiesten vaativa rooli. Premissi. Terveysten- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu. 3, 39–42.
- Ruuhilehto, K. 2009. Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 147–171.
- Räsänen, K. & Meretoja, O. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sarste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinto. Pro gradu-tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120469/urn_nbn_fi_uef-20120469.pdf. Viitattu 19.12.2017.
- Seitsonen, H. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Seppälä, C. 2011. Osastohoitajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Sneck, S. 2016. Sairaanhoitajien lääkehoidon osaaminen ja osaamisen varmistaminen. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöstutkimus.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Suomen Graafiset palvelut Oy.
- STM. 2008. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Helsinki: STM. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111634/Selv200816.pdf?sequence=1>. Viitattu 19.12.2017.
- STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3 2. korjattu painos. Helsinki: STM.
- STM julkaisuja 2011:2. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71829/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226219.pdf?sequence=1>. Viitattu 2.12.2017.

STM. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 21.1.2018.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 28. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>. Viitattu 22.12.2017.

Swayze, S. C. & Rich, S. E. 2012. Promoting Safe Use of Medical Devices. The Online Journal of Issues in Nursing. 17(1). Saatavissa: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No1-Jan-2012/Articles-Previous-Topics/Safe-Use-of-Devices.html>. Viitattu 27.1.2018.

Ståhlberg, T. 2015. Terveystuotteen turvallisuuden lakisääteiset määräykset kansainvälisillä markkinoilla. Suomi ja EU fokuksessa. Saatavissa: https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/terveydenhuollon_laitteiden_lakisaateiset_maaraykset_opas.pdf. Viitattu 27.1.2018.

Terveystuotelahti 30.12.2010/1326. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Viitattu 25.1.2018.

Terveystuotelahti. 2011. Potilasturvallisuusopas. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>. Viitattu 27.1.2018.

Terveystuotelahti. 2018. Sote-uudistus, ajankohtaista. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista>. Viitattu 26.1.2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 26.1.2018.

Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen roolimenetelmien kentässä. Teoksessa: Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Hansaprint.

Valvira. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja. Puolivuotisraportti. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran_sote_valvontahavainnot_puolivuotisraportti_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96. Viitattu 27.1.2018.

Vanhasasi-Huida, S. 2008. Vaaratapahtumien raportointi osastonhoitajien arvioimana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

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

Kirjoita vastaus kysymyksen alla olevaan tyhjään tilaan.

1. Millaisia käsityksiä sinulla on vaaratapahtumailmoitusten raportoinnista?

2. Mitkä asian vaikuttavat vaaratapahtumaraportointiin?

3. Millainen merkitys vaaratapahtumailmoitusten käsittelystä on turvallisuuden kehittämiseen?

Hyvä henkilöstön edustaja

Opiskelen Sosiaali- ja terveydenalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Centria-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni tavoitteena on tukea henkilökunnan osaamista vaaratapahtumaraporttien tuottamisessa, jotta se tukisi turvallisuuden johtamista. Tarkoitukseni on tuottaa yhtenäiset kirjalliset ohjeet vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen Kitinkannuksessa. Tällä kyselyllä haen tietoa vaaratapahtumailmoitusten täyttäjien tämän hetkisiä käsityksiä.

Saatu tietoa hyödynnetään vaaratapahtumaraportoinnin ohjeiden luomisessa yhdessä henkilökunnan kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on nimetön ja vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja ne hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyöni valmistuttua vuoden 2018 alussa. Vastausaikaa kyselyyn on 11.9–24.9.2017.

Opinnäytetyöni ohjausryhmässä toimii lääkäri Sari Juntunen, vastaava sairaanhoitaja Maija Mattila, vastaava fysioterapeutti Piia Vuotila sekä työelämäohjaajana toimitusjohtaja/työsuojelupäällikkö Katri-Helena Syri. Ohjaavana opettajana toimii Annukka Kukkola

Vastauslomakkeen voit sulkea mukana olevaan kirjekuoreeseen ja jättää vastauksen palautuslaatikkoon.

Vastaan mielelläni kysymyksiin kyselyä ja opinnäytetyötä koskien sähköpostilla.

Kiitos etukäteen vastauksista!

Yhteistyöterveisin

Anu Lepistö, anu.lepisto@centria.fi

Millaisia käsityksiä sinulla on vaaratapahtumailmoitusten raportoinnista?

