

Outi Leminen

RIKKINÄISEN PUHELIMEN SYNDROOMA

Tiedonkulun ongelmat potilasturvallisuusriskinä

Opinnäytetyö
Akuuttihoitotyö

2020



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Outi Leminen	Akuuttihoitotyö	Toukokuu 2020
Opinnäytetyön nimi		51 sivua 12 liitesivua
Rikkinäisen puhelimen syndrooma Tiedonkulun ongelmat potilasturvallisuusriskinä		
Toimeksiantaja		
Helsingin kaupunki, Haartmanin sairaala		
Ohjaaja		
Niina Eklöf		
Tiivistelmä		
<p>Haittatapahtumat potilaan hoidossa aiheuttavat sekä inhimillistä kärsimystä että ylimääräisiä kuluja. Potilasturvallisuutta on tutkittu laajasti, viime vuosina erityisesti tiedonkulun turvallisuuden tutkimukseen on panostettu. Vaikka sähköiset järjestelmät ovat kehittyneet, ongelmia tiedonkulussa esiintyy edelleen. Inhimillisten tekijöiden merkitys haittatapahtumien synnyssä on huomioitu kansainvälisestikin. Terveysturvallisuuden toimintaa kehitetään jatkuvasti, jotta minimoitaisiin inhimillisten tekijöiden vaikutus ja parannettaisiin potilasturvallisuutta.</p> <p>Kehittämistyön tarkoituksena on kartoittaa, mitkä potilasturvallisuuspoikkeamat toistuvat Haartmanin sairaalassa. Poikkeamat, jotka useimmin toistuvat, ovat myös toistuva riski potilasturvallisuudelle. Tarkoituksena on kehittää toimintaa poikkeamailmoitusten pohjalta ja sen kautta tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin sekä laadullisena että määrällisenä tutkimuksena. Tutkimuksen pääpaino oli laadullisessa tutkimuksessa. Aineisto kerättiin HaiPro-järjestelmästä. Aineisto koostui HaiPro-järjestelmään vuonna 2017 Haartmanin sairaalan vuodeosastoilla 3, 4 ja 6 tehdyistä ilmoituksista (n = 273). Laadullinen aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi samoja tiedonkulun haittatapahtumien riskitekijöitä, joita on todettu aiemmissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Tuloksista käy ilmi, että erityisesti hoitovastuun päättymisen, puutteellinen tieto, tietokatkokset ja prosessin strukturoimattomuus altistavat virheille. Tuloksista nousi esiin aiempien tulosten tapaan haittatapahtumien seuraukset. Haittatapahtuman seurauksien arvioinnissa oli vaihtelua. Haittatapahtumasta ilmoittajien arvion perusteella haittatapahtumasta aiheutui enemmän vakavia seurauksia potilaalle. Ilmoituksen käsittelijöiden arvioiden perusteella seuraukset olivat useammin vakavampia hoitavalle yksikölle kuin potilaalle.</p> <p>Tuloksista voidaan todeta, että potilasraportointia on kehitettävä hoitovastuun siirtävissä tilanteissa. Tähän on kehitetty erilaisia työkaluja. Niiden käyttöönottoa pitäisi kuitenkin parantaa ja kouluttaa henkilökuntaa säännöllisesti niiden käyttöön. Onnistunut raportti on parhaimmillaan mekanismi, joka takaa potilaan hoidon jatkumisen turvallisena ja laadukkaana.</p>		
Asiasanat		
potilasturvallisuus, tiedonkulku, raportointi, haittatapahtuma		

