

POTILAIEN JA OMAISTEN ILMOITTAMAT VAARA- TAPAHTUMAT ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Jaana Friari

Pro gradu -tutkielma

Sosiaali- ja terveydenhuollon tieto-
hallinto

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

Huhtikuu 2016

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta sosi-
aali- ja terveystieteiden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

FRIARI JAANA: Potilaiden ja omaisten ilmoittamat vaaratapahtumat erikoissairaanhoidossa

Pro gradu -tutkielma, 63 sivua, 3 liitettä

Tutkielman ohjaajat: TtT Ulla-Mari Kinnunen, THM Eija Kivekäs
FT, dosentti Kaisa Haatainen

Huhtikuu 2016

Avainsanat: osallisuus, potilaslähtöisyys (YSA), potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, potilastyytyväisyys (Tero),

Potilasturvallisuus on tärkeä osa laadukasta terveydenhuoltoa. Terveydenhuollon toimintakulttuurin kehittäminen potilasturvallisempaan suuntaan edellyttää tietoa vaaratapahtumista. Potilaat ovat itseään koskevien asioiden asiantuntijoita, joten heillä on tietoa, jonka avulla terveydenhuollon prosesseja voidaan kehittää.

Tutkimuksen tarkoitus oli analysoida potilaiden ja heidän omaistensa ilmoittamat vaaratapahtumat sekä ilmoitusten seuraukset. Tutkimuksessa pyrittiin identifioimaan ja kuvaamaan potilaiden tekemien vaaratapahtumailmoitusten sisältö, yleisyys ja tunnuspiirteet sekä potilaiden osallisuus. Tutkimuksessa etsittiin myös ammattihenkilöstön vastaavat ilmoitukset. Tämän tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa toimintaprosessien kehittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Tutkimuksen kohteena oli erikoissairaanhoidon piirissä olleiden potilaiden ja omaisten tekemät vaaratapahtumailmoitukset vuosilta 2013 – 2014 (n = 51). Ilmoitukset koskivat 49 vaaratapahtuma. Kahdesta tapahtumasta oli tehty kaksi erillistä ilmoitusta. Tutkimusmenetelminä käytettiin kvantitatiivista sekä kvalitatiivista analyysia. Suppeasta aineistosta johtuen, kvantitatiivisessa osuudessa laskettiin vain prosentiosuuksia ja lukumääriä. Ilmoitusten sisältöä analysoitiin teemoittelemalla tekstiä tapahtuman yksilöintiin, kommunikointiin ja potilaiden osallistumismuotoon liittyen.

Suurin osa tapahtumista oli haittatapahtumia, noin 20 % oli läheltä piti –tapahtumia. Yli puolessa tapahtumista seuraus potilaalle oli lievä tai kohtalainen haitta. Puolet tapahtumista liittyivät tiedonkulkuun tai lääkehoitoon. Potilaiden osallisuus ilmenee kysymyksenä, pyyntöinä, huomioina ja ilmoituksina. Potilaat tunnistavat varsinkin lääkitykseen liittyvät vaaratapahtumat. Myös kommunikointiin liittyviä tapahtumia yksilöidään ja potilaat toivovatkin, että heitä kuunneltaisiin. Enin osa tapahtumien toistumisista voitaisiin ehkäistä kommunikointia ja tiedonkulkua parantamalla. Aineistosta löytyi myös muutamia konkreettisia vaaratapahtumien ehkäisytaapoja.

Potilaat ja heidän omaistensa tunnistavat erikoissairaanhoidon vaaratapahtumia. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa, kun potilaita kuunnellaan ja kannustetaan ilmoittamaan vaaratapahtumista. Sähköiset ilmoitusjärjestelmät lisäävät toimintaprosessien muuttamiseen tarvittavan tiedon keräämistä.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies, Department of Health Policy and Management, Health and Human Services Informatics

FRIARI JAANA: Patient safety incidents reported by inpatients and their relatives in specialized health care

Master's thesis, 63 pages, 3 appendices

Advisors: PhD Ulla-Mari Kinnunen, MSc Eija Kivekäs
 PhD, Docent Kaisa Haatainen

April 2016

Keywords: patient safety, patient injury, patient satisfaction (MeSH) client orientation, patient centered

Patient safety is important when quality is concerned in healthcare. Improving health care process' and culture requires information concerning patient safety incidents. Patient and their relatives are important informants related to patient safety.

The objective of the study was to find out what kind of patient safety incidents are reported by inpatients and their relatives and how patients' participation is represented in their reports.

The data was collected from specialized health care. Data consisted of 51 patient safety reports made in 2013 – 2014. The reports were in digital format. Quantitative method was used to analyze the nature and the type of incident. Qualitative analysis was used to analyze how patients' participation was represented. Also suggestions for actions to be taken to prevent incident and description of the action put into practice were analyzed by qualitative analysis

Main of the incidents happened to patient. Consequences for the patient were moderate or slight harm. Incidents related to medication or communication were identified. Patients participated the process by telling, asking and communicating. The proposed decision for reconstructive actions could include discussions and information. Few concrete actions were made.

Patients and their relatives can provide valuable information concerning patient safety. It is important to listen to patients and encourage them to communicate.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
2.1 Tutkimukseen tehty kirjallisuushaku	8
2.2 Potilasturvallisuus	10
2.2.1 Vaaratapahtumien ilmoittaminen	14
2.2.2 Potilaan osallisuus.....	20
2.3 Tiedonhallinnan prosessimalli tässä tutkimuksessa	25
2.3.1 Tiedon tarpeiden määrittely (Information Needs)	26
2.3.2 Tiedon hankinta (Information Acquisition).....	26
2.3.3 Tiedon organisointi ja varastointi (Information organization and storage).....	27
2.3.4 Tietotuotteiden- ja palvelujen kehittäminen (Information products/services)	28
2.3.5 Tiedon jakelu (Information distribution).....	29
2.3.6 Tiedon käyttö (Information use)	29
2.3.7 Toiminnan sopeuttaminen (Adaptive behavior).....	30
2.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma tässä tutkimuksessa	32
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	34
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	35
4.1 Käytetyt tutkimusmenetelmät.....	35
4.2 Käytetty tutkimusaineisto ja analyysi	36
5 TULOKSET	39
6 POHDINTA.....	47
6.1 Tutkimuksen eettisyys	47
6.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	48
6.3 Tulosten tarkastelu	49
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	50
LÄHTEET.....	52

KUVIOT

KUVIO 1. Potilasturvallisuussanasto	11
KUVIO 2. Potilasturvallisuuden uusi tutkimusalue	15
KUVIO 3. Tiedonhallinnan prosessimalli	25
KUVIO 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma	32
KUVIO 5. Seuraus hoitavalle yksikölle, potilaiden ilmoitukset	40
KUVIO 6. Seuraus hoitavalle yksikölle, ammattihenkilöstön ilmoitukset	40
KUVIO 7. Tapahtuman tyyppi, potilaiden tai omaisten ilmoitukset.....	41
KUVIO 8. Tapahtuman tyyppi, ammattihenkilöstön ilmoitukset.....	42

TAULUKOT

TAULUKKO 1. PICo hakutermit	9
TAULUKKO 2. Vaaratapahtuman päätyypit	17
TAULUKKO 3. Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät	19

LIITTEET

LIITE 1 Hakustrategia	55
LIITE 2 Taulukko tutkimuksista	57
LIITE 3 HaiPro ilmoitusten käsittelyprosessi	60

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö (WHO) perusti vuonna 2004 World Alliance for Patient Safety (WASP) yhteenliittymän. Allianssin tarkoitus on kehittää potilasturvallisuutta maailmanlaajuisesti. Allianssi on tehnyt potilasturvallisuuteen liittyvää käsiteellistämistyötä kansainvälisessä potilasturvallisuuden luokitteluprojektissa (International Classification for Patient Safety, ICPS). (WHO Patient safety 2015.) Myös Euroopan Unionilla (EU) on potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan hankkeita. EU:n julkaisema potilasturvallisuuspaketti (Patient safety package) sisältää muun muassa komission raportin potilasturvallisuudesta sekä hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisystä ja valvonnasta. (Patient safety package - European Commission 2015.)

Terveydenhuoltolain 8 § (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 2010) mukaisesti terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava myös laadukasta ja turvallista. Terveydenhuollon toimintayksikön on tehtävä laadunhallintasuunnitelma ja suunnitelma potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmien sisältöä säädellään Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetuksella. Asetuksen mukaan suunnitelmista on selvittävä, miten potilas voi antaa palautetta potilasturvallisuuden tasosta ja hoidon laadusta. Myös menettelytavat, joilla potilaalle annetaan tietoa haittatapahtuman jälkeen, tulee kuvata suunnitelmassa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011 2011.)

Terveydenhuoltolain yhtenä tarkoituksena on myös terveydenhuollon palvelujen asiakaskeisyyden vahvistaminen. STM:n johdolla on luotu ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia, jonka toiminta-ajatuksena on potilasturvallisuuden edistäminen yhdessä potilaiden kanssa. Strategian tavoitteena on muun muassa vaaratapahtumien raportoiminen ja niistä oppiminen sekä potilasturvallisuuskulttuurin luominen organisaatioon. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009.) Myös WHO nostaa potilaiden ja omaisten osallisuuden esille potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä. WHO:lla on käynnissä ohjelma, jossa keskitytään potilaiden, omaisten, läheisten ja yhteisöjen näkemyksen esiin tuomiseksi. (WHO Patient safety 2015.)

Terveydenhuollon turvallisuus sisältää potilasturvallisuuden, johon kuuluu hoidon ja lääkehoidon turvallisuus sekä laiteturvallisuus. Jotta laitteet toimisivat oikein ja ammattihenkilöstö saisi hoidossa tarvitsemansa tiedot, täytyy tietoturvallisuuden olla kunnossa. Tietoliikenneyhteydet tulee olla suojattuja niin virtuaalisesti (esimerkiksi verkon palomureilla) kuin fyysisesti (esimerkiksi konesalien paloturvallisuus). Fyysinen turvallisuus liittyy myös yleisemmin potilasturvallisuuteen; esimerkiksi valaistus tai paloturvallisuus tulee huomioida turvallista ympäristöä rakennettaessa. Henkilöturvallisuuteen panostamalla voidaan torjua väkivaltatilanteet ja tapaturmat. (Inkinen 2013.)

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston mukaan potilasturvallisuus tarkoittaa periaatteita ja toimintatapoja, joilla terveydenhuollon ammattihenkilöt ja organisaatiot pyrkivät varmistamaan turvallisen hoidon ja estämään potilaan vahingoittumisen. Potilaalle tämä tarkoittaa, että hän saa oikea-aikaista ja oikeanlaista hoitoa, joka on annettu oikealla tavalla ja josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja riskien hallintaa. Laadun pettämisen ja riskin toteutumisen seurauksena on vaaratapahtuma, joka voi olla läheltä piti –tapahtuma. Tästä ei aiheudu potilaalle haittaa. Jos vaaratapahtumasta aiheutuu potilaalle haittaa, on kyseessä haittatapahtuma. (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.)

Potilaiden liikkuvuuden, osallisuuden ja valinnanvapauden lisääntyessä on terveydenhuollon palvelujärjestelmien toimittava asiakaslähtöisesti, jolloin palvelut ovat kaikkien saatavilla. Asiakaslähtöinen toimintatapa edellyttää potilaan tahtoon perustuvaa joustavaa ja turvallista tiedonvaihtoa eri toimijoiden kesken. Sähköisen tiedonhallinnan avulla tieto on mahdollista saada reaaliaikaisena. Digitalisointi mahdollistaa potilaan osallisuuden lisäämisen ja luo terveydenhuollon ammattihenkilöstölle toimivat työkalut. STM:n ”Sote-tieto hyötykäyttöön” -strategian tavoitteena on luoda kansalliset tietotekniset standardit, määrittelyt, palvelu ja alustat, jotka tukevat tiedonjakoa ja järjestelmien yhteen toimivuutta. Rajalliset resurssit saadaan kohdennettua oikein digitalisoinnin avulla ja tiedon jalostaminen ja hyödyntäminen on tehokkaampaa. (Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020 2013)

Terveydenhuollon digitalisointi alkoi Suomessa 1980-luvulla. Sähköisen potilaskertomuksen sisällöllisiä standardeja on kehitetty 1990-luvulta ja teknisiä tiedonsiirtostandardeja 2000-luvulta lähtien. (Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020 2013, p.8.) Valtakunnalliseen hoitoilmoitusrekisteriin (HILMO) on voitu vuodesta 2005 lähtien kirjata hoidon haittavaikutukset. Rekisteriin ei kuitenkaan kirjata läheltä-piti ja lievää haittaa aiheuttaneita tapahtumia.

Terveydenhuollon vaaratapahtumista raportoidaan HaiPro-järjestelmän kautta. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorengo, Wallenius 2011.) HaiPro-raportointimenetely on tietotekninen työkalu, joka on syntynyt Valtion teknisen tutkimuskeskuksen, STM:n, lääkelaitoksen ja terveydenhuollon yksiköiden yhteistyönä vuonna 2007. Järjestelmä on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. HaiPro on tarkoitettu organisaation sisäiseen käyttöön sen toiminnan kehittämiseksi. Järjestelmään voi ilmoittaa myös henkilöstön työturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat. Vaaratapahtumailmoitukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonymisti. Ilmoitukset perustuvat vapaaehtoisuuteen ja niiden perusteella ei etsitä syyllisiä tapahtumiin. (HaiPro, Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.) Vaaratapahtuman voi ilmoittaa tapahtumassa mukana ollut tai sen havainnut henkilö (Knuuttila, Ruuhilehto, Wallenius 2007). Potilasturvallisen kulttuurin luominen terveydenhuollon toimintayksikköön edellyttää syyllistämätöntä raportointia ja teknisiä ratkaisuja vaaratapahtumien estämiseksi.

Potilasturvallisuuden parantamisella on suuri merkitys terveydenhuollon ja sen johtamisen kannalta. Parantunut potilasturvallisuus tuottaa laadukkaampaa hoitoa. Myös potilaiden osallisuuden lisäämiseen kannustetaan, koska potilaat ovat itseään koskevien asioiden parhaita asiantuntijoita. Potilaiden ilmoitukset vaaratapahtumista ovat vielä vähäisiä. Osasyynä tähän on arvioitu olevan modernien sähköisten ilmoitusjärjestelmien puuttuminen maailmanlaajuisesti. Usein palautetta kerätään yleisillä kyselyillä ja haastatteluilla, joten saatava palaute on lähinnä asiakaspalautetta ei niinkään vaaratapahtumien ilmoitusta, joihin paremmin soveltuu strukturoitu muoto varsinkin sähköisissä järjestelmissä. (Kinnunen, Saranto 2013.)

Tutkimuksen tarkoitus on analysoida potilaiden ja heidän omaistensa ilmoittamat vaaratapahtumat sekä ilmoituksen seuraukset. Tutkimuksessa pyritään identifioimaan ja kuvaamaan potilaiden tekemien vaaratapahtumailmoitusten sisältö, yleisyys ja tunnuspiirteet. Tutkimuksen tarkoituksena on myös etsiä vastaavat tapahtumat ammattihenkilöstön ilmoituksista. Tämän tutkimuksen tavoite on tuottaa tietoa toimintaprosessien kehittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Teoria on pohja, jolle tutkimus rakentuu ja erottaa sen selvityksestä. Teoria tarkoittaa tieteellistä selitystä tai selitysjärjestelmää. Tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu käsitteistä, jotka on määritelty haetun kirjallisuuden perusteella sekä Chun Wei Choon (Choo 1998) esittämästä tiedonhallinnan prosessimallista. Mallin mukaan seitsemän keskeistä tekijää määrittelevät organisaation kyvyn oppia ja sopeutua yhteisesti asetettujen päämäärien saavuttamiseksi sekä ulkopuoliseen haasteeseen vastaamiseksi. Prosessissa tieto kulkee tulkinnan, uuden luomisen ja käytäntöjen sopeuttamisen välillä muodostaen verkoston, jossa organisaation merkitys omasta identiteetistä ja toiminnasta rakentuu (Choo 1998.)

2.1 Tutkimukseen tehty kirjallisuushaku

Teoreettinen viitekehys koostuu tutkimuksen aiheeseen liittyvistä keskeisistä elementeistä, joita ovat teoria ja käsitteet. Kirjallisuuskatsaus on selvitys siitä, miten ja millä menetelmillä aihetta on tutkittu. Kirjallisuuskatsauksen avulla tutkimukselle luodaan teoreettinen pohja ja määritellään keskeiset käsitteet (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, p. 85). Kirjallisuushaussa pyritään saamaan laaja-alainen kuva tutkimustiedosta, joka vastaa asetettuun kysymykseen. Kirjallisuuskatsaus voi olla meta-analyysi, systemaattinen katsaus tai kuvaileva katsaus. Kuvaileva katsaus jaetaan narratiiviseen tai integroivaan katsaukseen, joka kokoaa aikaisempaa tutkimusta ja siitä tehtyjä johtopäätöksiä. (Salminen 2011.)

Tämän tutkimuksen kirjallisuushaku tehtiin kolmeen sähköiseen tietokantaan, jotka ovat Suomalainen terveystieteiden viitetietokanta Medic, kansainvälinen lääketieteellinen kokoteksti- ja viitetietokanta PubMed sekä kansainvälinen monitieteinen viittaus- ja tiivistelmätietokanta Scopus. Kirjallisuushaun hakustrategiassa määritellään hakutermit ja niiden yhdistäminen hakulausekkeiksi. Hakustrategia voi laajemmassa mielessä tarkoittaa myös tietolähteiden valintaa ja kuvausta siitä, miten löydettyjä lähteitä on käytetty. (Mäkelä, Autti-Rämö 2007, p. 49.) Tämän tutkimuksen hakutermit on esitetty taulukossa 1 ja hakustrategia liitteessä 1.