LIITE 3/1

Merkitsevä ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>-”ilmoituksia tehdään vähän” - ”ilmoituksia tehdään harvoin” -”Vaaratapahtumia kirjataan vähän” -”Kaikkia tapahtumia ei kirjata” -”Vaaratapahtumia kirjataan vähän”</p>	<p>Ilmoituksia tehdään vähän. Tapahtumia kirjataan vähän.</p>	<p>Ilmoituksia tehdään harvoin</p>
<p>-”Ei tiedetä mistä asioista tulisi tehdä” -”Ei tiedosteta kaikkia tilanteita, josta ilmoitus tulisi tehdä” -Ei selvää ohjeistusta. -Raportointi talossa kirjavaa ja yhtenäinen käytäntö puuttuu.</p>	<p>Ei tiedetä mistä ilmoitus tulee tehdä. Ei tiedosteta tilanteita, josta tulisi ilmoitus tehdä. Ei selvää ohjeistusta. Raportointi kirjavaa, yhtenäinen käytäntö puuttuu.</p>	<p>Yhtenäisen ohjeistuksen puuttuminen.</p>
<p>-”Asiaa ei ole pidetty esillä” -Toteutumisesta ei ole tietoa. -”Ei johda toimenpiteisiin”</p>	<p>Asia ei ole esillä. Toteutumisesta ei tietoa. Ei johda toimenpiteisiin.</p>	<p>Ilmoitusten käsittely ei toteudu.</p>
<p>-”Kaikista pitäisi tehdä ja ne myös käsitellä” - Käydä asia yhdessä läpi. -Tulisi tehdä tapahtuman jälkeen. -”potilas/asiakasta vaarantava tilanne, siitä pitää tehdä ilmoitus” -Tapahtuma pitää kirjata mahdollisimman tarkkaan ja totuudenmukaisesti.</p>	<p>Kaikista tapahtumista ilmoitus ja sen käsittely. Ilmoituksen käsittely yhdessä. potilasta/asiakasta vaarantavasta tilanteesta ilmoitus. Tapahtuman kirjaus tarkasti ja totuudenmukaisesti</p>	<p>Kaikista tilanteista ilmoitus ja asianmukainen käsittely.</p>

Mitkä asiat vaikuttavat vaaratapahtumien raportointiin?

Merkitsevä ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
-Epätietoisuus, mistä lomakkeen löytää -Nopea- ja helppokäyttöinen lomakkeen puute. -Lomakkeet näkyville ja saataville.	Epätietoisuus, mistä lomakkeen löytää Lomakkeen puuttuminen Lomake näkyville ja saataville	Lomake vaikea löytää.
-Ei tiedetä miten toimia. -Selkeät ohjeet, mikä luetaan vaaratapahtumaksi -Oltava selkeä ohjeistus, miten toimitaan. -Ei ymmärretä mistä pitäisi ilmoitus tehdä... -Selkeät ohjeet miten raportoidaan. -Tietoisuus, mitä ja minne kirjataan.	Ei tietoa, miten toimitaan Ohje, mikä on vaaratapahtuma Ohjeistus toimintatavasta Ohje vaaratapahtumasta ja mitä/miten raportoidaan	Ohje vaaratapahtuman sisällöstä ja ohjeet vaaratapahtuman raportoinnista.
-Kuinka työntekijä on perehdytetty raportointiin... -Vaaratapahtumalomakkeeseen perehdyttämisen.	Miten perehdytys on toteutettu	Perehdytys raportoinnista
-Ajan puute -Kiire -Kiire ja ajanpuute. -Ei ehdi kirjoittaa raporttia. -Kiire vähentää/lyhentää kirjauksia	Ajan puute Kiire Kiire, ajanpuute Ei ehdi kirjoittaa raporttia Kiire vähentää/lyhentää kirjauksia	Ajan puute
-Hävettää, jos kaikki saa tietää. - Vaaratapahtumat tulisi käsitellä nimettömänä, ei tule tunnetta, että syyllistetään. -...pelätään seuraamuksia...	Häpeä Syyllistäminen Pelko seuraamuksista	Syyllistäminen
-Vaaratapahtuman vakavuus ja laajuus sekä tapahtuman seurausten vakavuus. -Vaaratapahtuman laadulla on merkitystä. -Välinpitämättömyys, ei koeta asiaa tärkeäksi. -Oma arvio, onko tilanne raportoinnin arvoinen.	Vaaratapahtuman vakavuus seurauksineen Vaaratapahtuman laatu Välinpitämättömyys Oma arvio, vaatiiko tilanne raportointia	Vaaratapahtuman vakavuus

Millainen merkitys vaaratapahtumailmoitusten käsittelyllä on turvallisuuden kehittämiseen?