Author (authors)	Degree	Time
Outi Leminen	Acute Care	May 2020
Thesis Title		
Broken phone syndrome Problems in information transfer as a patient safety risk		51 pages 12 pages of appendices
Commissioned by		
City of Helsinki, Haartman hospital		
Supervisor		
Niina Eklöf		
Abstract		
<p>Adverse events in patient care cause both human suffering and additional costs. Patient safety has been studied extensively, especially in recent years. Although electronic systems have evolved, problems with information transfer still exist. The importance of human factors in the occurrence of adverse events has also been taken into account internationally. Healthcare operations are constantly being developed to minimize the impact of human factors and improve patient safety.</p> <p>The purpose of the thesis is to map which patient safety deviations recur at Haartman Hospital. Deviations that are most frequent are also a recurring risk to patient safety. The purpose is to develop operations on the basis of incident reports and through this the aim is to improve patient safety.</p> <p>The thesis was carried out as both qualitative and quantitative research. The main focus of the study was on qualitative research. Data were collected from the HaiPro system. The data consisted of notifications made in 2017 in wards 3, 4 and 6 of the HaiPro system in Haartman Hospital (n = 273). Qualitative data were processed by inductive content analysis.</p> <p>The results of the thesis show the same risk factors for adverse events in the information transfer that have been found in previous international studies. The results show that, in particular, the termination of care responsibilities, incomplete information, data breaks and the unstructured nature of the process are prone to errors. As in previous results, the results highlighted the consequences of adverse events. There was variation in the assessment of the consequences of an adverse event. Based on the notifiers' assessment of the adverse event, the adverse event had more serious consequences for the patient. Based on the assessments of the notifiers, the consequences were more often more severe for the treating unit than for the patient.</p> <p>The results show that patient reporting needs to be developed in situations where care responsibilities are transferred. To this end, a variety of tools have been developed. But deployment should be improved, and staff trained regularly for their use. A successful report is, at best, a mechanism that ensures that patient care continues to be safe and of high quality.</p>		
Keywords		
patient safety, information transfer, patient handover, adverse event		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	7
2.1	Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet	7
2.1.1	Turvallisuus.....	7
2.1.2	Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri	8
2.1.3	Turvallisuuspoikkeama	9
2.1.4	Omavalvonta, prosessi ja HaiPro-järjestelmä.....	10
2.1.5	Tiedonkulku terveydenhuollossa	12
2.2	Kirjallisuuskatsaus	13
2.2.1	Tiedonhaku	13
2.2.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset	14
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
4	TUTKIMUSAINESTO JA MENETELMÄ.....	25
4.1	Aineiston keruu	26
4.2	Aineiston analyysi	27
5	TULOKSET	27
5.1	Tiedonkulun poikkeamien osuus HaiPro-ilmoituksissa.....	28
5.2	Haittatapahtumille altistavat tekijät	31
5.2.1	Hoitovastuun päätyminen	31
5.2.2	Tiedon riittämättömyys.....	31
5.2.3	Tiedonkulun ongelmat	32
5.2.4	Strukturoimattomuus.....	33
5.3	Haittatapahtuman seuraukset.....	33
5.3.1	Seuraukset potilaalle	33
5.3.2	Seuraukset henkilökunnalle.....	34
5.4	Tiedonkulun haittatapahtuman tyypikuvaus	34
6	POHDINTA	35

6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	35
6.2	Olemassa olevat työkalut.....	38
6.3	Koulutus.....	39
6.4	Luotettavuus ja eettisyys	40
6.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	41
LÄHTEET		43

LIITTEET

Liite 1. Laadullisen aineiston luokittelu

Liite 2. Tutkimustaulukko

1 JOHDANTO

On arvioitu, että Suomessakin joka kymmenennelle potilaalle tapahtuu vaaratilanne hoitajakson aikana ja joka sadannelle sattuu vakava haitta. Näiden arvioiden perusteella Suomessa tapahtuu kuolemaan johtavia haittatapahtumia 700–1700 vuosittain. Tiedonkulku on keskeisessä asemassa nykypäivän terveydenhuollossa. Potilaan hoidosta vastaa moniammatillinen tiimi. Koska järjestelmät ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi, viestinnän merkitys korostuu. Joidenkin arvioiden mukaan terveydenhuollon haittatapahtumista jopa 65 %:ssa on tiedonkulkuun liittyviä ongelmia. On myös todettu, että jopa puolet potilaalle koituvista haittatapahtumista olisi ehkäistävissä, mikäli ennakoitaisiin riskejä, toimintaa seurattaisiin ja kehitettäisiin systemaattisesti sekä oppimalla jo tapahtuneista vaara- ja haittatapahtumista. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018; Tamminen & Metsävainio 2015; Jonsson ym. 2011, 7–10.)

Haittatapahtumista ja hoitovirheistä aiheutuu vuosittain valtakunnallisesti koko terveydenhuollossa yli 950 miljoonan euron lisäkustannukset. Kehittämällä potilasturvallisuutta voidaan siis paitsi vähentää inhimillistä kärsimystä myös saavuttaa huomattavia säästöjä. Potilasturvallisuus on siis kustannusvaikuttavaa toimintaa. (Jonsson ym. 2011, 9–10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 12.)

Monimutkaiset prosessit ovat alttiimpia virheille, ja niistä on tehtävä luotettavampia potilasturvallisuuden parantamiseksi. Moniammatillisessa yhteistyössä viestinnän toimivuuden merkitys korostuu. Puutteet tärkeän tiedon siirtymisessä voivat pahimmillaan johtaa kohtalokkaisiin seurauksiin. Tiedonkulkua on kehitetty ja sen tueksi on olemassa muistisääntöjä ja tarkastuslistoja. Kuitenkin tiedonkulkua hoitovastuun siirtotilanteissa on tutkittu suurelta osin vasta viime aikoina. (Tamminen & Metsävainio 2015; Kohn ym. 1999, 58–60.)