TAULUKKO 1. PICO hakutermit

P	I	Co
potilaat	osallisuus	sairaala
omaiset	osallistuminen	potilasturvallisuus
läheiset	asiakslähtöisyys	
	potilaslähtöisyys	
patients	satisfaction	hospital
relatives	centered	patient safety
family members	participation	

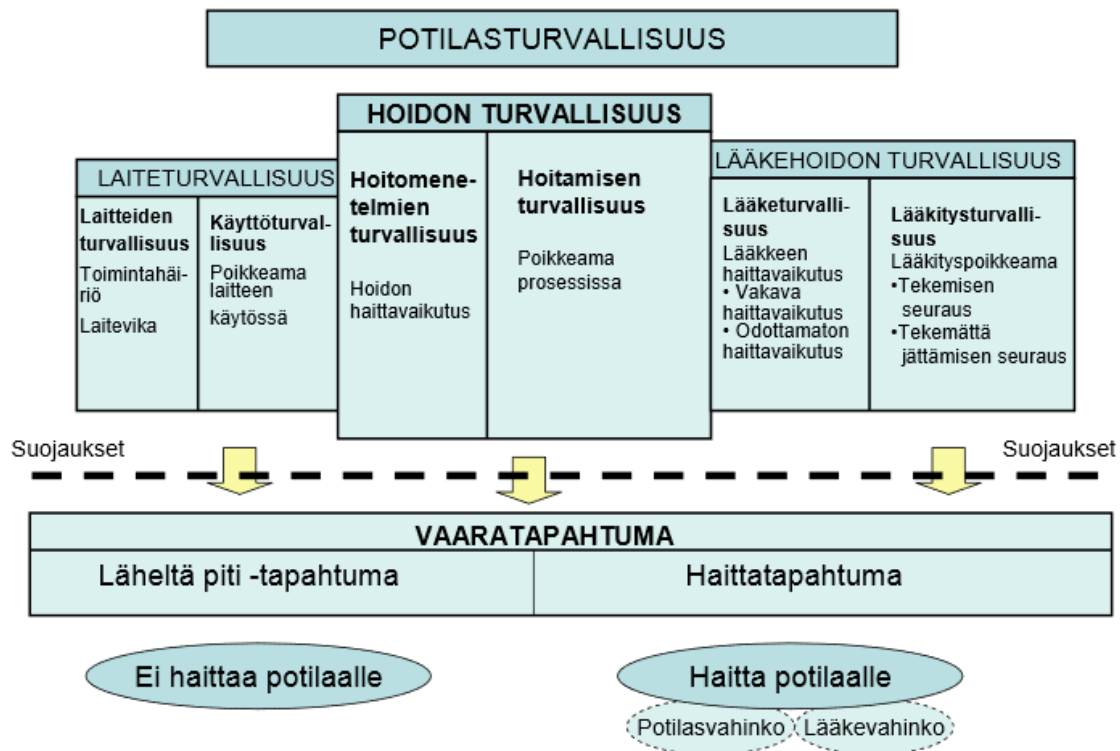
Suomalaiset asiasanat ovat Yleisestä Suomalaisesta asiasanastosta (YSA) ja Terveiden ja hyvinvoinnin ontologiasta (TERO) ja vastaavasti englanninkieliset asiasanat ovat Medical Subject Headings:stä (MeSH).

Hakulauseiden tuloksena saatiin Medic:stä 90, PubMed:stä 10 ja Scopus:sta 258 osumaa vuosilta 2005 - 2015. PubMed-haun tuloksesta jäi jäljelle yksi viite, kun otsikon perusteella poistettiin kahdeksan osumaa ja yksi duplikaatti. Kokotekstin perusteella jäljelle jäänyt osuma ei myöskään ollut sopiva. Medic-haun tuloksesta otsikon perusteella sopivia osumia jäi jäljelle 16, joista kaksi ei ollut sähköisesti saatavissa. Kokoteksti oli sähköisesti saatavilla 14 viitteen kohdalla. Näistä osumista poistettiin kahdeksan opinnäytettä ja abstraktien lukemisen perusteella vielä loput kuusi osumaa. Toinen ei-sähköisessä muodossa oleva osuman lisättiin tässä vaiheessa paperisena. Lisäksi haun ulkopuolelta lisättiin vielä yksi viite. Scopus-haun tuloksesta poistettiin otsikon perusteella 255 osumaa. Jäljelle jääneistä 33:sta osumasta sähköisesti oli saatavilla 25 kokotekstiä. Haun ulkopuolelta lisättiin 15 viitettä ja abstraktin lukemisen jälkeen poistettiin 15 viitettä. Jäljelle jääneiden 25:n kokotekstin lukemisen perusteella sopivia osumia oli 13. Tutkimukseen valikoitui kaiken kaikkiaan 15 viitettä Medic- ja Scopus-tietokannoista. Teoreettiseen viitekehykseen mukaan otetut artikkelit on esitetty liitteessä 2.

2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon prosesseista aiheutuvien haittojen ennaltaehkäisyä ja välttämistä sekä haitan seurausten minimoimista (Vincent 2010, p. 31; WHO Patient safety 2015). Potilasturvallisuus ja laatu ovat tärkeitä ulottuvuuksia terveydenhuollossa. Arvioiden mukaan kehittyneissä maissa joka kymmenes potilas kohtaa vaaratapahtuman sairaalahoidossa esimerkiksi infektion seurauksena. Parantuneella potilasturvallisuudella on myös taloudellinen ulottuvuus pienempien kustannusten ja lisääntyneen tuottavuuden muodossa. Tekniikan kehittymisen myötä myös sairaaloiden verkostoituminen helpottuu: uudet käytännöt ja ratkaisut voidaan helposti jakaa, jolloin myös turvallisuus ja laatu paranevat. (WHO Patient safety 2015.)

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattihenkilöiden periaatteita ja toimintoja, joilla pyritään varmistamaan hoidon turvallisuus sekä suojaamaan potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuus on yläkäsite, joka sisältää hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden, jotka puolestaan voidaan jakaa menetelmään esimerkiksi hoitomenetelmien turvallisuus tai prosessiin esimerkiksi hoitamisen turvallisuuteen liittyvään (kuvio 1). Potilasturvallisuuden pettäessä, potilas voi kohdata vaaratapahtuman, joka voi olla läheltä piti-tapahtuma. Tästä ei aiheudu potilaalle haittaa. Jos vaaratapahtumasta aiheutuu potilaalle haittaa, on kyseessä haittatapahtuma. (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.)



KUVIO 1. Potilasturvallisuussanasto (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007, p. 6)

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto suosittaa käyttämään sanaa poikkeama virheen sijaan. Poikkeama on terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, järjestelmiin ja ympäristöön liittyvä tapahtuma, joka poikkeaa suunnitellusta tai sovitusta tavasta. Poikkeama voi johtua suojausten pettämisestä, tekemisestä tai tekemättä jättämisestä ja voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi olla myös suunniteltu ja potilaan edun mukainen, jolloin se liittyy ennaltaehkäisyyn, hoitoon, kuntoutukseen, taudinmäärittämiseen, kirjaamiseen, seurantaan tai raportointiin. (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.) Haitallisia poikkeamia voi tapahtua hoitotyössä myös inhimillisten erehdysten vuoksi. Vaaratapahtumia voidaan ehkäistä hyvillä toimintatavoilla ja käytännöllä, hyvällä suunnittelulla ja turvallisilla toimintaympäristöillä eli panostamalla potilasturvallisuuteen. (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.)

Suojaus pyrkii tunnistamaan ja estämään vaaratapahtumat ja haitalliset poikkeamat. Suojaukset ovat tietoisesti ja järjestelmällisesti toimintaprosesseihin sisällytettyjä rakenteita

ja menettelyjä. (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.) Potilaalle aiheutuneen haitan lisäksi vaaratapahtumista aiheutuu myös esimerkiksi yhteiskunnallista haittaa lisääntyneinä terveydenhuollon kustannuksina. (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.)

Vaaratapahtuma, joka aiheuttaa potilaalle tilapäistä tai pysyvää ei-toivottua vaikutusta, on haittatapahtuma. Haittatapahtuma ei liity suoranaisesti potilaan sairauteen, vaan on hoidosta johtuva tahaton tapahtuma esimerkiksi sairaalainfektio. Haittatapahtuma voi olla potilasvahinko tai lääkevahinko. Vaaratapahtumasta potilaalle aiheutunut haitta voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai taloudellista. Potilaan kokeman haitan lisäksi myös terveydenhuollon ammattihenkilö voi todeta haitan olemassaolon. Terveyden- ja sairaanhoidon kontekstissa sattuneen haittatapahtuman kohdistuessa potilaaseen on kyseessä potilasvahinkolain mukainen vakuutuskorvaukseen oikeuttava henkilövahinko, joka on sairaus, vamma tai muu terveydentilan heikentyminen tai kuolema. Korvausta suoritetaan henkilövahingosta, jos se on aiheutunut esimerkiksi hoidosta, tapaturmasta, laiteviasta, infektiosta tai virheellisesti toimitetusta lääkkeestä. (Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemistä vaaratapahtumailmoituksista on tehty tutkimuksia, vähemmälle huomiolle on jäänyt potilaiden ilmoitukset (Agoritsas, Bovier, Perneger 2005). Vuosina 2007 - 2009 terveydenhuollon ammattilaiset tekivät 64 405 HaiPro-ilmoitusta 36 suomalaisessa organisaatiossa. Pääosan ilmoituksista teki sairaanhoitaja (69 %). Lääkäri teki 2 % ilmoituksista ja muu henkilökunta 29 %. Aiemmin tehdyn kansainvälisen tutkimuksen mukaan lääkevahinkoilmoituksista suurimman osan teki lääkäri (van den Bemt, Egberts, Lenderink, Verzijl, Simons, van der Pol, Leufkens 1999). Suomessa ilmoitetuista tapahtumista puolet (51 %) liittyivät lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin sekä neljäsosa tapaturmiin ja tiedonvälitykseen. Kansainvälisten tutkimusten mukaan sairaalapotilaista 5 – 10 % altistuu haittatapahtumalle. Vakava haitta aiheutuu 1 %:lle sairaalapotilaista. (Ruuhilehto ym. 2011.)

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan 3,7 % sairaalahoidossa olleista potilaista koki haittatapahtuman hoitajakson aikana ja näistä haittatapahtumista 27.6 % johtui tervey-

denhuollon tuottajien varomattomuudesta. Suurin osa (70,5 %) haittatapahtumista aiheutti pisimmillään kuusi kuukautta kestävä vamma, 2,6 % aiheutti pysyvän vamman ja 13,6 % johti kuolemaan. (Brennan, Leape, Laird, Hebert, Localio, Lawthers, Newhouse, Weiler, Hiatt 2004, p. 145.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöstö toimii tietyssä kulttuurissa ja käyttää ammattisanoja, joka voi olla vierasta potilaille ja heidän omaisilleen. Eri osapuolien tasavertainen kommunikointi on edellytys laadukkaalle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Ihmissuhteisiin liittyvät kysymykset ovat osa hoidon laatua sekä tiedonkulkua ja näkyvät potilaiden kunnioittavana ja arvostavana kohteluna. Potilaiden ilmoitusta prosesseihin liittyvistä vaaratapahtumista voidaan pitää myös luotettavina. Sen sijaan potilaiden kompetenssi lääketieteelliseen päätöksentekoon liittyvään ilmoitukseen on vähäinen. Myös potilaiden komplikaatioiden arviointi on epävarmaa. (Agoritsas ym. 2005.) Huolimatta siitä, että potilaat ovat itseään koskevien asioiden parhaita asiantuntijoita, osa heidän tekemistään vaaratapahtumailmoituksista on selkeästi aiheettomia. Agoritsas ym. (2005) mukaan noin 0,5 – 2 % on aiheettomia ilmoituksia.

Potilaat pystyvät yksilöimään potilasturvallisuuteen liittyvät tapahtumat. Potilaat luokittelevat tapahtumat kahden riski-indeksin suhteen, jotka ovat tapahtuman estettävyys ja sen vakavuus. (Ward, Armitage 2012, pp. 688 – 689.) Potilaat kuitenkin käsittävät tapahtumat erittäin laajalti lähtien palvelun laadusta todellisiin vaaratapahtumiin asti (Waterman, Gallagher, Garbutt, Waterman, Fraser, Burroughs 2006, p. 369.) Potilaiden ilmoitukset vaaratapahtumista ovat yksi menetelmä turvallisuuden lisäämiseksi. Myös muita menetelmiä pitää käyttää luotaessa kokonaisstrategiaa (Ward, Armitage 2012, p. 698).

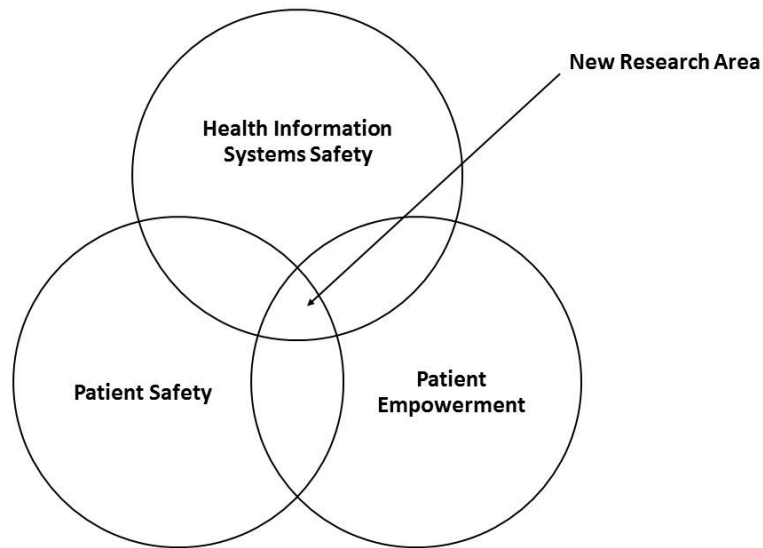
Potilaiden yksilöimät vaaratapahtumat löytyvät harvoin potilastietojärjestelmistä tai sairaalan muista raportointijärjestelmistä. Verrattaessa potilaiden ilmoituksia sairaalan vaaratapahtumaraportteihin, ei vastaavia ilmoituksia löytynyt. Potilastietojärjestelmistä sen sijaan löytyi 55 % vastaavista haittatapahtumista ja 31 % läheltä-piti tapahtumista. (Weingart, Pagovich, Sands, Li, Aronson, Davis, Bates, Phillips 2005.) Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan 163 potilasta kohtasi vakavan haittatapahtuman, joista 108 tapauksessa tapahtuma yksilöitiin vain potilaille tehdyistä kyselyistä (Weingart, Zhu, Chiapetta, Stuver, Schneider, Epstein, David-Kasdan, Annas, Fowler, Weissman 2011, p. 273).

Tutkimusten mukaan mitä vakavammin sairas potilas on, sitä herkempi hän on vaaratapahtumille. Vakavasti sairaan potilaan oma kyky vaaratapahtumista ilmoittamiseen on alentunut, jolloin potilaan omaiset ja läheiset nousevat merkittävään rooliin ilmoituksen tekemisessä. (Waterman ym. 2006, p. 369.) Vastaavasti potilaiden, jotka kykenevät osallistumaan omaan hoitoonsa, riski vaaratapahtumiin pienenee, koska he pystyvät antamaan tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöstölle esimerkiksi lääkityksestään. Osallistuvat potilaat havainnoivat, yksilöivät ja kommunikoivat ongelmista ennen vaaratapahtumien ilmenemistä. Osallistuvat potilaat ovat myös tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. (Weingart ym. 2011.)

Turvallisuus on ”tuote” joka toisaalta syntyy potilaiden ja omaisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja toisaalta terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattihenkilöstön välisessä vuorovaikutuksessa. Turvallisuusorientoituneet organisaatiot voivat luoda olosuhteet, joissa potilaiden on helppo saada informaatiota ja osallistua päätöksentekoon. (Weingart ym. 2011, p. 273.)

2.2.1 Vaaratapahtumien ilmoittaminen

Potilasturvallisuutta ja haittatapahtumia on tutkittu paljon viime vuosina. Potilasnäkökulmasta tutkimuksia on kuitenkin vähemmän (Runciman, Baker, Michel, Jauregui, Lilford, Andermann, Flin, Weeks 2008, p. 477; Kinnunen, Saranto 2013.). Borycki, Househ, Kushniruk ja Takeda (2012) esittävät tutkimuksessaan uuden tutkimusalueen, joka on potilasturvallisuuden, potilaan osallisuuden ja tietojärjestelmien turvallisuuden keskiössä (kuvio 2).



KUVIO 2. Potilasturvallisuuden uusi tutkimusalue (Borycki ym. 2012)

Terveysthuollon järjestelmien turvallisuus vaihtelee turvallisista ei-turvallisiin järjestelmiin. Erityisesti potilaiden käyttöön tarkoitettujen järjestelmien turvallisuuteen on syytä kiinnittää huomiota. Mikäli järjestelmät saadaan turvallisiksi, on niiden todettu lisäävän potilaiden osallisuutta ja potilasturvallisuutta. (Borycki ym. 2012.) Potilaan osallisuuden lisääminen voi siirtää taakkaa liiaksi potilaalle. Kaikilla potilailla ei ole kykyä tai voimia osallistua. Tällöin järjestelmät on suunniteltava niin joustaviksi, että kaiken tasoinen osallisuus on mahdollista. (Ward, Armitage 2012, p. 698.)

Terveysthuolto alana eroaa muista korkean riskin aloista olemalla monimuotoinen ja kontekstuaalinen (Runciman ym. 2008). Myös terveysthuollon tietojärjestelmät eroavat muista korkean riskin alojen tietojärjestelmistä, esimerkiksi ydinvoimateollisuudesta ja ilmailusta. Erot ilmenevät tietojärjestelmien tehtävien, käytön ja sovellusten alalla (Borycki, Kushiruk, Bellwood, Brender 2011). Internetin kautta potilaan saatavissa oleva tieto voi lisätä osallisuutta ja potilasturvallisuutta, mutta voi myös tuottaa uudenlaisia haasteita turvallisuuteen (Borycki ym. 2012).

Terveysthuollon vaaratapahtumista Suomessa raportoidaan HaiPro-järjestelmän kautta. HaiPro-raportointimenettely on Valtion teknisen tutkimuskeskuksen, STM:n, lääkelaitoksen ja terveysthuollon yksiköiden yhteistyönä syntynyt tietotekninen työkalu, jota

käytetään yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. HaiPro on tarkoitettu organisaation sisäiseen käyttöön sen toiminnan kehittämiseksi. Vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti. Ilmoitusten perusteella ei etsitä syyllisiä tapahtumiin. Vaaratapahtumista voi ilmoittaa tapahtumassa mukana ollut tai sen havainnut henkilö (Knuutila ym. 2007). Terveydenhuollon yksiköt voivat itsenäisesti sopia tapahtumista, joita ei HaiPro:n kautta raportoida esimerkiksi leikkauskomplikaatiot, jolloin tapahtumilla on oma käsittely- ja ilmoitusprosessinsa. (HaiPro, Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Potilas ja hänen omaisensa voi jättää sähköisen vaaratapahtumailmoituksen nimettömänä. Pakollisia ilmoitettavia tietoja ovat tapahtuma-aika, mitä ja miten tapahtui ja mitkä olivat seuraukset. Halutessaan voi ilmoittaa myös tapahtumapaikan ja oman näkemyksen siitä, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää. Mikäli ilmoituksen jättäjä haluaa vastauksen, myös yhteystiedot on ilmoitettava. Edellä mainitut tiedot voi ilmoittaa myös sairaalan Internet-sivuilta löytyvällä paperilomakkeella. Toiminnan ja hoidon laadun kehittämiseen potilas voi vaikuttaa saadun hoitokokemuksen pohjalta vastaamalla sähköiseen potilaspalauttekyseleyn tai antamalla palautetta suullisesti, jolloin henkilökunta kirjaa sen sähköiseen järjestelmään. Myös avoimen palautteen lähettäminen sähköisesti on mahdollista.