Merkitsevä ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>-Käsittelemällä vaaratapahtumat yhdessä, voidaan hoitotyötä ja ympäristöä kehittää.</p> <p>- Käydä yhdessä läpi mitä ja miksi tapahtui, miten tapahtuma oltaisiin voitu välttää.</p> <p>-Ilmoitukset ääneen purettuna antaa uutta näkökulmaa.</p> <p>- Ilman käsittelyä ei voi kehittää ja toisaalta pelkkä käsittely ei ehkä aina riitä.</p>	<p>Käsittelemällä kehitetään työyhteisöä.</p> <p>Yhdessä läpikäyminen.</p> <p>Uuden näkökulman löytyminen</p> <p>Ilman käsittelyä ei voida kehittää.</p>	<p>Käsittelemällä vaaratapahtumat yhdessä kehitetään toimintatapoja.</p>
<p>-Tapahtumista voidaan ottaa opiksi ja kehittää toimintoja niin, ettei vastaavia tilanteita sattuisi.</p> <p>-Tärkeä on juuri sen opettavaisuuden kannalta.</p> <p>-Ollennainen, jotta asioihin pystytään reagoimaan sekä oppimaan.</p> <p>- Virheistä oppii.</p> <p>-Henkilöstö tiedostaa vaaratapahtumat ja jos niitä tulee, osaa toimia oikealla tavalla.</p>	<p>Opitaan tilanteista ja kehitetään toimintoja</p> <p>Reagoidaan ja opitaan.</p> <p>Virheistä oppiminen.</p> <p>Tiedostetaan vaaratapahtumat ja toimitaan oikein.</p>	<p>Oppiminen vaaratapahtumista</p>
<p>-Turvallisuutta voidaan parantaa.</p> <p>-Potilas/asiakasturvallisuus parantuu.</p> <p>-Tärkeä merkitys, koska se lisää turvallisuutta.</p>	<p>Turvallisuuden paraneminen</p> <p>Asiakas/potilasturvallisuus parantuu.</p> <p>Lisää turvallisuutta</p>	<p>Turvallisuuden paraneminen</p>
<p>-Työntekijöiden huomio kiinnittyisi paremmin vaaratilanteisiin jo ennaltaehkäisevästi.</p> <p>- Tärkeä merkitys; kuinka tulevaisuudessa voidaan ennaltaehkäistä mahdolliset vaaratilanteet.</p> <p>-Pystytään ennakoimaan vaaratilanteita paremmin.</p>	<p>Työntekijän huomio vaaratilanteisiin ennaltaehkäisevästi.</p> <p>Ennaltaehkäistään vaaratilanteet.</p>	<p>Ennaltaehkäistään vaaratapahtumia</p>

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Kitinkannus RyVastuhenkilö organisaatiossa Katri-Helena SyriTutkimusluvan anoja(t) Anu LepistöOsoite Sykaräisentie 590 69300 ToholampiPuhelin 044-5315898Sähköpostiosoite anuemilia84@gmail.comTutkimuksen nimi VAARATAPAHTUMALOMAKKEIDEN
HYÖDYNTÄMINEN TURVALLISUUDEN JOHTAMISESSATutkimuksen tarkoitus Kiijalliset raportointiohjeet vaara-
tapahtumalomakkeen täyttämiseen.Tutkimuksen kohderyhmä Kitinkannuksen hoito-osaston ja
kuntoutusosaston henkilökunta.Aineiston keruun arvioitu ajankohta 11.9 - 24.9 - 2017Tutkimusmenetelmä Laadullinen, induktiivinen
sisältöanalyysiTutkimussuunnitelma hyväksytty 4 / 9 20 17Tutkimuksen ohjaaja ANNUKKA KUKKOLA

Lupa myönnetään

paikka Kannuksessa aika 4 / 9 20 17 anomuksen mukaisesti muutosehdotuksin hylättyLuvanmyöntäjän allekirjoitus KMM

LIITTEET

 Tutkimussuunnitelma Kysely/haastattelulomake Muut liitteet, mitkäSAATEKIRJE