Kehittämistyön tarkoituksena on kartoittaa mitkä potilasturvallisuuspoikkeamat toistuvat Haartmanin sairaalassa. Useimmin toistuvat poikkeamat ovat myös toistuva riski potilasturvallisuudelle. Tarkoituksena on kehittää toimintaa poikkeamailmoitusten pohjalta ja sen kautta tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet

2.1.1 Turvallisuus

Turvallisuuden käsite on haastava ja moniselitteinen, eri konteksteissa se voidaan selittää hieman eri tavoin. Turvallisuus voidaan yleisesti käsittää tarkoittavan vapautta uhkista tai mahdollisuutta suojautua uhkia vastaan. Teemana turvallisuutta voidaan tarkastella yksilön, ryhmän, alueen, valtion tai koko maailman näkökulmasta. (Eskola 2008; Kielenniva ym. 2017.) Toisaalta turvallisuus ei ole uhkien ja vaarojen poissaoloa, vaan se on uhkien tiedostamista ja niihin varautumista (Limnell 2016; Sisäministeriö 2019a).

Usein turvallisuutta määritellessä on mukana kannanotto siihen mitä ovat turvallisuusuhat ja miten ne pitäisi määritellä, kenen tai minkä oletetaan olevan turvallisuusuhan aiheuttaja, mitä sisältyy turvallisuuden varmistamiseen ja miten yhteisö osallistetaan. Turvallisuus voidaan ymmärtää myös toiminnan kautta, se on uhkien ennakoimista ja torjuntaa. Esimerkiksi valtion tasolla tällaista varautumistyötä tehdään eri virastojen, viranomaisten ja järjestöjen yhteistyönä. Toisaalta turvallisuus voidaan nähdä myös ihmisoikeuskysymyksenä. Turvallisuus on arjessa toteutuvia ihmisoikeuksia, muun muassa oikeus henkeen, terveyteen ja suojaan. (Heusala 2011; Sisäministeriö 2019b.)

Termiä turvallisuus voidaan avata myös englanninkielisten termien *safety* ja *security* kautta. Termillä *safety* voidaan ymmärtää sellainen tila, joka vaarantuu tapaturmien, onnettomuuksien tai virheiden vuoksi. Toisaalta tila, johon viitataan termillä *security*, voi vaarantua tahallisen väkivallan tai vahingoittamiseen suuntaavan toiminnan vuoksi. Tällä määritelmällä *safety* ja *security* ovat rinnasteiset termit eivät kuvaa samaa asiaa. Toisaalta energiateollisuudessa vastaavat termit ymmärretään sisäkkäisinä termeinä. *Safety* tarkoittaa suojaa rajatusta riskistä, kuten sähköiskulta, ja *security* laajempaa suojaa kuin mitä koko energian tuotanto luo väestölle. (Keskinen 2017; Kielenniva ym. 2017.)

Turvallisuutta kuvataan usein myös objektiivisena ja subjektiivisena tilana. Subjektiivinen turvallisuus on siis yksilön kokema tunne, jonka mukaan hän on

suojassa uhkilta. Subjekttiivinen turvallisuuden tai turvattomuuden tunne voi olla myös valheellinen, eli se ei perustu todelliseen tilanteeseen. Objekttiivisella turvallisuudella taas tarkoitetaan tilannetta, joka on tilastollisesti, tutkitusti tai riskianalyysin mukaan eli tosiasiallisesti uhkista vapaa. Kasvattamalla objektiiivista turvallisuutta voidaan saavuttaa myös subjektiivisesti suurempi turvallisuuden tunne. (Oulun ammattikorkeakoulu 2020; Tulimäki 2012; Mutanen 2011.)

2.1.2 Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri

Potilasturvallisuus on yksi turvallisuuden osa-alue. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilaan saamat palvelut ja hoito edistävät kokonaisvaltaisesti hänen hyvinvointiaan ja niistä koituu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa. Se koostuu monista tekijöistä, kattaen sekä yksilöiden että organisaatioiden toiminnot ja käytännöt, joilla on tarkoitus suojata potilasta vahingoittumasta ja varmistaa, että hoito toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla. Potilasturvallisuuteen sisältyy lääke-, laite- ja hoidon turvallisuus. Turvallisuus on keskeinen arvo potilasturvallisuutta edistävässä kulttuurissa ja potilasturvallisuus taas keskeinen osa laadukasta hoitoa. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2017, 25; Stakes 2006, 6; Jonsson ym. 2011; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019; Potilasturvallisuusyhdistys 2020; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