Tutkimuksen kohteena olevassa erikoissairaanhoidon sairaalassa potilasturvallisuuspäällikkö lähettää aina ilmoituksen tehneelle kirjeen, jos yhteystiedot on annettu. Kirjeessä kerrotaan, että vaaratapahtumailmoitus ei ole virallinen muistutus, vaan sitä käytetään organisaation oppimiseen. Kirjeessä neuvotaan myös kirjallisen muistutuksen tai kantelun tekemiseen, mikäli siihen on aihetta.

Kun ilmoitus on tullut, järjestelmä lähettää käsittelijälle sähköpostilla tästä tiedon. Käsittelyprosessi on esitetty liitteessä 3. Ilmoitus käsitellään aina siinä yksikössä, missä potilasturvallisuustapahtuma on tapahtunut. Käsittelijä pääsee suoraan sähköpostin linkistä ilmoitukseen. Mikäli ilmoitus on tullut paperilla, potilasturvallisuuspäällikkö kirjaa sen järjestelmään. Ilmoituksista analysoidaan erityisesti miten vaaroihin on varauduttu (havaitaanko vaarallinen tapahtuma mahdollisimman nopeasti), millaisin keinoin tai varo-

toimin on varauduttu estämään tapahtuman synty tai eteneminen sekä miten tilanne hoidetaan ja miten vahinkojen laajeneminen estetään. Tietokantaan tallennettavia tietoja ovat muun muassa tapahtuman tyyppi sekä ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toistuminen estetään. Mikäli ilmoitettu tapahtuma ei vaadi toimenpiteitä, se perustellaan järjestelmään ja ilmoitus siirtyy tilaan ”Valmis”. Jos taas ilmoitettu tapahtuma vaatii toimenpiteitä, se siirretään toimenpiteen vastuuhenkilölle tai ylemmälle vastuuhenkilölle. Kun tarpeelliset toimenpiteet ja raportoinnit on tehty, siirtyy ilmoitettu tapahtuma ”Valmis” tilaan ja tapahtuma on loppuun käsitelty. (HaiPro, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Ilmoituksen tietojen perusteella käsittelijä luokittelee tapahtuman. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelijöiden ja vastuuhenkilöiden roolit on sovittu organisaatiokohtaisesti. Tapahtuman tyypit on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Vaaratapahtuman päätyypit (HaiPro, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Ei tiedossa
Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjoaineeseen tai merkkiaineeseen liittyvä
Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvä
Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä
Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä
Laboratorio-, kuvantamis- tai muuhun potilastutkimukseen liittyvä
Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä
Aseptiikkaan/hygieniaan liittyvä
Tapaturma, onnettomuus
Väkivalta
Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä
Poikkeama sädehoidon toteutuksessa
Muu, mikä

Tapahtumatyyppinä HaiPro:ssa on 14 luokkaa. Luokilla on useita alaluokkia. Alaluokissa on vielä valittavissa useita vaihtoehtoja. Esimerkiksi tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan

liittyviä alaluokkia on viisi, joista neljässä on valittavissa tarkempi luokitus. Luokituksen tavoitteena on valtakunnallisesti mahdollisimman yhtenäiset luokat, josta kukin organisaatio voi ottaa käyttöönsä tarvitsemansa ja haluamansa osiot. (HaiPro, Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Tapahtuman luonne voi olla ”Läheltä piti” tapahtuma, joka on tahaton ja odottamaton vaaratapahtuma ja jonka aiheuttamalta haitalta vältyttiin, koska poikkeama tai vaaratilanne havaittiin. Mikäli tapahtuman luonne on ”Tapahtui potilaalle” kohdistui potilaaseen odottamaton ja tahaton vaaratapahtuma, joka joko aiheutti tai ei aiheuttanut haittaa potilaalle. (HaiPro, Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Seuraus potilaalle on luokiteltu viiteen luokkaan: ei tiedossa, ei haittaa, lievä haitta, kohtalainen haitta ja vakava haitta. Lievällä haitalla tarkoitetaan potilaalle aiheutuneita vähäisiä oireita, jotka edellyttävät mahdollisesti tarkkailua tai pientä hoitotoimea. Jos potilaan sairaus pahenee ja/tai hoito pitkittyy, on kyseessä kohtalainen haitta. Vakavan haitan kyseessä ollessa potilaalle aiheutuu vakavia oireita, pysyvää haittaa tai potilas menehtyy. (HaiPro, Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Seuraus hoitavalle yksikölle on puolestaan luokiteltu kymmeneen luokkaan: ei tiedossa, ei haittaa, imagohaitta, materiaalivahinko, lisäkustannuksia, lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia, pidentynyt hoito, pitkäaikaishoito, henkilöstölle aiheutunut vahinko ja muille henkilöille aiheutunut vahinko. Riskiluokkia on kolme: merkityksetön, vähäinen tai kohtalainen riski. Tilanteen hallinta on luokiteltu neljään luokkaan: ei tiedossa, tilanteessa olleet hoitivat, pyydettiin lisähenkilökuntaa tai hälytettiin ulkopuolista apua. Välittömillä toimenpiteillä tilanteessa tarkoitetaan tapahtumahetkellä tehtyjä toimenpiteitä ja ne luokitellaan ”ei tiedossa, poikkeaman/virheen korjaava (hoito)toimenpide, potilaan tarkkailu/informointi asiasta, seurauksia lieventävät ja lisävahinkoja estävät toimet”. (HaiPro, Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Tapahtumaolosuhteet ja muita tapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä on 11 luokkaa (taulukko 3). Yhdeksässä pääluokassa on useita alaluokkia.

TAULUKKO 3. Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät (HaiPro, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointijärjestelmä 2015.)

Ei tiedossa
<p>Kommunikointi ja tiedonkulku</p> <p>Suullinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää Käytettävissä olevan tiedon hyödyntäminen puutteellista Kirjallinen kommunikointi puutteellista tai epäselvää</p>
<p>Koulutus ja perehdytys, osaaminen</p> <p>Tiedot ja taidot Pätevyys, kelpoisuus Koulutuksen ja ohjauksen saatavuus ja riittävyys</p>
<p>Laitteet ja tarvikkeet</p> <p>Toimintakunto, huolto Laitteiden ja tarvikkeiden käytettävyys (ergonomia) Laitteen saatavuus, sijoitus Käyttöohjeiden saatavuus ja ymmärrettävyys</p>
<p>Lääkkeet</p> <p>Lääkkeen suora vaikutus tapahtuman syntyyn Rinnakkaislääkevalmisteet</p>
<p>Potilas ja läheiset</p> <p>Sairauden vakavuus ja pulmallisuus Sekavuus, päihtymys, väkivaltaisuus, kognition lasku Henkilökohtaiset ominaisuudet Kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät Itsetuhoinen potilas</p>
<p>Toimintatavat</p> <p>Työmenetelmät, toimintatavat Tehtävän koostumus ja selkeys Ohjeiden ja muun tehtävään liittyvän kirjallisen tiedon saatavuus ja käyttö Päätöksenteon apuvälineet Tutkimustulosten saatavuus ja tarkkuus</p>
<p>Tiimin/ryhmän toiminta</p> <p>Yhteistyö ja tuki Tiimin kulttuuri, "henki" Työnjako Työn valvonta, johtaminen</p>
<p>Työympäristö, välineet ja resurssit</p> <p>Henkilökunnan/miehityksen määrä ja laatu Työkuormitus, vuorojärjestelyt ja -käytännöt, aikapaine Potilas- ja muiden tietojärjestelmien toiminta- ja käyttöongelmat Fyysinen ympäristö (tilat, työhygieeniset olosuhteet)</p>
<p>Organisaatio ja johto</p> <p>Taloudelliset resurssit ja rajoitukset Toimintaperiaatteet ja johtamiskäytännöt Organisaatiokulttuuri ja arvot</p>
Ei tunnistettuja myötävaikuttavia tekijöitä, normaali tilanne

asiakkaasta käytetään termiä potilas ja vastaavasti asiakaslähtöisyydestä termiä potilaslähtöisyys.

Potilas itse voi vaikuttaa potilasturvallisuuteen osallistumalla omaan hoitoonsa koko hoitopolun ajan. Laitilan (2010, p. 9) mukaan osallisuuden ja osallistumisen määrittely on haastavaa. Käsitteiden käyttö on epäjohdonmukaista ja usein ne käsitetään jatkumona ei-osallisuudesta osallistumiseen. Tällöin potilaan rooli muuttuu passiivisesta hoidon ja kontrollin kohteena olemisesta aktiiviseen toimijuuteen ja kontrollointiin. (Laitila 2010.)

Osallisuus ja osallistuminen käsitteitä käytetään lähes synonyymeina. Kujalan (2003, p. 39) mukaan potilaan osallisuuden vastakäsite on osattomuus. Osallisuus on vaikuttamista omaan hoitoonsa. Osaton potilas kokee olevansa objekti, toisten toiminnan kohde. Osallisuus sisältää ajatuksen siitä, että potilaan toiminnalla on jonkinlainen vaikutus saamaansa hoitoon ja palveluprosessiin. Osallistumisella puolestaan tarkoitetaan potilaan mukanaoloa esimerkiksi tietojen antajana. Potilaan osallisuus on siis laajempi käsite kuin osallistuminen (Laitila 2010). Davisin, Sevdalisin, Jacklin, Vincentin (2012, p. 39) mukaan potilaan osallisuus potilasturvallisuuteen on pääasiassa potilaan vuorovaikutusta terveydenhuollon ammattihenkilöstön kanssa.

Kettusen ja Kivisen (2012) mukaan potilaan osallistuminen palvelumuotojen, -sisältöjen ja toteutustapojen suunnitteluun professioiden rinnalla kuvastaa osallisuuden toimintakulttuuria. Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. (Kettunen, Kivinen 2012, pp. 40 – 42.) Osallisuus edellyttää potilaan sitoutumista hoitoon ja vastuun ottamista omasta elämästään. Perinteisestä roolimallista, jossa professioiden vaikutus on vahva, ollaan siirtymässä potilaslähtöiseen toimintamalliin, jossa potilas on keskiössä. Potilaslähtöisessä toimintamallissa potilaan asema vahvistuu ja hän kykenee sopeuttamaan terveydenhuollon palvelut omaan tilanteeseensa. Professiokeskeisessä toimintamallissa potilas pyrkii sopeuttamaan omat tarpeensa terveydenhuollon palveluihin ja järjestelmiin sopiviksi. Potilaslähtöisyys ilmenee potilaan osallisuutena hoitoonsa vapaaehtoisesti esittämällä kysymyksiä, omia näkemyksiä ja selvittämällä asioita. Osallistumalla ja kokemuksellisen tiedon myötä potilas voi vaikuttaa palveluihin ja prosesseihin sekä niiden kehittämiseen potilasturvallisempaan suuntaan. (Kettunen, Kivinen 2012.)

Osallisuus edellyttää riittävää tiedonsaantia potilasta itseään koskevissa asioissa. Potilaan oman aktiivisuuden lisäksi tiedonsaannissa suuri merkitys on organisaation ja ammattihenkilöstön toimintatavoilla. Potilaiden mukaan heidän yksi roolinsa potilasturvallisuuden edistämiseksi on esittää kysymyksiä ja saada tietoa (Rathert, Huddleston, Pak 2011, p. 141). Tietoinen suostumus (informed consent) on prosessi, jossa potilas vapaaehtoisesti vahvistaa salliiko hän tutkimuksen tai toimenpiteen toteuttamisen. Päätöksen tekeminen edellyttää riittävää tiedonsaantia kaikista merkittävistä seikoista ja ymmärrystä niiden merkityksestä. Tietoinen suostumus perustuu potilaan ja ammattihenkilön luottamukselliseen suhteeseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 1992; Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999 1999.)

Davisin ym. (2012) mukaan potilasturvallisuutta edistävä käyttäytyminen koostuu kolmesta pääkomponentista: minkä tyyppiseen tapahtumaan pyritään vaikuttamaan ja pyritäänkö estämään haittatapahtuma (esimerkiksi lääkevahinko) vai saamaan optimaalinen lopputulos, minkälaista toimintaa potilaalta odotetaan eli osallistumismuoto (esimerkiksi kysymysten tekeminen) sekä toiminnan luonne (esimerkiksi edellyttävä toiminta yhteistyötä ammattihenkilöstön kanssa). Potilaan potilasturvallisuutta edistävällä toiminnalla tarkoitetaan potilaan käyttäytymistä, jonka tarkoituksena on pyrkiä optimaaliseen hoitoprosessin lopputulokseen. Käyttäytymisellä pyritään estämään ja/tai pienentämään vaaratapahtuman riskiä sekä vähentämään jo tapahtuneesta aiheutuvia vaikutuksia. Potilasturvallisuutta edistävä toiminta sisältää potilaan tiedonsaannin omasta terveydestään ja sairaudestaan, hoitoprosessien havainnointia ja varmistusta, hoitotoimenpiteiden komplikaatioiden yksilöintiä ja raportointia sekä kommunikointia. Esimerkiksi jos potilas kysyy ennen kirurgista operaatiota paranemisestaan, voi hän tämän tiedon perusteella muuttaa käyttäytymistään lisäämällä liikuntaa ja lopettamalla tupakoinnin. (Davis ym. 2012.)

Potilaan osallisuus edellyttää kykyä ja halua osallistua sekä tietoa miten osallistua (Davis ym. 2012, p. 36). Potilaiden halukkuus osallistua potilasturvallisuutta edistäviin toimenpiteisiin vaihtelee huomattavasti osallistumismuodon mukaan. Potilaat kysyvät helpommin asiakysymyksiä (esimerkiksi lääkityksestä) kuin haastavampia (esimerkiksi oletteko pesseet kätenne) (Waterman ym. 2006; Davis ym. 2011). Potilaat voivat ajatella, että jälkimmäinen kysymys koetaan loukkaavana. Myös vanhoihin suosituksiin sitoudutaan paremmin kuin uusiin käytäntöihin. Terveystieteiden ammattihenkilöstön ammattirooli

vaikuttaa potilaiden osallistumiseen. Lääkärit ja hoitajat nähdään luotettavina tietolähteinä, jolloin heiltä kysytään asiakysymyksiä. Yleensä potilaiden yhteisymmärrys hoitajien kanssa on sujuvaa, koska kanssakäyminen on päivittäistä. Lääkäreiden ja hoitajien rohkaisu lisää potilaiden halukkuutta osallistua potilasturvallisuutta edistäviin toimenpiteisiin. (Davis ym. 2011.)

Potilaat toimivat johdonmukaisesti; tiettyyn käyttäytymiseen sitoudutaan - toiseen taas ei. Paljon emotionaalisia ja kognitiivisia resursseja vaativa käyttäytyminen on haastavaa, jolloin siihen myös sitoudutaan heikommin. Potilaan osallisuuden esteet voivat olla henkilön sisäisiä esteitä, henkilöiden välisiä ihmis-suhde esteitä tai kulttuurisia esteitä. Fyysisesti ja psyykkisesti sairaiden osallisuus vaatii enemmän ponnistelua ja resursseja. Tiedon puute voi myös estää osallisuutta. Potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön väliset suhteet voivat estää potilaan osallisuutta. Potilaiden pitäisi pystyä selvästi ilmaisemaan tahtonsa ja ammattihenkilöstön puolestaan pitäisi pystyä kertomaan hoitoprosessista niin, että potilas sen ymmärtää. Erityisen tärkeää on ammattihenkilöstön rohkaisu ja tuki potilaan osallisuudelle. Suurin kulttuurinen este on professionaalinen defensiivisyys ja paternalistinen eli holhoava näkökulma. Se missä määrin eri esteet vaikuttavat osallisuuteen, vaihtelee riippuen tilanteesta ja potilaasta. Tietoisuus osallisuudesta ja sen esteistä voi parantaa potilaiden mahdollisuuksia osallisuuteen. (Davis ym. 2012.)

Millä interventioilla voidaan kasvattaa potilaan tunnetta siitä, että hän pystyy vaikuttamaan omiin asioihinsa jolloin myös käyttäytyminen muuttuu vastaavaksi? Potilaiden motivointi osallisuuteen onnistuu oikealla hetkellä ja oikeanmuotoisesti toteutettuna. Oikea-aikainen ja oikeassa kontekstissa esitetty kysymys potilaalle voi tuottaa arvokasta tietoa (Ward, Armitage 2012, p. 696). Esimerkiksi jalkaleikkaukseen tulevaa potilasta ei kannata lähestyä kaksi viikkoa ennen operaatiota kirjeellä, jossa häntä pyydetään varmistamaan operoitava jalka. Varmistus tulee tehdä henkilökohtaisesti potilaan saapuessa sairaalaan ja ennen operaatiota. Erilainen tiedon ja taidon taso potilaiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön välillä, vaikuttaa usein potilaiden osallisuutta estävästi. Tällöin merkittävä osa on kannustavalla ilmapiirillä, erityisesti rohkaisemalla kysymysten tekoon (Rathert ym, 2011, p. 142). Jos esimerkiksi lääkäri kokee potilaan kyselyt niin, että hänen ammattitaitoaan epäillään, on todennäköistä että potilas ei kysymyksiä esitä. Kulttuurisia

esteitä voidaan poistaa kouluttamalla terveydenhuollon ammattihenkilöstöä tarkastelemaan omia stereotyyppisiä olettamuksiaan ja kasvattamaan avoimuuttaan potilaiden kysymyksille. Suuri haaste on saada potilaat ymmärtämään osallisuuden tärkeys ilman pelkoa siitä, että osallistuminen vaikuttaisi hoidon laatuun. Implementaation toteuttaminen oikeaan aikaan on tärkeää. (Davis ym, 2012.)

STM:n asettama Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä on laatinut Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009 - 2013, jonka päivittämisestä vastaa Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Strategia tukee lainsäädäntötyötä ja ohjaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin. Strategia palvelee niin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita kuin niiden asiakkaita ja potilaita tavoitellessa parempaa turvallisuutta, toiminta-ajatuksena potilasturvallisuuden edistäminen yhdessä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009.)

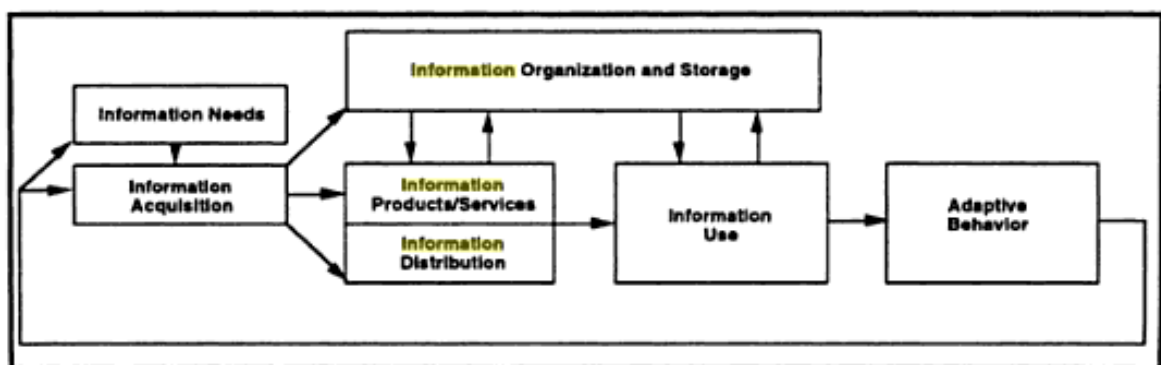
Strategian yhtenä tavoitteena on potilaan informointi ja voimaannuttaminen. Tavoitteen päästään, kun potilas otetaan mukaan edistämään turvallista hoitoa. Potilasta kannustetaan kertomaan ja kyselemään ja hänelle kerrotaan avoimesti sairaudesta, hoidosta ja mahdollisista riskeistä. Mikäli haittatapahtuma sattuu, myös siitä kerrotaan avoimesti. Strategian tavoitteena on myös vaaratapahtumista raportointi ja niistä oppiminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi organisaatioissa on oltava menettelytavat ja järjestelmät, jotka tukevat turvallisuuspoikkeamien ja haittatapahtumien ilmoittamista, raportointia, seuranta ja käsittelyä niin, että ketään ei syyllistetä ja tapahtuneesta voidaan oppia. Ammattihenkilöt on perehdytettävä näihin menettelytapoihin ja käytäntöihin. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009.)

Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin resurssein, jolloin potilasturvallisuussuunnitelma on osa suurempaa riskien ja laadunhallinnan kokonaisuutta. Lisäksi potilasturvallisuus otetaan huomioon tutkimuksessa ja opetuksessa. Terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat vastuussa osaamisestaan ja työnantajan tehtävä on luoda edellytykset osaamisen ylläpitämiseen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013 2009.)

Jatkoa Potilasturvallisuusstrategialle on STM:n, THL:n, Potilasturvallisuusyhdistyksen, Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston (Valvira), Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea) sekä Itä-Suomen yliopiston (UEF) vuoden 2016 aikana valmistuva potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma 2016 - 2020. Ohjelman tavoitteena on potilasturvallisuuden integroiminen toiminnan rakenteisiin niin, että se näkyy käytännön toiminnassa. Myös potilaan ja läheisen roolia potilasturvallisuuden kehittämisessä ja varmistamisessa korostetaan. (Keistinen, Mäntyranta 2015.)

2.3 Tiedonhallinnan prosessimalli tässä tutkimuksessa

Tämän tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä käytetään Chun Wei Choon (Choo 1998) tiedonhallinnan prosessimallia (kuvio 3). Tiedonhallinta on prosessi, joka käynnistyy tiedontarpeiden tunnistamisella ja määrittelyllä. Tämän jälkeen tarvittava tieto hankitaan, organisoidaan ja varastoidaan. Organisoitu tieto jaetaan tietotuotteina ja palveluina käytettäväksi toiminnan sopeutukseen, josta tieto saadaan kytkettyä takaisin tiedon tarpeisiin ja hankintaan. Toiminnan sopeutuksessa syntyy uutta tietoa ja Choon mukaan tiedonhallinnan prosessi alkaa tästä. Malli kuvaa toimintaa yleisellä tasolla. Käytännössä prosessin kulku ei ole systemaattista. Tiedonhallinnan tärkein päämäärä on valjastaa tietovarannot organisaation käyttöön niin, että organisaatio oppii ja pystyy sopeuttamaan toimintansa muuttuviin olosuhteisiin. (Choo 1998, p. 24.)



KUVIO 3. Tiedonhallinnan prosessimalli (Choo, 1998, p. 24)

2.3.1 Tiedon tarpeiden määrittely (Information Needs)

Toimiakseen epävakaassa ympäristössä, organisaatio tarvitsee tietoa ongelmien ratkaisemiseksi ja päätöksenteon tueksi. Tiedontarpeet nousevat ulkoisista ja sisäisistä ongelmista, epävarmuuksista ja epäselvyyksistä, joita organisaatio kohtaa tietyissä tilanteissa. Nämä tilanteet ja kokemukset ovat yhdistelmä useista eri tekijöistä, jotka liittyvät sisällön lisäksi myös tilanteeseen kuten organisaation toimiala, tehtävärakenne, päämäärä, riskiaste, normit, kontrollin määrä ja niin edelleen. Tiedontarpeiden määrittely ei siis rajoitu pelkästään substanssikysymyksiin. Määrittelyssä on huomioitava myös tilanteen ja kontekstin asettamat vaatimukset. Tietynlaiset ongelman ratkaistaan tietyn tiedon avulla. (Choo 1998.)

Tietotarpeiden määrittelyssä tärkeitä kysymyksiä ovat mitä, miksi ja miten. Käyttäjäkeseinen näkökulma tiedon tarpeisiin edellyttää ymmärrystä siitä, mitä tiedon käyttäjät haluavat tietää, miksi he tietoa tarvitsevat ja miten he saatua tietoa käyttävät. Käyttäjien tiedontarpeiden tunnistaminen on ensimmäinen askel organisaation tietohallintostrategian kehittämisessä. Käyttäjien tiedon tarpeet ovat ennalta aavistamattomia, dynaamisia ja monitahoisia. Tiedon tarpeiden täydellinen määrittely on mahdollista vain totaalisen tiedonkäyttöympäristön tarkan esityksen yhteydessä. (Choo 1998.)

2.3.2 Tiedon hankinta (Information Acquisition)

Tiedontarpeiden selvittyä prosessissa seuraa tiedonhankinta. Tiedonhankinnalla vastataan tiedontarpeisiin. Tiedonhankinta sisältää tiedonlähteiden valinnan ja käytön, jotka suunnitellaan systemaattisesti. Suunnittelun lähtökohta on, että tiedonlähteiden pitäisi olla riittävän monimuotoisia, jotta ne heijastaisivat ulkoisen toimintaympäristön laajuutta, moninaisuutta ja muutoksia. Suunnittelu tarkoittaa tiedonhankinnan strategian luomista ja sen koordinoitua. Strategiassa määritellään miten tiedonlähteiden valintaa ja käyttöä valvotaan ja arvioidaan yhtenä organisaation elintärkeänä resurssina. (Choo 1998.)

Tiedonlähteet ovat kasvaneet räjähdysmäisesti ja pirstoutuneet kapeisiin erikoisaloihin. Uusia tiedonlähteitä ilmestyy jatkuvasti ja olemassa olevat lähteet kehittyvät nopeasti,

joten jatkuva tiedonlähteiden monitorointi ja arviointi on väistämätöntä. Myös lähteiden vastaavuutta tarpeisiin nähden on tarkasteltava säännöllisesti. Koska toimintaympäristön syy seuraus –suhteet ovat yhä monimutkaisempia, on tiedonlähteiden valinnassa kiinnitettävä erityistä huomiota lähteiden runsauteen ja monimuotoisuuteen. (Choo 1998.)

Tietomäärän kasvaessa ja yksilöllisen kognitiivisen kapasiteetin pysyessä rajoittuneena ei ole mahdollista eikä tarpeellista omaksua kaikkea merkityksellistä tietoa; tietoa omakсутaan selektiivisesti. Tietojen suodatus on älyllistä toimintaa, joka vaatii seikkaperäistä tietämystä organisaatiosta ja soveltuu siten parhaiten ihmisten tehtäväksi. Organisaation toimijat tuottavat organisaation tärkeimmän tiedon. Toimijat lukevat ja oppivat uutta ja oppimansa he puolestaan kommunikoivat eri yhteyksissä ja projekteissa. Näin toimijat kartuttavat erityistietoaan ja kokemustaan. Tämä inhimillinen tiedonlähde suodattaa ja referoi tietoa korostaen tiedon keskeisiä elementtejä, tulkiten sen moniselitteisyyttä ja kommunikoiden sen monipuolisesti. (Choo 1998.)

Ulkoisen tiedon hankinnassa voidaan hyödyntää informaattikkojen osaamista ja tietotekniikkaa. Sisäisen tiedon hankinnan avuksi voidaan perustaa organisaation eri toimijoista koostuvia organisaation laajuisia tiedonkeräysverkostoja. Verkossa jaettuna voi olla esimerkiksi asiantuntijahakemisto tai osaamistietokanta. (Choo 1998.)

2.3.3 Tiedon organisointi ja varastointi (Information organization and storage)

Tiedon organisointi ja varastointi tarkoittaa, että hankittu tieto säilytetään digitaalisesti tietokannoissa tai fyysisesti esimerkiksi mapeissa. Näiden tietojärjestelmien tehtävänä on luoda organisaatioon tiedon ja osaamisen säilytyspaikka eli organisaation kollektiivinen muisti. Suunnitellut ja ylläpidetyt tietojärjestelmät mahdollistavat myös tiedonhaun ja -jakelun. Tapa, jolla organisaatiossa tietoa jaetaan ja varastoidaan, kuvastaa organisaation toimintaympäristöä. Organisaation tapa toimia ja tehdä päätöksiä vaikuttaa tiedon tallennuksen kriteereihin ja metodeihin esimerkiksi miten tietoyksiköt nimetään ja niiden väliset suhteet määritellään. (Choo 1998.)

Tietokantojen systeeminen tehokkuus (system efficiency) tarkoittaa sitä, että tietokantojen tietorakenteet ja tiedonhaun menetelmät on suunniteltu niin, että tietokannat ovat

maksimaalisesti hyödynnettävissä ja vasteajat ovat lyhyitä. Proseduraalinen tehokkuus (procedural efficiency) puolestaan tarkoittaa, että tieto on ajan tasalla olevaa ja sitä voidaan prosessoida ilman virheitä ja kohtuutonta viivästystä. (Choo 1998.)

Tiedon suuri määrä aikaansaa sen, että päätöksenteon tukena tarvittava tieto hautautuu ja tiedon hakija joutuu käyttämään paljon aikaa löytääkseen tarvitsemansa. Tärkeää olisi löytää tasapaino muistin luomisen ja hyödyntämisen välille. Tiedon varastoinnissa (data warehousing) on kyse uusien tietokantojen luomisesta, joihin kootaan erityyppistä yhteenvetotietoa. Organisaation olisi löydettävä monikäyttöisiä tiedon varastointi- ja hakumenetelmiä, joilla voidaan tallentaa, varastoida ja palauttaa tekstiä ja muuta ei-strukturitua tietoa esimerkiksi kuvaa ja ääntä. Pystyäkseen vastaamaan useiden eri käyttäjien tarpeisiin ja yhdistelemään tiedon eri osia sekä luomaan tiedon käyttäjille mahdollisuuksia uusien yhteyksien luomiseen tietojen välille, on varastointijärjestelmän oltava joustava. (Choo 1998.)

2.3.4 Tietotuotteiden- ja palvelujen kehittäminen (Information products/services)

Prosessin seuraavassa vaiheessa organisoidusta ja varastoidusta tiedosta kehitetään tietotuotteita ja -palvelut osana organisaatiotoimintojen kokonaisuutta. Tietotuotteet ja -palvelut luovat lisäarvoa tietokannoista saatavalle tiedolle. Tietopalveluiden avulla tieto saatetaan vastaamaan tiedon käyttäjien tarpeita; tiedon sisältö, formaatti ja alkuperä vastaavat tiedontarvetta. Tietotuotteiden ja -palveluiden kehittäminen lisäävät prosessoidun tiedon arvoa, joka puolestaan auttaa päätöksenteossa ja tilannetekijöiden arvioinnissa sekä lisää toiminnan vaikuttavuutta. (Choo 1998.)

Myös tietotuotteiden ja -palveluiden täytyy olla joustavia ja monipuolisia. Niiden jatkuva kehittäminen, mikä perustuu tiedontarpeiden tasapuoliseen tyydyttämiseen, on tärkeää. (Choo 1998.)

2.3.5 Tiedon jakelu (Information distribution)

Organisaation tietotuotteet ja -palvelut jaetaan tiedon tarvitsijoille. Tavoitteena on saada oikea tieto oikealle käyttäjälle oikeassa muodossa ja paikassa oikea-aikaisesti. Tiedon jakelumuodon pitäisi sopia yhteen käyttäjän mieltymysten ja tapojen kanssa. Tiedon loppukäyttäjän pitäisi saada tieto sellaisia kanavia pitkin ja sellaisessa muodossa, jotka sopivat yhteen hänen toimintatapojen kanssa. Käyttäjiä olisi rohkaistava aktiivisesti osallistumaan jakelujärjestelmien kehittämiseen. Käyttäjien pitäisi pystyä helposti arvioimaan, kommentoimaan ja jakamaan saamaansa tietoa. (Choo 1998.)

Tiedon laaja ja avoin jakelu edistää laajaa ja säännöllistä oppimista, tiedonhakuja ja uuden tiedon luomista. Tiedon jako luo uusia näkemyksiä ja tietämystä vaikeista ongelmista ja tilanteista. Laaja ja avoin tiedon jakelu on välttämätön edellytys käsityksille ja tulkin- nalle, joita syntyy usein kasvokkain tapahtuvassa viestinnässä. Kasvokkain keskustellaan kriittisistä asioista, jotka usein aiheuttavat epävarmuutta mutta toisaalta stimuloivat luovuutta. (Choo 1998.)

Organisaation ulkopuolelta tuleva tieto ei tule suoraan käyttäjille vaan teknisten portinvartijoiden (technological gatekeepers) kautta. Portinvartijoilla on laajat henkilökohtaiset verkostot niin organisaation sisällä kuin sen ulkopuolella. Portinvartijat tasoittavat ulkopuolisen tiedon virtausta organisaatioon, informoivat kollegoja ja heitä konsultoidaan ajankohtaisista, ulkopuolisista kehityssuunnista. Portinvartijat suodattavat tiedon muille organisaation jäsenille, jotka puolestaan keskustelevat tiedon merkityksestä ja vaikutuksesta organisaatiolle. (Choo 1998.)

2.3.6 Tiedon käyttö (Information use)

Tiedon käytöllä tarkoitetaan organisoidun ja jaetun tiedon soveltamista ongelmanratkaisuun, päätöksentekoon ja uuden tiedon luomiseen. Tiedon käyttö on vastavuoroinen ja toistuva sosiaalinen prosessi, jossa eri osapuolet selventävät ja kyseenalaistavat toistensa uskomuksia ja näkemyksiä. Tiedon käytön tuloksena syntyy uusia merkityksiä ja esimer-

kiksi uusia toimintatapoja. Päätökset syntyvät kuitenkin useimmiten persoonallisen intuition ja poliittisen kaupankäynnin pohjalta, ei niinkään rationaalisen analyysin perusteella. (Choo 1998.)

Organisaatio oppii, kun yksilöt luovat uutta tietoa olemassa olevan tiedon pohjalta. Uusi tieto ei ole pelkästään dataa ja faktoja. Yksilöt luovat merkityksiä käyttäessään tietoa omassa toiminnassaan; ymmärrys syntyy tulkinnan ja dialogin kautta. Yksilö antaa organisaation tiedolle merkityksen. Tiedon luonnissa organisaation tieto muutetaan hiljaiseksi (tacit), normipohjaiseksi ja kulttuuriseksi tiedoksi. Tiedosta muodostuu organisaation kognitiivinen rakenne. Organisaation tieto sijaitsee ja kasvaa yksilöiden ajatusmaailmassa, tunteissa ja toiminnassa eikä se näin ollen ole havainnollistettavissa tai toistettavissa. (Choo 1998.)

2.3.7 Toiminnan sopeuttaminen (Adaptive behavior)

Tiedon käytön seurauksena organisaatiossa sisäisesti luotu uusi tieto käytetään vuorovaikutukseen ulkoisen toimintaympäristön kanssa. Organisaatio sopeuttaa toimintansa vastaamaan ulkoiseen haasteeseen. Vuorovaikutus aikaansaa uusia tiedontarpeita, jolloin koko prosessi alkaa alusta. (Choo 1998.)

Tiedonhallinnan jatkuvalle kehittämiselle on tärkeää ymmärtää miten tietoa käytetään päätöksenteossa ja ongelmanratkaisussa sekä miten tilanteita tulkitaan. Inhimillinen päätöksentekoprosessi edellyttää, että organisaation tiedonhallinnan prosessit ja rakenteet ovat joustavia ja läpäiseviä. Tieto pitää pystyä esittämään niin, että siitä voidaan tuottaa erilaisia representaatioita ja tulkintoja yhteisesti arvioitavaksi. Käsitteet ja kategoriat on nimettävä tiedonkäyttäjien diskurssin mukaisesti ja niitä on pystyttävä muuttamaan. (Choo 1998.)

Kontio (2015) on käyttänyt tiedonhallinnan prosessimallia painottuen ensimmäiseen tietotarpeet vaiheeseen tutkiessaan liikkuvien hyvinvointipalvelujen tiedontarpeita. Tutkimuksen tavoitteena oli mallintaa liikkuvien hyvinvointipalveluiden tiedon tarpeet palvelun suunnittelun, kehittämisen ja käyttöönoton tueksi kolmesta eri näkökulmasta: käytän-

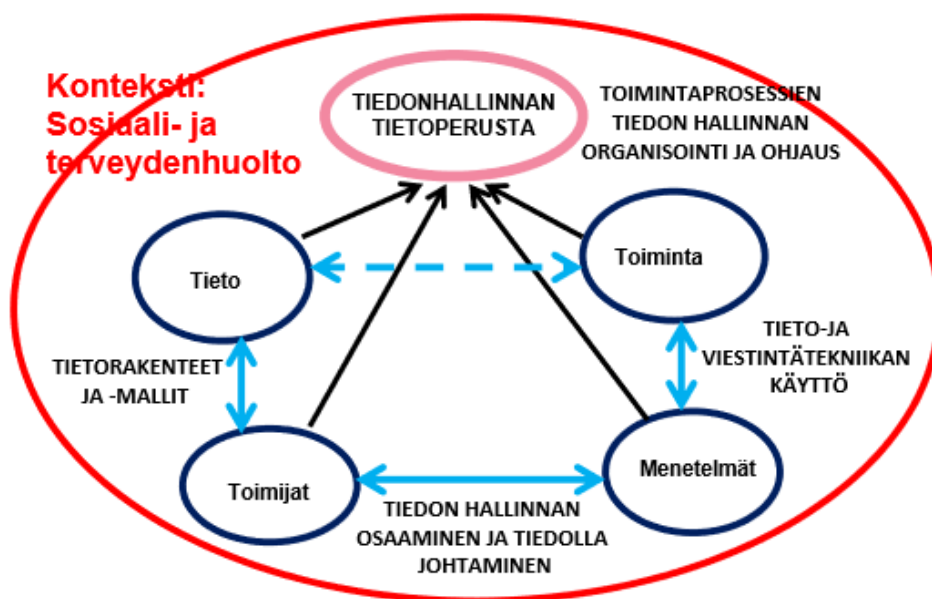
nönläheinen, pedagoginen ja tutkimuksellinen. Tulosten perusteella liikkuvien hyvinvointipalveluiden suunnittelemisen ja kehittämisen vaativat tuekseen laajaan tiedolliseen ja tekniseen osaamiseen. (Kontio 2015.)

Norri-Sederholm (2015) on tutkinut hätäkeskuspäivystäjien ja ensihoitopalvelun kenttäjohtajien tilannetietoisuuden muodostumista. Tässä väitöstyössä on käytetty tiedonhallinnan prosessimallia tilannetietoisuuden muodostumiseen sekä tietotarpeiden ja tiedon välittämiseen liittyvien tietorakenteiden ja tietovirtojen analysoimiseen. Tulosten mukaan tilannetietoisuuden muodostumisessa keskeisimmät tietorakenteet olivat tapahtumat, toimintamallit, päätös sekä keinot. Hätäkeskuksen toimijoilla ja ensihoidon kenttäjohtajilla on osittain erilaiset tietoprofiilit johtuen tehtävistä. Tietoprofiilien erot tulisi huomioida työprosesseja, koulutusta ja tietojärjestelmiä suunniteltaessa. (Norri-Sederholm 2015).

Tämän työn tiedonhallinnan prosessimalli lähtee liikkeelle potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvittavasta tiedosta. Tiedontarpeet nousevat epävarmuuksista, joita organisaatio kohtaa tietyissä tilanteissa. Haittatapahtumien estäminen ja läheltä piti -tapahtumista oppiminen edellyttävät tietoa siitä mitä ja miksi tapahtui sekä miten tapahtuma olisi ollut estettävissä. Tiedonhankinta pitää sisällään tiedonlähteiden valinnan, mikä tässä työssä tarkoittaa potilaiden ja omaisten tekemiä ilmoituksia vaaratapahtumista. Ilmoitukset on organisoitu, varastoitu ja tuoteistettu sähköiseen HaiPro-järjestelmään. Tiedon jakelussa oikea tieto saatetaan oikea-aikaisesti tiedon tarvitsijalle. Potilaiden ilmoituksista saatava tieto tulee yksiköiden käsittelijöille, jotka portinvartijoiden ominaisuudessa suodattavat ja jakelevat tiedon edelleen organisaation muille jäsenille. Saadun tiedon perusteella tapahtumista keskustellaan eri osapuolien kesken. Keskustelun tuloksena syntyy uusia merkityksiä ja uusia toimintatapoja; tapahtuu oppimista. Uusien toimintatapojen käyttöönotto voi aikaansaada uusia tiedontarpeita. Tässä työssä pyritään analysoimaan tapahtumien lisäksi se mihin toimenpiteisiin tapahtuma johti ja muodostuiko uusia toimintatapoja eli miten tietoa on käytetty ja toimintaa sopeutettu.

2.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma tässä tutkimuksessa

Paradigmalla tarkoitetaan vakiintunutta käsitystä tieteenalan tutkimuskohteesta, teorioista, menetelmistä ja toiminnan lähtökohdista. Paradigma voi olla selkeä malli tai kaavio. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, p. 20.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan tutkimuksen toimintaympäristö muodostuu neljästä keskeisestä tekijästä: toimijat, tieto, toiminta, menetelmät ja niiden välisistä suhteista (kuvio 4).



KUVIO 4. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma (Saranto, Kuusisto-Niemi 2012)

Toimijat ovat terveydenhuollon palveluja käyttäviä tai tuottavia henkilöitä ja/tai organisaatioita. Paradigman tieto kuvaa tiedon arvoketjua, jossa yksittäisestä datasta jalostuu ja kumuloituu viisautta. Toimijoiden ja tiedon välinen yhteys tutkimuksessa kehittää tietosisältöjä ja -perustaa. Toiminta käsittää palvelujen suunnittelun, toteutuksen, käytön ja arvioinnin. Menetelmät ovat teknisiä ja sosiaalisia toimintatapoja, joilla tietoa tallennetaan, käsitellään ja jaetaan. Toiminnan ja menetelmien välinen yhteys tutkimuksessa arvioi ja kehittää tieto- ja viestintätekniiikan käyttöä. Tutkittaessa menetelmien ja toimijoi-

den välistä yhteyttä, tutkitaan tiedolla johtamista ja tiedonhallinnan osaamista. Paradigman tiedon ja toiminnan välinen yhteys tuottaa tutkimusta toimintaprosessien tiedonhallinnasta. (Saranto, Kuusisto-Niemi 2012.)

Tämä tutkimus sijoittuu toimijoiden, tiedon ja toiminnan väliseen yhteyteen. Tietoa tarvitaan toimintaprosessien kehittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Potilaiden vaaratapahtumailmoituksista saatava data jalostuu tiedon arvoketjussa tietämykseksi. Tietämystä käytetään päätöksenteon tukena ja toimintaa ohjataan potilasturvallisempaan suuntaan. Myös toimintojen arviointi vaatii tuekseen tietämystä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää operatiivisessa toiminnassa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Aiherajausta ohjaa kysyjän tiedon tarve, käytettävissä olevat resurssit erityisesti aika-taulu, tiedon hakekeinot sekä valmiin tiedon määrä ja laatu (Mäkelä, Autti-Rämö 2007, p. 37). Tässä työssä tarkastellaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia ja niistä tehtyjä ilmoituksia, joista on valmis HaiPro-aineisto olemassa.

Tutkimuksen tarkoitus on analysoida potilaiden ja heidän omaistensa ilmoittamat vaaratapahtumat sekä ilmoituksen seuraukset. Tutkimuksessa pyritään identifioimaan ja kuvaamaan potilaiden tekemien vaaratapahtumailmoitusten sisältö, yleisyys ja tunnuspiirteet. Tutkimuksen tarkoituksena on myös etsiä vastaavat tapahtumat ammattihenkilöstön ilmoituksista. Tämän tutkimuksen tavoite on tuottaa tietoa toimintaprosessien kehittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mistä tapahtumista potilaat ja heidän omaisensa tekevät vaaratapahtumailmoituksen?
2. Miten potilaiden osallisuus näkyy ilmoituksissa?
3. Mitä toimenpiteitä ilmoituksesta seurasi?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Alkulan, Pöntisen, Ylöstalon (1994) mukaan hyvä empiirinen tutkimusasetelma on selkeä ja yksinkertainen. Tutkimusasetelmassa kuvataan aineisto, joka vastaa tutkimusongelmaan sekä esitetään aineistojen analyysin perusideat. Tutkimusongelma, aineisto ja menetelmät muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden. (Alkula ym. 1994, 37.)

4.1 Käytetyt tutkimusmenetelmät

Niin kvantitatiivinen kuin kvalitatiivinen aineisto voidaan hankkia monin eri tavoin. Kvalitatiivisen aineistonhankinnan menetelmiä ovat erilaiset haastattelut, havainnointi ja tekstianalyysi (Metsämuuronen 2008). Valmiita aineistoja saadaan muun muassa aikaisemmista tutkimuksista, tilastoista, rekistereistä ja lähdetietokannoista. Näitä aineistoja voidaan analysoida sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin. Valmiin aineiston käyttö edellyttää aineiston haltijan lupaa. (Alkula ym. 1994.)

Käsitteellisesti selkeä tutkimusongelma ja mitattavissa olevat asiat puoltavat kvantitatiivisten menetelmien käyttöä. Kvantitatiivisen aineiston on oltava luotettava ja vastattava tutkimuskysymyksiin. Aineisto on mittaustulos, joka on voitava esittää numeerisessa muodossa. Aineiston mittaus perustuu esimerkiksi luokitteluun ja järjestämiseen. Jotta abstraktit asiat saataisiin mitattavaan muotoon, on luotava mittarit ja määriteltävä käsitteet. Tämä operationalisointi ilmenee esimerkiksi kysymyslomakkeena. (Alkula ym. 1994.)

Perusjoukko koostuu niistä havaintoyksiköistä, joiden ominaisuuksia halutaan tutkia (Alkula ym. 1994). Empiirisen tutkimuksen perusjoukko koostuu fyysisistä kohteista kuten ihmisistä tai tapahtumista. Perusjoukko on usein ääretön, jolloin yleensä tutkitaan vain osaa perusjoukon tapauksia. Kokonaistutkimus on kyseessä silloin, kun kaikki perusjoukon tapaukset tutkitaan. Kokonaistutkimus on mahdollista suorittaa vain kun perusjoukko ei ole liian suuri ja sen kaikki tapaukset voidaan tutkia. (Tuotetiede, Taideteollinen korkeakoulu, Virtuaaliyliopisto.)

Tutkimuksella tulee aina olla selkeä tarkoitus ja kohde, kenelle tutkimus on suunnattu. Kvantitatiivisessa sekä kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää samanlaisia aineistoja (Alkula 1994, 42, Alasuutari 2011, 32). Kvalitatiivisessa analyysissä pyritään ymmärtämään tutkittavan kohteen merkitystä ja ominaisuuksia kokonaisvaltaisesti ilman pyrkimystä tilastollisiin yleistyksiin. Kvantitatiivisessa analyysissä tutkittavaa kohdetta kuvataan ja tulkitaan numerojen ja tilastojen avulla, joiden pohjalta voidaan tehdä yleistyksiä koskemaan koko perusjoukkoa. (Alasuutari 2011.) Metsämuurosen (2008) mukaan kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus eivät ole toisiaan poissulkevia. Myös Alasuutari (2011) puhuu edellä mainittujen analyysimuotojen olevan jatkumoa, ei vastakohtia. Molempia analyysimenetelmiä käytettäessä puhutaan monimenetelmäisyydestä, jonka avulla tutkimuskohteesta saadaan tietoa monipuolisesti. Tämän tutkimuksen aineistoa analysoidaan kvalitatiivisin ja kvantitatiivisin menetelmin.

Eskolan ja Suorannan (1998, 138) mukaan kvalitatiivisen aineiston analyysillä aineisto saatetaan tiiviimpään muotoon ilman informaation häviämistä. Hajanaisesta aineistosta pyritään muodostamaan selkeä kokonaisuus, joka tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Alasuutari (2011) puhuu havaintojen pelkistämisestä ja ”arvoituksen ratkaisemisesta”. Aineistoa tarkastellaan ensin teorian näkökulmasta, jonka tuloksena saadaan hallittava määrä havaintoja. Havainnot yhdistetään joukoksi etsimällä yhteisiä piirteitä tai nimittäjää, jolloin joukko kuvastaa ilmiön esimerkkejä ei kuitenkaan tyyppitapauksia tai keskiwertoyksilöitä. Havainnot yhdistämällä tuotetun havainnon pitää siis päteä alkupe räisiin havaintoihin. (Alasuutari 2011, 40 - 42).

4.2 Käytetty tutkimusaineisto ja analyysi

Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on saada yleistettävissä olevaa tietoa. Kvantitatiivinen aineisto on mittaustuloksia, jotka voidaan esittää numeerisessa muodossa. Aineiston muuttujien väliset syy- ja seuraussuhteet ovat keskeisessä asemassa kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Aineisto on usein laaja, joten sitä käsitellään tilastollisesti tietotekniikkaa hyödyntäen. Aineistoa voidaan esittää tilastojen lisäksi myös graafisesti. (Alkula ym. 1994.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnusmerkkejä ovat muun muassa aineiston keruumenettelmä, harkinnanvarainen otanta ja hypoteesittomuus. Aineisto on yleensä tekstimuotoista, joka keskittyy pieneen määrään tapauksia. (Eskola, Suoranta 1998.) Alkulan ym. (1994, 44) mukaan selvästi erottuvat asiat tulevat näkyviin pienessäkin aineistossa. Tekstimuotoista aineistoa pyritään analysoimaan perusteellisesti sisällönanalyysillä. Kun tutkijalla ei ole ennakko-oletuksia tutkimuskohteesta tai tuloksista, puhutaan hypoteesittomuudesta. Tutkijalla voi olla esioletuksia ja niistä kehitettyjä työhypoteeseja, mutta ne eivät kahlitse tutkimuksen etenemistä vaan pikemminkin vauhdittavat sitä. (Eskola, Suoranta 1998.)

Tutkimuksen aineistona olivat erikoissairaanhoidossa olleiden potilaiden ja omaisten tekemät HaiPro-ilmoitukset sekä ammattihenkilöstön ilmoitukset vastaavista tapahtumista. Ilmoitukset olivat sähköisessä muodossa HaiPro-järjestelmän ylläpitäjän, Awanicin tietokannassa, josta ne tulostettiin paperille. Paperilta tiedot tallennettiin taulukkolaskentaohjelmistoon, jonka avulla tehtiin kvantitatiivista analyysiä. Kvalitatiivista analyysia varten paperilta tallennettiin tekstinkäsittelyohjelmaan tapahtuman kuvaus, näkemys siitä, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää, sekä ehdotus toimenpiteiksi ja kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta. Paperilla oleva aineisto palautettiin sairaalaan, jossa se tuhottiin. Samoin tuhottiin tiedostot taulukkolaskentaohjelmasta ja tekstinkäsittelyohjelmasta analyysin jälkeen.

Vuosina 2013 – 2014 potilaat tai omaiset tekivät 51 HaiPro-ilmoitusta. Potilaiden ilmoituksista 24 oli tehty sähköisesti ja 7 kirjoitettu paperilomakkeelle 7. Omaiset jättivät vastaavasti sähköisiä ilmoituksia 17 ja paperisia 3. Potilaiden ilmoituksiin sisältyi kaksi tapahtumaa, jotka oli ilmoitettu kahdesti. Toinen tapahtuma ilmoitettiin potilaan ja omaisen toimesta ja toisen tapahtuman potilas ilmoitti kahdesti. Ammattihenkilöstön ilmoituksia samoista tapahtumista löytyi viisi. Ammattihenkilöstön ilmoitukset olivat sähköisiä.

Kvantitatiivisesti analysoidaan potilaiden tai omaisten ja ammattihenkilöstön ilmoituksista tapahtuman luonne, seuraus potilaalle, seuraus hoitavalle yksikölle, tapahtuman tyyppi, riskiluokka, välittömät toimenpiteet tilanteessa, tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät. Kaikki edellä mainitut tiedot käsittelijä tallentaa

järjestelmän luokitusten mukaisesti. Ilmoituksista lasketaan prosenttiosuuksia ja lukumääriä.

Potilaiden tai omaisten vaaratapahtumailmoituksista analysoidaan kvalitatiivisesti mitä ja miten tapahtui sekä mitkä olivat seuraukset. Lisäksi kuvataan potilaiden näkemys siitä, miten tapahtuma olisi voitu estää, jos se HaiPro-ilmoituksessa on kerrottu. Ammattihenkilöstön ilmoituksista kvalitatiivisesti analysoidaan mitä ja miten tapahtui, näkemys siitä, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää. Molempien ilmoituksista analysoidaan ehdotus toimenpiteistä, jolla tapahtuman toistumien estetään sekä kuvaus estävien toimenpiteiden toteuttamisesta. Eskolan ja Suorannan mukaan (1998, p. 179) käytännöllisen ongelman ratkaisussa suositeltavin kvalitatiivisen aineiston analysointitapa on teemoittelu, jolloin saadaan tutkimuskysymyksen kannalta olennaista tietoa. Alasuutarin (2011) mukaan analysoitava tekstiaineisto pelkistyy ”raakahavainnoiksi”, jotka pyritään pelkistämään mahdollisimman suppeaksi havaintojen joukoksi. Alkulan ym. (1994) mukaan kvalitatiivisen aineiston tekstiä tulkittaessa päätellään, mihin käsitteisiin tekstikatkelma liittyy. Tämän tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto analysoidaan teemoittelemalla tekstiä tapahtuman yksilöintiin, tiedonkulkuun ja osallistumismuotoon liittyen.

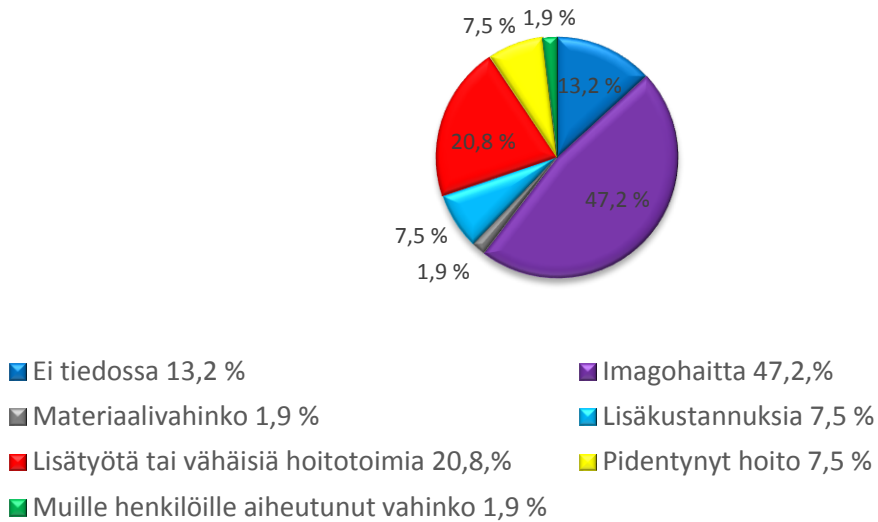
5 TULOKSET

Potilaiden tai omaisten tekemiä ilmoituksia oli 49. Ammattihenkilöstö teki vastaavista tapahtumista viisi ilmoitusta. Yhden ilmoituksen perusteella tietokantaan on voitu tallentaa useampi vaihtoehto esimerkiksi tapatumaolosuhteisiin vaikuttavia tekijöitä tai vastaavasti puuttuu jokin luokitus esimerkiksi seuraus potilaalle. Tästä johtuen otoskoko (n) vaihtelee.

Potilaiden tai omaisten ilmoituksista 18 % (n = 9/49) oli läheltä piti tapahtumia ja 82 % tapahtui potilaalle (n = 40/49). Vastaavat luvut ammattihenkilöstön ilmoituksissa olivat 20 % (n = 1/5) ja 80 % (n = 4/5). Potilaiden tai omaisten ilmoituksissa seuraus potilaalle ei ollut tiedossa 14 %:ssa (n = 6/44) tapauksista, 27 %:ssa (n = 12/44) tapauksista ei ollut haittaa, 32 %:ssa (n = 14/44) tapauksista haitta oli lievä ja 27 %:ssa (n = 12/44) tapauksista haitta oli kohtalainen. Viiden ilmoituksen seurausta ei ollut tallennettu. Ammattihenkilöstön ilmoituksissa 40 %:ssa (n = 2/5) tapauksista ei ollut haittaa, lievä haitta oli 20 %:ssa (n = 1/5) ja kohtalainen haitta 40 %:ssa tapauksista (n = 2/5).

Seuraus hoitavalle yksikölle potilaiden ilmoituksissa on esitetty kuviossa 5 ja ammattihenkilöstön ilmoituksissa kuviossa 6.

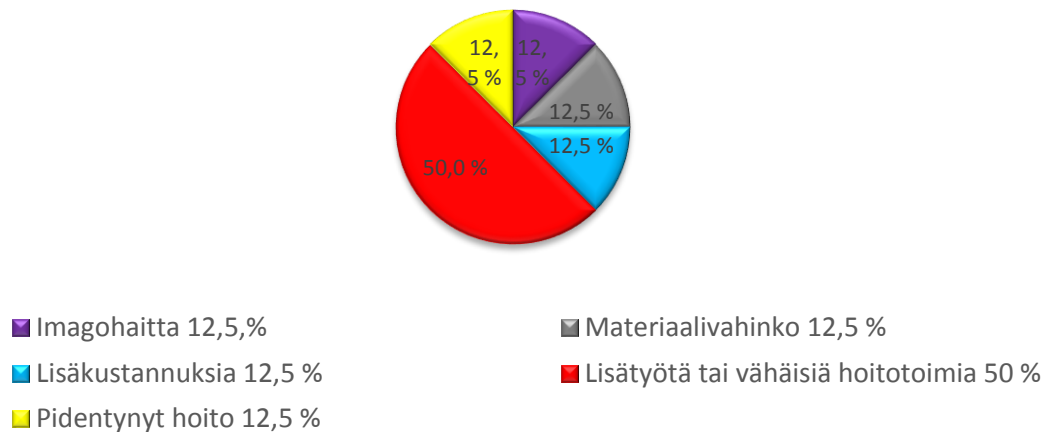
Seuraus hoitavalle yksikölle, potilaiden ilmoitukset (n = 53)



KUVIO 5. Seuraus hoitavalle yksikölle, potilaiden ilmoitukset

Lähes puolet potilaiden ilmoituksista (n = 25/53) aiheutti imagohaittaa hoitavalle yksikölle. Neljäsosa oli lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia sekä pidentynyttä hoitoa. Toinen neljäsosa aiheutti lisäkustannuksia, materiaalivahinkoja tai seuraus ei ollut tiedossa. Seuraus hoitavalle yksikölle puuttui kuudesta ilmoituksesta ja 10 ilmoitusta oli luokiteltu kahteen luokkaan. Tästä johtuen n = 53.

Seuraus hoitavalle yksikölle, ammattihenkilöstön ilmoitukset (n = 8)

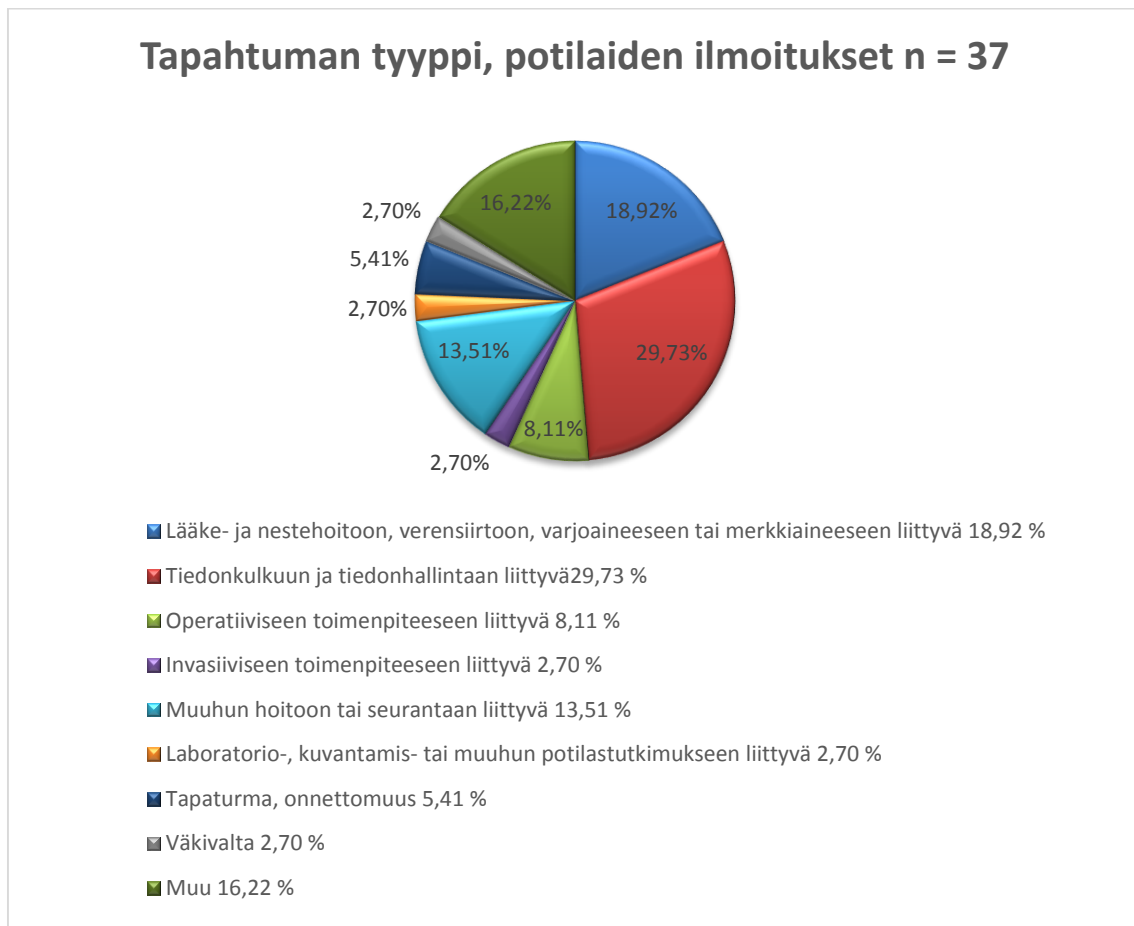


KUVIO 6. Seuraus hoitavalle yksikölle, ammattihenkilöstön ilmoitukset

Ammattihenkilöstön ilmoituksista puolet ($n = 4/8$) aiheutti lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia. Toinen puoli tapahtumista aiheutti imagohaittaa, materiaalivahinkoja, lisäkustannuksia tai pidentynyttä hoitoa. Viidestä ilmoituksesta kolmessa oli seuraus luokiteltu kahteen luokkaan, josta johtuen $n = 8$.

Potilaiden tai omaisten ilmoitusten ($n = 48$) mukaan yksikkö, jonka toimintaan tapahtuma liittyi oli 20 tapauksessa osasto, 10 tapauksessa toimenpideyksikkö, 12 tapauksessa vastaanotto ja kuusi tapausta tapahtui muussa yksikössä. Yhdessä ilmoituksessa ei ollut yksikköä rekisteröity. Ammattihenkilöstön ilmoituksista ($n = 5$) kolme tapahtui osastolla, yksi toimenpiteissä ja yksi vastaanotolla.

Kuviossa 7 on esitetty potilaiden tai omaisten ilmoitukset pääluokittain.

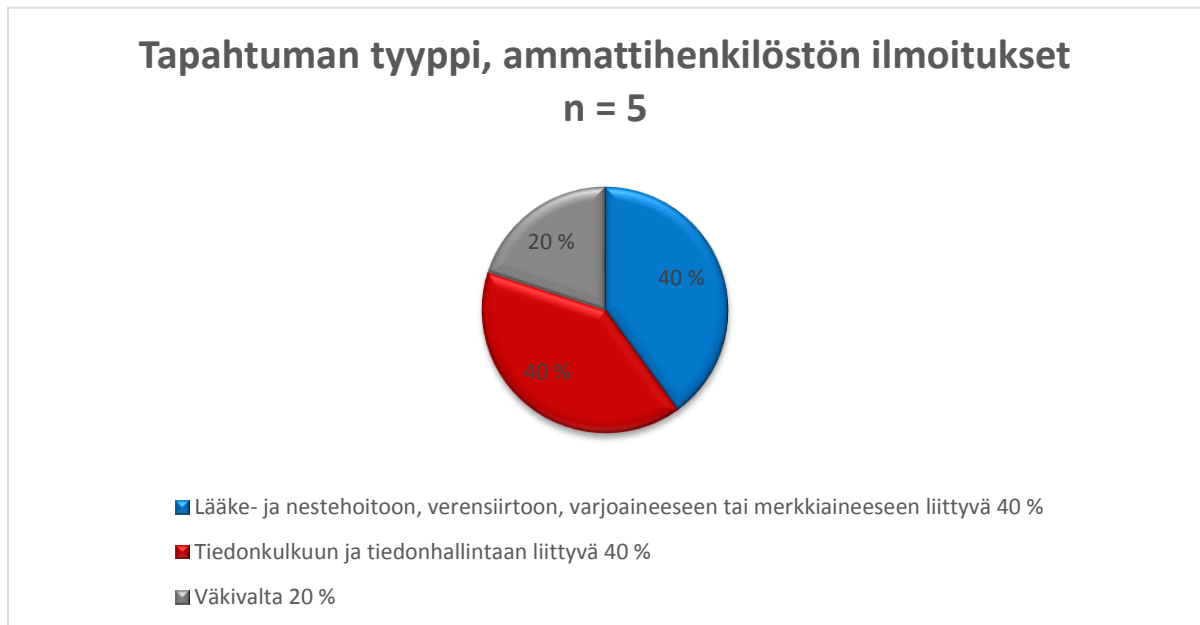


KUVIO 7. Tapahtuman tyyppi, potilaiden tai omaisten ilmoitukset.

Tapahtuman tyyppin luokittelu puutui 12:sta ilmoituksesta., tästä johtuen $n = 37$. Potilaiden tai omaisten ilmoituksista 18 % ($n = 7/39$) liittyi lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon,

varjoaineeseen tai merkkiaineeseen. Näistä suurin osa oli antovirheitä joko väärä antotapa, väärä lääke, neste tai verituote tai väärä annos tai vahvuus. Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä ilmoituksia oli 30 % (n = 11/37). Näistä yli puolet liittyivät hoidon järjestelyihin, suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään sekä potilastiedon hallintaan (dokumentointiin). Loppuihin seitsemään pääluokkaan oli luokiteltu 52 % (n = 19/37) ilmoituksista.

Kuviossa 8 on esitetty ammattihenkilöstön ilmoitukset pääluokittain.



KUVIO 8. Tapahtuman tyyppi, ammattihenkilöstön ilmoitukset.

Ammattihenkilöstön ilmoituksista kaksi viidestä oli lääke- ja nestehoitoon liittyviä ilmoituksia. Myös tiedonkulkuun liittyi kaksi ilmoitusta viidestä. Väkivaltaan liittyviä ilmoituksia oli yksi.

Potilaiden tai omaisten ilmoitusten riskiluokka oli tallennettu 40:ssä tapauksessa. Riski oli merkityksetön 23:ssa tapauksessa, vähäinen riski 16:sta ja kohtalainen riski yhdessä tapauksessa. Ammattihenkilöstön yhden ilmoituksen riskiluokkaa ei ollut tallennettu. Loppujen neljän ilmoituksen riskiluokka oli vähäinen.

Kaikissa ilmoituksissa tilanteet hallittiin omin voimin tai tilanteiden hallinta ei ollut tiedossa. Ulkopuolista tai lisähenkilökuntaa ei tarvittu. Potilaiden tai omaisten ilmoituksissa välitön toimenpide ei ollut tiedossa 37 %:ssa (n = 16/43) tapauksista. Poikkeaman/virheen

korjaava (hoito)toimenpide oli välittömänä toimenpiteenä 37 %:ssa (n = 16/43) tapauksista. Potilaan tarkkailu/informointi asiasta oli 19 %:ssa (n = 8/43) ja seurauksia lieventävät ja lisävahinkoja estävät toimet 7 %:ssa (n = 3/43) tapauksissa välittömänä toimenpiteenä. Välitöntä toimenpidettä ei ollut tallennettu 11:n ilmoituksen kohdalla ja viiden ilmoituksen kohdalla toimenpide oli tallennettu kahteen eri luokkaan. Ammattihenkilöstön yhden ilmoituksen välitön toimenpide oli tallennettu kahteen luokkaan. Ilmoituksista kolmasosa (n = 2/6) oli poikkeaman/virheen korjaava (hoito)toimenpide, kolmasosa (n = 2/6) potilaan tarkkailu/informointi asiasta ja kolmasosa (n = 2/5) seurauksia lieventävät ja lisävahinkoja estävät toimet.

Potilaiden tai omaisten 49:n ilmoituksen tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttavat tekijät oli tallentamatta 8:n ilmoituksen kohdalla ja 10:n ilmoituksen kohdalla tapahtumaolosuhteet oli tallennettu kahteen, kolmeen tai neljään luokkaan. Tapahtumaolosuhteet eivät olleet tiedossa 19 %:ssa (n = 12/63) ilmoituksista. Kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyviä tekijöitä oli 27 %:ssa (n = 17/63) ilmoituksessa. Suullinen kommunikointi oli puutteellista tai epäselvää yli puolessa ilmoituksista. Työmenetelmiin ja toimintatapoihin liittyviä tekijöitä oli raportoitu 17 %:ssa (n = 11/63). Näistä yhdessä ilmoituksessa oli henkilökunnan määrä vaikuttanut tapahtumaolosuhteisiin. Tiimin toimintaan liittyviä tapahtumaolosuhteita oli ilmoitettu 10 %:ssa (n = 6/63). Koulutukseen, perehdytykseen ja osaamiseen liittyviä ilmoituksia oli 8 %:ssa (n = 5/63), joista yli puolet liittyi tietoihin ja taitoihin. Laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyviä tapahtumia oli 5 %:ssa (n = 3/63) ilmoituksista. Työympäristö, välineet ja resurssit vaikuttivat tapahtumaolosuhteisiin 3 %:ssa (n = 2/63) ilmoituksista. Näistä toinen ilmoitus liittyi potilas- ja muiden tietojärjestelmien toiminta- ja käyttöongelmiin. Potilaisiin ja läheisiin sekä lääkkeisiin liittyviä ilmoituksia oli molempia yksi, joten yhteensä 3 % (n = 2/63) tapahtumaolosuhteista liittyi edellä mainittuihin tekijöihin. Ei tunnistettuja myötävaikuttavia tekijöitä eli normaali tilanne oli 8 %:ssa (n = 5/63) ilmoituksista.

Ammattihenkilöstön yksi ilmoitus tapahtumaolosuhteista oli tallennettu kolmeen eri luokkaan. Tapahtumaolosuhteisiin vaikuttavista tekijöistä kaksi (n = 2/7) ilmoitusta liittyi toimintatapoihin ja kaksi (n = 2/7) kommunikointiin. Potilaaseen ja omaisiin (n = 1/7) sekä lääkkeisiin (n = 1/7) liittyi molempiin yksi ilmoitus. Yhden ilmoituksen tapahtumaolosuhteet olivat normaalit (n = 1/7).

Potilaiden osallisuus omaan hoitoonsa ilmenee kysymyksinä, ilmoituksina ja huomioina. Potilaan ilmoituksen mukaan ”*huomasin kyseisen virheen noin tunnin kuluttua tapahtuneesta*”, kun kipupumppu irrotettiin ja yhdistettiin uudelleen väärään kanyyliin. Konkreettisina tuloksina pyyntöihin potilaat saivat kipulääkettä ”*kapselin toivat kun pyysin*”. Potilaat myös kertovat kivusta ammattihenkilöstölle ”*kerroin kipureaktion voimakkuudesta*”. Kysymyksiä potilaat ja omaiset esittävät paljon. Kysymykset liittyvät usein lääkitykseen. Puhelimella on kysytty muun muassa laboratorioarvoja ja sairauslomatodistusta.

Potilaat ovat kokeneet kipua ”*minulla oli pakottava tunne ranteissa*” tai kovakouraista kohtelua ”*...puristelun niin kovakouraisesti etten kivun vuoksi kyennyt täysin pysymään paikallani*”. Potilaat ja omaiset huomioivat virheitä lääkityksessä ”*...tiesin jotakin potilaan ongelmista. Näin ollen potilas sai turvallisen lääkityksen kotiin.*” Potilaat varmistavat lääkelistaltaan saamansa lääkkeet ”*lääkelistalta puuttuu lääkkeenottoaika*”, ”*Pyysin häneltä lääkelistaa, jossa ei ollut buranaa edes listoilla.*”. Väärä lääke paljastui pillerin koon perusteella.

Konkreettisia vaaratapahtumia tai tapaturmanomaisia piirteitä ilmoituksissa olivat kompastumiset esimerkiksi potilaasta tuleviin ”*letkuihin ja johtoihin*”, sängyn törmäys kuljetuksen aikana, pyörätuolilla kaatumiset ja lyönti kasvoihin. Näitä ilmoituksia oli kuitenkin pieni osa. Enin osa ilmoituksista liittyi potilaan tai omaisen subjektiiviseen näkemykseen tai kokemukseen vaaratapahtumasta tai virheestä. Puutteellinen EEG rekisteröinti, ambulanssin tulon kestäminen tai hoitoon pääsyn viivästyminen ”*...istumaan useita tunteja päivystyksen vastaanottoaulassa*” on aikaansaanut vaaratapahtumailmoituksen. Ammattihenkilöstön ottamien valokuvien luvallisuutta sekä sähköisen reseptin käyttöönottoa on kyseenalaistettu.

Potilaat ovat kokeneet epäasiallista ”*miksi asiakkaan pitää kuulla olevansa vaivaksi*” tai vähättelevää kohtelua ”*minulle sanottiin, että ei kai nyt sentään*”. Myös syyllistävää kohtelua ilmeni teksteissä ”*...syyllistävän tuntuinen, koska minulla on niin huonot suonet*”. Potilaat ja omaiset kertovat olleensa pettyneitä, ahdistuneita, peloissaan tai epä tietoisia ”*olen edelleen epä tietoinen siitä...*”. Omaiset kertovat saaneensa huonoa kohtelua tiedustellessaan potilaan vointia ”*Saimme erittäin huonoa, tylyä, jopa vihamielistä kohtelua.*”.

Kommunikoinnin osapuolia ovat potilaat ja omaiset sekä ammattihenkilöstö. Potilaat informoivat ammattihenkilöstöä ja esittävät heille kysymyksiä. Potilaat havainnoivat myös ammattihenkilöstön välistä kommunikointia ”...*anestesiahoitaja sanoi, että pitäisiköhän potilaalle antaa kipulääkettä...*”. Omaiset kommunikoivat potilaiden kanssa ”*omaisiin yhteydenpito mahdollisuutta rajoitettiin*”, mutta myös suoraan ammattihenkilöstön kanssa ilman potilaan läsnäoloa ”*keskustelin hoitajan kanssa*”. Vanhusten ja lasten omaiset kommunikoivat useimmiten suoraan ammattihenkilöstön kanssa.

Potilaiden ja omaisten mukaan vaaratapahtuman toistuminen voitaisiin estää kiinnittämällä erityistä huomiota lääkitykseen ja sen oikeellisuuteen ”*ei jätetä valmiiksi vedettyjä lääkeruiskuja lojumaan*”, ”*lääkkeen sopivuutta seurataan*”. Myös ammattihenkilöstön ilmoituksissa ilmeni tarkkuus ja keskittyminen lääkehoidossa. Korjaamalla rikki olevat laitteet ja välineet sekä säätämällä apuvälineet asiakaskohtaisesti vältettäisiin vaaratapahtumien toistuminen. Myös liikkumisen esteet esimerkiksi sängynlaidat olisi vietävä kulkureiteiltä pois.

Potilaiden ilmoituksissa ammattihenkilöstön pätevyys ja ammattitaito olivat tärkeitä tekijöitä laadukkaassa toiminnassa ”*kuka vastaa erikoistuvan lääkärin työskentelystä*”, ”*rajoittaa toimimista kunnes osoittavat taitonsa ja tietonsa*”. Ammattitaidon lisäksi tarvitaan pysyvää henkilökuntaa riittävästi. Myös liian pitkä työvuorot tulivat esille potilaiden ilmoituksissa. Muita organisatorisia laatutekijöitä ovat selkeät toimintaohjeet, ammattihenkilöstön toimiminen yhteistyössä muiden osastojen ja eri ammattiryhmien kanssa sekä riittävä ja asianmukainen koulutus.

Useilla potilastietojärjestelmillä nähtiin olevan vaaratapahtumariskiä kohottava ominaisuus ”*päivystysalueella kaksi järjestelmää; tieto tulee tarkistaa ja hakea molemmista järjestelmistä*”. Myös kipumittarin käyttöönottoa toivottiin sekä riittävästi tarpeellisia tarvikkeita ”*riittävästi geeli kylmäpakkauksia...voisiko hakea naapuriosastolta lainaksi*”. Avun nopea saapuminen estäisi myös vaaratapahtumien toistumisen.

Monipuolisen ja riittävän kommunikoinnin avulla pystytään potilaiden ja omaisten ilmoitusten mukaan välttämään vaaratilanteita. Kommunikointi ja yhteistyö potilaiden ja omaisten kanssa on tärkeää ”*kuunnellaan mitä potilas tahtoo*” kuitenkin laillisuutta

unohtamatta ”*eikä puhu asioista toisen potilaan kuullen*”. Potilaille on ymmärrettävästi kerrottava toimenpiteistä ja pyydettyä suostumus ”*onko potilas halukas koekaniiniksi*”. Vaaratilanteiden tapahtuessa rehellisyys ja avoimuus ovat tärkeitä ominaisuuksia.

Potilaiden tai omaisten näkemysten mukaan ammattihenkilöstön asiallinen käyttäytyminen ja asennoituminen voi estää vaaratapahtumien toistumisen. Potilaiden oikeuksia olisi kunnioitettava. Vastuunotto hoidosta, asioiden selvitys ”*tulee olla huomattavasti paremmat tiedot potilaan kokonaistilanteesta*”, ”*yhteystietojen tarkistamisen parantaminen*” ja huolellinen perehtyminen potilaan tietoihin olivat sekä potilaiden että ammattihenkilöstön näkemysten mukaan merkittäviä asioita vaaratapahtumien estämisessä. Potilaiden tai omaisten ilmoituksista nousi esiin myös vastuun siirtäminen omaiselle ”*omaiselle sysätään liian suuri vastuu*”, ”*jouduimme turvaamaan asianmukaisen nesteytyksen ja kipulääkityksen antamisen olemalla yhteydessä toiseen osastoon*”.

Konkreettisina esityksinä vaaratapahtumien ehkäisystä olivat potilaan ehdotus listasta kiellettyjä lääkkeitä, ammattihenkilöstön ehdotus punaisesta lapusta potilaspapereiden päällä sekä epiduraalikatetrin merkitsemisestä esimerkiksi kirkkaalla teipillä erotukseksi muista infuusioletkuista. Korjaavina toimenpiteinä epiduraalikatetrin merkintä on ehdotettu otettavaksi käyttöön ja punainen lappu potilaspapereiden päällä merkinä konsultaatiosanelusta on otettu käyttöön. Potilaille annettavaa ohjeistusta on myös muutettu ja erilaisten lääkevalmisteiden määrää vähennetty vaaratapahtumailmoitusten perusteella.

Kaikkiin ilmoituksen jättäjiin oltiin yhteydessä, mikäli yhteystiedot olivat selvillä. Ilmoitajiin oltiin yhteydessä usein puhelimitse. Henkilökohtaisia tapaamisia oli järjestetty myös potilaiden omaisten kanssa. Potilaat ja omaiset olivat tyytyväisiä yhteydenottoihin ja siihen, että vaaratapahtumailmoitukset olivat johtaneet toimintaa parantaviin toimenpiteisiin.

Tapahtuman toistumisen estäviä toimenpiteitä oli lähes kaikissa tapauksissa kommunikointi ja keskustelu eri osapuolien kesken. Yleisimmin asioista keskusteltiin osasto- tai tiimikokouksissa. Keskusteluissa oli käyty läpi toimintatapoja, tiedonkulkua, viestinnän laatua ja potilaiden sekä omaisten kohtelua. Ilmoitetuista tapahtumista oli pyritty ottamaan opiksi. Myös esimies-alais –keskusteluja oli käyty.

6 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoitus oli analysoida potilaiden ja/tai heidän omaistensa ilmoittamat vaaratapahtumat sekä ilmoituksen seuraukset. Tutkimuksessa pyrittiin identifioimaan ja kuvaamaan potilaiden tekemien vaaratapahtumailmoitusten sisältö, yleisyys ja tunnuspiirteet. Tutkimuksessa etsittiin myös ammattihenkilöstön vastaavat ilmoitukset. Tämän tutkimuksen tavoite oli tuottaa tietoa toimintaprosessien kehittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi.

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan hyvä tieteellinen käytäntö koostuu rehellisyydestä, huolellisuudesta ja tarkkuudesta sekä avoimuudesta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimus on suoritettava tieteellisten kriteerien mukaisesti käyttäen eettisesti keskeisiä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Hyvä tieteellinen käytäntö.) Tutkija vastaa aina itse ratkaisuisistaan, niin moraalisisista kuin eettisistäkin.

Tutkimuksen ongelmakohtia on Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan tutkimusluvan hankinnassa, aineiston keruussa sekä tutkimuskohteen hyväksikäyttöön liittyvissä asioissa. Myös tutkijan vaikutus tutkimusyhteisöön ja tutkimuksesta tiedottaminen voivat aiheuttaa eettistä pohdintaa. (Eskola, Suoranta, 1998.) Tämän tutkimuksen organisaatiolupa on haettu ja saatu joulukuussa 2014. Tutkimusaineisto on tulostettu paperille organisaation tietokannasta. Aineistoa on analysoitu kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin. Tutkimusta varten on suoritettu tiedonhaku tieteellisistä tietokannoista. Paperinen tutkimusaineisto tallennettiin tietokoneelle, jossa se säilytettiin tutkimuksen ajan. Paperinen aineisto palautettiin tutkimuksen kohteena olevaan organisaatioon, jossa se hävitettiin. Myös tietokoneella olevat tiedostot tuhottiin tutkimuksen päätyttyä.

Tutkijan ja tutkittavien välillä ei saa vallita riippuvuussuhdetta. Tutkija on kuitenkin osa tutkittavaa maailmaa, jolloin kyseessä on tutkijan ja tutkittavan välinen vuorovaikutussuhde. Tutkimuksessa on kunnioitettava ihmisarvoa, tutkittavien yksityisyyttä ja tietosuojaa. Myös tietojen käsittelyssä ja niiden julkaisussa on noudatettava luottamuksellisuutta ja anonymiteettiä. (Eskola, Suoranta 1998.) Tämän tutkimuksen aineistosta oli poistettu

kaikki tutkittavien yksilöintitiedot, joten aineistoa ja henkilöitä ei pystytty yhdistämään toisiinsa.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Empiirisen tutkimusasetelman lähtökohtana on konkreettinen ja koottu aineisto. Metsämuurosen (2008) mukaan laadullinen aineisto on usein valmiiksi kirjoitettu. Laadullinen aineisto on lähde, jonka avulla ihmiset informoivat tutkimuskohteesta. Alasuutarin mukaan kyseessä on silloin faktanäkökulma laadulliseen aineistoon. (Alasuutari 2011, 92.) Tässä tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa vaaratapahtumista. Aineisto oli suppea, joten se analysoitiin kokonaisuudessaan.

Alkulan ym. (1995, 44) mukaan selvästi erottuvat asiat tulevat näkyviin pienessäkin aineistossa. Metsämuurosen (2008, 60) mukaan jo neljän havainnon perusteella voidaan tehdä tilastollisesti merkitseviä päätelmiä. Kvantitatiivisen analyysin tarkoitus on kuvata ja havainnollistaa otosaineistoa. Analyysin perusteella tehdään myös yleistyksiä perusjoukkoon. (Alkula ym. 1995, 215.) Tässä tutkimuksessa tunnuslukuja laskettiin koko aineistosta. Koska aineisto oli suppea, laskettiin vain prosenttiosuuksia ja lukumääriä.

Alkula ym. (1995, 44) pitää empiirisen aineiston peruskriteerinä luotettavuutta. Aineiston sisäinen luotettavuus kuvastaa sitä, miten hyvin kerätyt tiedot kuvaavat tutkittavaksi tarkoitettuja asioita. Mikäli kerättyjen tietojen pohjalta voidaan tehdä yleisempiä päätelmiä, on kyseessä ulkoinen luotettavuus. Tämän tutkimuksen aineisto vaaratapahtumailmoituksesta kuvasti tutkittavaa asiaa, jolloin sisäisen luotettavuuden kriteeri toteutui. Ulkoinen luotettavuus ei toteutunut yhtä hyvin, koska aineisto oli kuitenkin suhteellisen suppea ja se analysoitiin kokonaisuudessaan.

Tutkimuksessa voidaan käyttää useita eri aineistoja, tutkijoita, teorioita tai menetelmiä. Tällöin puhutaan triangulaatiosta, jonka avulla tutkimuskohteesta saadaan luotettavampi ja kattavampi kuva. Menetelmätriangulaatiossa käytetään kvantitatiivista ja kvalitatiivista menetelmää. (Eskola, Suoranta, 1998.) Tässä tutkimuksessa aineistoa on analysoitu sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin.

6.3 Tulosten tarkastelu

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan teoria on tutkimuksen ajatuspohja. Teoria on keino auttaa tutkimuksen tekemistä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarvitaan taustateoria, jota vasten aineistoa tarkastellaan. (Eskola, Suoranta, 1998.) Alkulan ym. (1994) mukaan tutkimus voi olla kuvaileva tai selittävä. Kuvailevassa tutkimuksessa vastataan mitä –kysymyksiin ja selittävässä miksi –kysymyksiin. Kuvailevassa tutkimuksessa teorian tehtävä on käsitteiden määrittely ja rajaaminen. (Alkula ym. 1994.)

Choon (1998) tiedonhallinnan teorian mukaan tiedonhallinnan tärkein päämäärä on valjastaa tietovarannot organisaation käyttöön niin, että organisaatio oppii ja pystyy sopeuttamaan toimintansa muuttuviin olosuhteisiin. Tietoa käytetään organisaatiossa ongelmanratkaisuun ja käytön tuloksena syntyy usein esimerkiksi uusia toimintatapoja. Tässä tutkimuksessa käytettiin olemassa olevaa aineistoa, jota analysoimalla etsittiin tiedon käytön tuloksena syntyneitä uusia merkityksiä ja toimintatapoja. Tutkimuksen mukaan vaaratapahtumailmoitusten perusteella syntyneitä uusia toimintatapoja olivat potilasohjeituksen muuttaminen, konsultaatiosanelun merkitseminen ja lääkeaineiden määrän vähentäminen. Myös epiduraalikatetrin merkitsemistä harkittiin. Tiedon käytön seurauksena on syntynyt uusia toimintatapoja, jotka taas ovat parantaneet potilasturvallisuutta.

Tiedonkulku ja kommunikointi olivat suurin yksittäinen syy vaaratapahtumailmoituksiin. Choon (1998) tiedonhallinnan teorian tärkeä elementti on kommunikointi prosessin eri vaiheissa. Yksilöt luovat uutta tietoa olemassa olevan tiedon pohjalta dialogissa muiden kanssa. Myös kirjallisuus korostaa tiedonkulkua ja kommunikointia vaaratapahtumien ehkäisyssä ja niistä oppimisessa. Kaikkien ilmoitusten johdosta organisaatiossa oli käyty keskustelua tapahtuneista. Näiden keskustelujen pohjalta syntynyt uusi tieto ja merkitykset ovat voineet siirtyä toiminnaksi, joka eivät välttämättä tullut aineistosta esiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigman mukainen toiminta käsittää palvelujen toteutuksen ja käytön. Paradigman tieto kuvaa tiedon arvoketjua, jossa yksittäisestä datasta jalostuu viisautta. Eri toimijat kommunikoivat ja käyvät dialogia tiedon merkityksestä omassa toiminnassaan. Potilaiden tai omaisten ilmoituksista saatu tieto

vaaratapatumista ja niiden ehkäisemisestä, oli realisoitunut konkreettisiksi toimintatavoiksi vaikuttaen potilasturvallisuuden kehittymiseen.

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaiden tai omaisten ilmoitukset vaaratapahtumista olivat vähäisiä. Myös tämän tutkimuksen suppea aineisto myötäilee aikaisempia tuloksia.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian yhtenä tavoitteena on potilasturvallisuuskulttuurin luominen organisaatioon. Potilasturvallisuus tarkoittaa periaatteita ja toimintatapoja, joilla terveydenhuollon ammattihenkilöt ja organisaatiot pyrkivät varmistamaan turvallisen hoidon ja estämään potilaan vahingoittumisen. Potilasturvallisuutta heikentävien vaaratapahtumien ilmoittaminen ja esiintuominen on tärkeää potilasturvallisuuden parantamiseksi. Vaaratapahtumailmoitusten perusteella organisaatiossa tapahtuu oppimista ja toimintatapoja muutetaan.

Sekä potilaiden että ammattihenkilöstön ilmoituksissa kommunikoinnin tärkeys korostui. Henkilöstön välinen kommunikointi oli parantanut turvallisuutta. Potilaiden ilmoitusten mukaan puutteellinen tai epäonnistunut kommunikointi oli aiheuttanut paitsi vaaratilanteita myös potilaiden turhautumista, pelkoa ja epätietoisuutta. Potilaiden osallisuus hoitoonsa kysymysten muodossa edellyttää asiallisia ja perusteltuja vastauksia ammattihenkilöstöltä. Potilaiden sitouttamiseen ei riitä ”*no katsotaan*”, vaan ratkaisut ja päätökset on perusteltava, jolloin ne ovat helpommin hyväksyttävissä.

Kommunikoinnin ohella lääkityksen vaaratapahtumat olivat tunnistettavissa sekä potilaiden että ammattihenkilöstön ilmoituksissa. Tämän tutkimuksen mukaan vaaratapahtumailmoitusten perusteella syntyneitä uusia toimintatapoja, jotka liittyivät lääkkeisiin oli lääkeaineiden määrään vähentäminen heräämössä.

Aineisto herätti kysymyksen ilmoitusten sisällön haasteellisesta tulkitsemisesta tallennusvaiheessa. Enin osa potilaiden ilmoitusten seurauksista hoitavalle yksikölle oli imagohaitta. Ammattihenkilöiden tekemät ilmoitukset oli luokiteltu lisätyöksi tai vähäisiksi hoi-

totoimiksi. Tapahtumat oli luokiteltu käsittelijän toimesta Haipro-järjestelmän luokituksen mukaisesti. Täysin yksiselitteisten tallennuskäsitteiden puuttuessa on käsittelijän tulkinnalla merkitystä. Täysin yksiselitteisiä käsitteitä on mahdotonta määritellä.

Mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe on potilaan mukana olevan omaisen vaikutus ammattihenkilöstön toimintaan. Onko niin, että jos potilaalla on omainen mukana tullessaan esimerkiksi päivystykseen, niin jätetäänkö potilaan seuranta tai peräti hoito vähemmälle huomiolle? Siirretäänkö omaiselle vastuu potilaasta? Sekä ammattihenkilöstön että potilaiden ja omaisten haastattelulla voitaisiin saada lisävalaisua asiaan.

LÄHTEET

- Agoritsas Thomas, Bovier Patrick A., Perneger Thomas V. 2005. Patient Reports of Undesirable Events During Hospitalization. *Journal of General Internal Medicine*, 20(190), 922–928.
- Alkula Tapani, Pöntinen Seppo, Ylöstalo Pekka 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY, Porvoo.
- Alasuutari Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino, Tampere.
- Borycki E. M., Househ M. S., Kushniruk A. W., Nohr C., Takeda H. 2012. Empowering Patients: Making Health Information and Systems Safer for Patients and the Public. Contribution of the IMIA Health Informatics for Patient Safety Working Group. *IMIA Yearbook of Medical Informatics* 7, 56–64.
- Borycki E. M., Kushniruk A. W., Bellwood P., Brender J. 2011. Technology-induced Errors: The Current Use of Frameworks and Models from the Biomedical and Life Sciences Literatures. *Methods Inf. Med.* 51, 95–103
- Brennan T. A., Leape L. L., Laird N. M., Hebert L., Localio A. R., Lawthers A. G., Newhouse J. P., Weiler P. C., Hiatt H. H. 2004. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Quality and Safety in Health Care* 13(2), 145–151.
- Choo C. W. 1998. Information management for the intelligent organization: the art of scanning the environment, 2nd ed., ASIS monograph series. Information Today, Medford, NJ.
- Davis Rachel E., Sevdalis Nick, Jacklin Rosamond, Vincent Charles A. 2012. An Examination of Opportunities for the Active Patient in Improving Patient Safety. *J. Patient Saf.* 8, 36–43.
- Davis R. E., Sevdalis N., Vincent, C. A. 2011. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Qual. Saf.* 20, 108–114.
- Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. [Verkkodokumentti] Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1 (haettu 22.2.2016).
- Eskola Jari, Suoranta Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- HaiPro, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä. [Verkkodokumentti] HaiPro. Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/> (haettu 13.10.2015).
- Holopainen Arja, Junttila Kristiina, Jylhä Virpi, Korhonen Anne, Seppänen Salla 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca, 2013, Helsinki.
- Hyvä tieteellinen käytäntö. [Verkkodokumentti] Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta> (haettu 12.3.2016)
- Inkinen Ritva 2013. Potilasturvallisuutta edistäviä toimintamalleja. Potilasturvallisuuspäivät 19.3.2013 [Verkkodokumentti]. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/THLfi/potilasturvallisuutta-edistvi-toimintamalleja-potilasturvallisuuspivt-2013> (haettu 13.10.2015).
- Kankkunen Päivi, Vehviläinen-Julkunen Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä, 3. uud.p. Sanoma Pro, Helsinki.
- Keistinen, Mäntyranta 2015. Potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma 2015-2020 [Verkkodokumentti]. Saatavissa: <http://www.slideshare.net/THLfi/potilasturvallisuuspaiivat-2015-keistinenmantyranta> (haettu 13.10.2015).

- Kettunen Tarja, Kivinen Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva Hoitotyö*, 40–42.
- Kinnunen Ulla-Mari, Saranto Kaija, 2013. It Is Time for Self-Incident-Reporting for Patients and Their Families in Every Health Care Organization: A Literature Review. *Studies in Health Technology and Informatics* 192(1-2), 92–96.
- Knuuttila Jari, Ruuhilehto Kaarin, Wallenius Jarkko 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. [Verkkodokumentti] Lääkelaitos, Helsinki. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf (haettu 22.2.2016).
- Kontio Tuula 2015. Liikkuvien hyvinvointipalvelujen tiedontarpeet. Pro gradu -tutkielma. [Verkkodokumentti] Itä-Suomen Yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150197/urn_nbn_fi_uef-20150197.pdf (haettu 30.11.2015).
- Kujala Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Väitöskirja. [Verkkodokumentti]. Tampereen Yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1> (haettu 16.10.2015).
- Laitila Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä, Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. [Verkkodokumentti] Itä-Suomen Yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf (haettu 1.10.2015).
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999).
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).
- Metsämuuronen Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet, 3. uud.p. International Methelp Ky, Helsinki
- Mäkelä Marjukka, Autti-Rämö Ilona 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Duodecim, Helsinki.
- Norri-Sederholm Teija 2015. Tilanne päällä! Tiedon tarpeesta jaettuun tietoon - Hätäkeskuspäivystäjän ja ensihoidon kenttäjohtajan tilannetietoisuus. Väitöskirja. [Verkkodokumentti] Itä-Suomen Yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1694-5/urn_isbn_978-952-61-1694-5.pdf (haettu 30.11.2015)
- Patient safety package - European Commission 2015. [Verkkodokumentti]. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/package_en.htm (haettu 27.10.2015).
- Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto 2007. [Verkkodokumentti]. Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf (haettu 13.10.2015).
- Rathert Cheryl, Huddleston Nicole, Pak Youngju 2011. Acute care patients discuss the patient role in patient safety. *Health Care Manage. Rev.* 36(2), 134–144.
- Runciman Willieam B., Baker G. Ross, Michel Philippe, Jauregui Itziar Larizgoitia, Lilford Richard J., Andermann Anne, Flin Rhona, Weeks William B. 2008. The epistemology of patient safety research. *Int. J. Evid. Based Healthc.* 6, 476–486.
- Ruuhilehto Kaarin, Kaila Minna, Keistinen Timo, Kinnunen Marina, Vuorenkoski Lauri, Wallenius Jarkko 2011. HaiPro-millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? *Duodecim* 127, 1033–1040.
- Salminen Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. [Verkkodokumentti] Vaasan Yliopisto. Saatavissa http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf (haettu 13.10.2015).

- Saranto Kaija, Kuusisto-Niemi Sirpa, 2012. Tiedonhallinnan koulutusohjelma arvioitava-kokemuksia kansainvälisestä akkreditoinnista. *Finn. J. EHealth EWelfare* 4, 140–144.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011).
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010).
- Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. [Verkkodokumentti]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1 (haettu 11.1.2015).
- Tuotetiede. [Verkkodokumentti] Taideteollinen korkeakoulu, Virtuaaliyliopisto. Saatavissa: http://www.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html_files/133_empiir.html (haettu 23.2.2016).
- van den Bemt P. M. L. A., Egberts A. C. G., Lenderink A. W., Verzijl J. M., Simons K. A., van der Pol W. S. C. J. M., Leufkens H. G. M. 1999. Adverse drug events in hospitalized patients A comparison of doctors, nurses and patients as sources of reports. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 55(2), 155–158.
- Vincent C. 2010. *Patient Safety* (2nd Edition). Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ, USA.
- Ward Jane K., Armitage Gerry 2012. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual. Saf.* 21, 685–699.
- Waterman Amy, Gallagher Thomas H., Garbutt Jane, Waterman Brian M., Fraser Victoria, Burroughs Thomas E. 2006. Brief report: Hospitalized Patients' Attitudes About and Participation in Error Prevention. *J. Gen. Intern. Med.* 21, 367–370. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00385.x
- Weingart Saul N., Pagovich Odelya, Sands Daniel Z., Li Joseph M., Aronson Mark D., Davis Roger B., Bates David W., Phillips Russel S. 2005. What Can Hospitalized Patients Tell Us About Adverse Events? Learning from Patient-Reported Incidents. *J. Gen. Intern. Med.* 20, 830–836.
- Weingart, S.N., Zhu, J., Chiappetta, L., Stuver, S.O., Schneider, E.C., Epstein, A.M., David-Kasdan, J.A., Annas, C.L., Fowler, F.J., Weissman, J.S., 2011. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int. J. Qual. Health Care* 23, 269–277. doi:10.1093/intqhc/mzr002
- WHO Patient safety. [Verkkodokumentti]. Saatavissa: <http://www.who.int/patientsafety/en/> (haettu 9.7.2015).

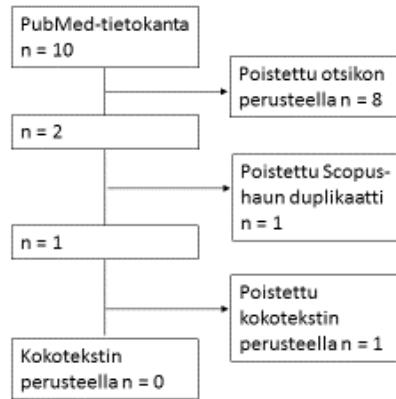
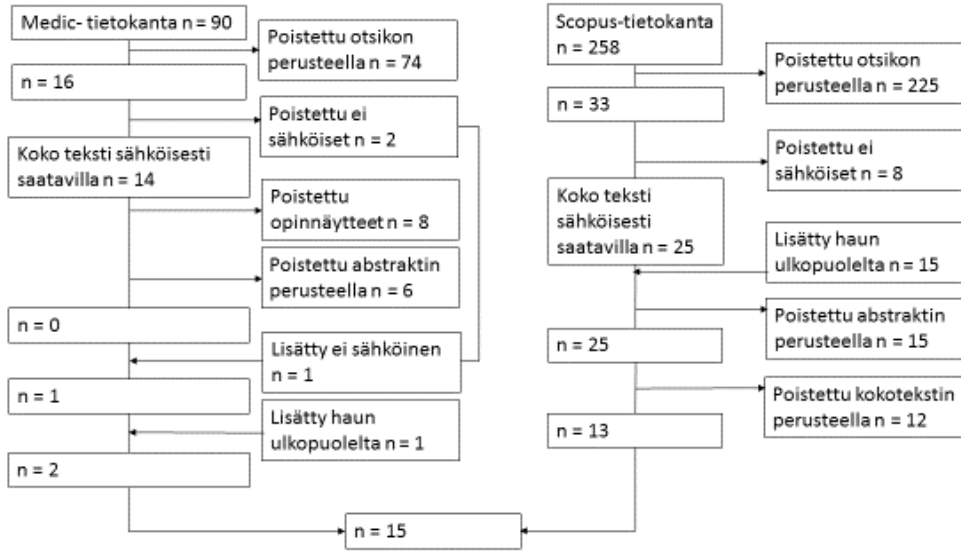
LIITE 1 Hakustrategia

Hakulause PubMed

Mesh builder ((((((("Patients"[Mesh]) OR "Family"[Majr]) AND "Patient Satisfaction"[Majr]) OR "Patient-Centered Care"[Mesh]) OR "Patient Participation"[Majr]) AND "Patient Safety"[Majr]) AND "Hospitals"[Mesh]

Hakulause Scopus

(TITLE-ABS-KEY(patient* OR relative* OR "family members") AND TITLE-ABS-KEY(satisfaction or centered or participation) AND TITLE-ABS-KEY("patient safety") AND TITLE-ABS-KEY(hospital*)) AND PUBYEAR > 2004 AND (LIMIT-TO(DOCTYPE,"ar") OR LIMIT-TO(DOCTYPE,"re") OR LIMIT-TO(DOCTYPE,"ch") OR LIMIT-TO(DOCTYPE,"bk")) AND (LIMIT-TO(SUBJAREA,"MEDI") OR LIMIT-TO(SUBJAREA,"NURS") OR LIMIT-TO(SUBJAREA,"HEAL") OR LIMIT-TO(SUBJAREA,"COMP")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE,"English")) AND (LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"United States") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"United Kingdom") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Canada") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Australia") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Netherlands") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Italy") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Germany") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Sweden") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Switzerland") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Spain") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"France") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Norway") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Ireland") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Greece") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Belgium") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Denmark") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Austria") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Finland") OR LIMIT-TO(AFFILCOUNTRY,"Poland")) AND (LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"BMJ Quality and Safety") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Journal of Hospital Medicine") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Journal of Nursing Administration") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Journal of General Internal Medicine") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Journal of Patient Safety") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Journal of Nursing Care Quality") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"BMC Health Services Research") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"International Journal of Nursing Studies") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Critical Care Nursing Quarterly") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"International Journal of Medical Informatics") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Journal of Nursing Management") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Quality and Safety in Health Care") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"American Journal of Medical Quality") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Journal of Advanced Nursing") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Health Care Management Review") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Health Technology Assessment") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"International Journal for Quality in Health Care") OR LIMIT-TO(EXACTSRCTITLE,"Quality Management in Health Care"))



LIITE 2 Taulukko tutkimuksista

Tekijät	Otsikko	Tarkoitus	Aineisto / menetelmät	Tulos
Agoritsas Thomas, Bovier Patrick A., Perneger Thomas V., 2005	Patient reports of undesirable events during hospitalization	Arvioida potilaiden ilmoittamien haittatapahtumien yleisyyttä.	Tilastollinen	Kyselyn saaneista 66,5% ilmoitti haittatapahtumasta.
van den Bemt P. M. L. A., Egberts A. C. G., Lenderink A. W., Verzijl J. M., Simons K. A., van der Pol W. S. C. J. M., Leufkens H. G. M., 1999	Adverse drug events in hospitalized patients: A comparison of doctors, nurses and patients as sources of reports	Lääkeisiin liittyvien haittatapahtumailmoitusten tekijöiden (lääkärit, hoitajat, potilaat) suhteellisen osuuden selvittäminen.	Tilastollinen	Lääkäreiden osuus ilmoituksista suurin, hoitajien vähäisempi. Potilaat ilmoittivat uusien lääkkeiden haittavaikutuksista.
Borycki E.M., Househ M.S., Kushnirik A.W., Nohr C., Takeda H., 2012	Empowering Patients: Making Health Information and Systems Safer for Patients and the Public	Tutkia edistävää terveydenhuollon tietojärjestelmät-potilaiden osallisuutta ja potilasturvallisuutta.	Kirjallisuuskatsaus	Potilaiden käytettävissä olevien järjestelmien määrä on noussut. Varsinkin verkossa olevat järjestelmät ovat lisänneet potilaiden osallisuutta ja potilasturvallisuutta.
Davis R. E., Sevdalis N., Vincent C. A., 2011	Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate?	Tutkia potilaiden halukkuutta osallistua potilasturvallisuuden edistämiseen ja lääkäreiden/hoitajien rohkaisun vaikutusta.	Tilastollinen	Halukkuutta osallistua vähensi, jos osallistumisen muoto oli haastava. Lääkäreiden/hoitajien rohkaisu lisäsi osallistumista.
Davis Rachel E., Sevdalis Nick, Jacklin Rosamond, Vincent Charles A., 2012	An Examination of Opportunities for the Active Patient in Improving Patient Safety	Käsitteellistää ja ymmärtää potilaiden osallistumista turvallisuuteen.	Laadullinen	Turvallinen käyttötyminen koostuu kolmesta pääominaisuudesta. Esteet potilaiden osallistumiselle voidaan luokitella ihmissuhde-, intrapersoonallisiin ja kulttuurisiin esteisiin.

Tekijät	Otsikko	Tarkoitus	Aineisto / menetelmät	Tulos
Kettunen Tarja, Kivinen Tuula, 2012	Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä	Pohja käytäntöjä potilaiden osallisuuden lisäämiseksi	Puheenvuoro	Potilaiden ilmoituksia vaaratapahtumista on tutkittu vähän. Järjestelmiä on jonkin verran, mutta tietoa potilailta kerätään useimmin yleisenä palautteena
Kinnunen Ulla-Mari, Saranto Kaija, 2013	It-Is Time for Self-Reporting for Patients and Their Families in Every Health Care Organization: A Literature Review	Tutkia miten potilaat ilmoittavat vaaratapahtumista ja ilmoitusjärjestelmien tila maailmanlaajuisesti	Kirjallisuuskatsaus	Avoin viestintä ja dialogi potilaiden/omaisten ja ammattihenkilöstön välillä on tärkeää
McVeety Janice, Keeping-Burke Lisa, 2014	Patient and family member perspectives of encountering adverse events in health care: A systematic review	Tiivistää potilaiden ja omaisten tieto haittatapahtumista	Kirjallisuuskatsaus	Potilaat pitävät Suomen terveydenhuoltoa turvallisena. Potilaat ovat halukkaita osallistumaan potilasturvallisuuden edistämiseen, mutta tarvitsevat osallistuaakseen lisää tietoa
Sahlström Merja, Partanen Pirjo, Turunen Hannele, 2011	Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen	Kuvata potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen	Tilastollinen	Suurin osa näki roolina seurata ammattihenkilöstön ohjeita. Myös kyselijän ja informaation saajan roolit esiintyivät
Rathert Cheryl, Huddleston Nicole, Pak Youngju, 2011	Acute care patients discuss the patient role in patient safety	Tutkia millaisena potilaat näkevät roolinsa potilasturvallisuuden suhteen	Laadullinen	Yleisimmin ilmoitettava tapahtuma on lääkitykseen liittyvä. Tapahtuman taustalla on yleisimmin tiedonkulkuun, potilaan sairauteen ja toimintatapoihin liittyvä ongelma
Ruuhilehto Kaari, Kaila Minna, Keistinen Timo, Kinnunen Marina, Vuorenkoski Lauri, Wallenius Jarkko, 2011	HaiPro-millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009	Kuvata ilmoituksia ja pohdita raportointimenettelyä roolia ja mahdollisuuksia potilasturvallisuuden edistämiseksi	Tilastollinen	

Tekijät	Otsikko	Tarkoitus	Aineisto / menetelmät	Tulos
Ward Jane K., Armitage-Gerry, 2012	Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review	Tutkia potilaiden roolia haittatapahtumien ilmoituksissa ja saada asiasta kollektiivinen näkemys.	Kirjallisuuskatsaus	Käikistä löydetyistä artikkeleista (13) puuttui teoreettinen pohja. Potilailta pyydettiin raporttia ilman että heillä olisi ollut siihen mahdollisuus vapaaehtoisesti.
Waterman Amy D., Gallagher Thomas H., Garbutt Jane, Waterman Brian M., Fraser Victoria, Burroughs Thomas E., 2006	Brief report: Hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention	Tutkia osallistuvaiko potilait organisaation toiveiden mukaisesti potilasturvallisuuteen tai vaikuttaako osallistuminen tyytyväisyyteen.	Tilastollinen	Lähes kaikki haastatelluista näkivät pystyvänsä vaikuttamaan potilasturvallisuuteen. Osallistuminen turvallisuuden esittämiseen vaihteli.
Weingart Saul N., Pagovich Odelya, Sands Daniel Z., Li Joseph M., Aronson Mark D., Davis Roger B., Bates David W., Phillips Russell S., 2005	What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents	Tutkia kuinka potilaat identifioivat haitta- ja läheltäpiti tapahtumia.	Tilastollinen	Potilaat tunnistavat haittatapahtumat. Monet potilaiden tunnistamat haittatapahtumat eivät kuitenkaan tellennu organisaation järjestelmiin.
Weingart Saul N., Zhu Junya, Chiappetta Laurel, Stuver Sherri O., Schneider Eric C., Epstein Arnold M., David-Kasdan Jo Ann, Annas Catherine L., Fowler Floyd J., Weissman Joel S., 2011	Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety	Tutkia potilaiden osallisuuden laajuutta hoitoonsa ja sen vaikutusta potilasturvallisuuteen ja laatuun.	Tilastollinen	Suurin osa potilaista on osallisena hoitoonsa jossain muodossa. Osallisuus yhdistyi vahvasti arvioituihin hyvään laatuun ja vähäiseen haittatapahtuman riskiin.

Haitta- ja läheltäpöytäpahtumat

Versio 1.0

Potilaan / omaisen tekemä vaaratilanneilmoitus