Laajemmassa mittakaavassa potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintoja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöllä ja organisaatioilla, joiden tarkoituksena on varmistaa huolenpidon, hoidon ja palvelujen turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Voidaan siis todeta, että potilas turvallisuus kattaa ehkäisevät, korjaavat, hoitavat ja kuntouttavat palvelut sekä julkisissa että yksityisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Organisaatioiden potilasturvallisuusstrategia edistää turvallisen hoidon toteutumista ja kuvaa hallinnolle, henkilöstölle, potilaille ja omaisille keinot turvallisen hoidon toteuttamiseen. Globaalisti potilasturvallisuuteen voidaan katsoa myös kuuluvan kansainvälisten organisaatioiden tekemä tutkimus- ja kehitystyö. Tällaiset organisaatiot julkaisevat kansainvälisiä suosituksia, joilla on tarkoitus parantaa potilaan saaman hoidon laatua ja helpottaa sen turvallista toteuttamista. (Sosiaali-

ja terveystministeriö 2017; Potilasturvallisuusyhdistys 2020; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018, 4–6.)

Potilasturvallisuuden toteutumiseen vaikuttaa merkittävästi henkilökunnan osaaminen sekä tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden asianmukaisuus ja oikea käyttö. Toisaalta myös vaaratapahtumien havainnointi, dokumentointi ja kehitystyö ovat keskeisiä toimenpiteitä. Myös potilas otetaan mukaan tarkastelemaan hoidon turvallisuutta ja kehittämään sitä. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2017; Potilasturvallisuusyhdistys 2020; Aluevalvontavirasto 2014; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2017; Volmanen & Alahuhta 2015.)

Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan organisaation yleistä toimintatapaa, jolla edistetään potilaan hyvää hoitoa suunnitelmallisesti ja järjestelmällisesti sekä johtamista, joka tukee tätä. Tällaiseen toimintatapaan kuuluvat olennaisesti riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Riskejä, virheitä ja haittatapahtumia ennakoidaan ja arvioidaan etukäteen. Inhimillisten tekijöiden olemassaolo huomioidaan. Vaara- ja haittatapahtumista ei syyllistetä, vaan niistä pyritään oppimaan. Potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuus on aito ja toimintaa ohjaava arvo, joka näkyy kaikessa päivittäisessä toiminnassa ja päätöksenteossa. (Jonsson ym. 2011, 13–14; Reiman ym. 2008; Sosiaali- ja terveystministeriö 2009, 14)

2.1.3 Turvallisuuspoikkeama

Yleisesti käytössä ovat myös käsitteet poikkeama, virhe, vaaratapahtuma ja haittatapahtuma. Poikkeamalla tai turvallisuuspoikkeamalla tarkoitetaan kaikkia hoitoon liittyviä tai hoitajakson aikaisia tapahtumia, jotka aiheuttivat tai olisivat voineet aiheuttaa haittaa potilaalle. Poikkeama voidaan myös määritellä virheeksi suunnitellussa toiminnassa, jolloin toimintaa ei voida suorittaa suunnitellusti tai toiminnan lopputulos ei ole suunniteltu. Tekeminen, tekemättä jättäminen tai suojausten pettäminen ovat eräitä syitä, jotka voivat aiheuttaa turvallisuuspoikkeaman. (Kinnunen ym. 2009, 13; Kohn ym. 2000, 28; Potilasvaikutuskeskus 2017; Stakes 2006, 6; Volmanen & Alahuhta 2015)

Turvallisuuspoikkeamat jaetaan läheltä piti -tilanteisiin ja haittatapahtumiin. Läheltä piti -tilanteessa varsinaiselta haittatapahtumalta vältyttiin joko sattumalta tai varsinainen haittatapahtuma ehdittiin estää ajoissa. (Kinnunen ym. 2009, 13; Potilasvakuutuskeskus 2017; Stakes 2006, 6; Volmanen & Alahuhta 2015.)

Haittatapahtumassa tilanteesta koitui potilaalle haittaa. Haitta on pysyvä tai tilapäinen ei-haluttu vaikutus hoidon seurauksena. Haitta voi olla fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, emotionaalinen tai taloudellinen. Tämä voi olla ammattilaisen toteama tai potilaan itsensä kokema. (Potilasvakuutuskeskus 2017; Volmanen & Alahuhta 2015.)

2.1.4 Omavalvonta, prosessi ja HaiPro-järjestelmä

Terveystieteiden palvelun tuottajien velvollisuutena on huolehtia, että palvelu toteutuu potilasturvallisuutta noudattaen. Laki velvoittaa organisaatiot laatimaan omavalvontasuunnitelman osaksi potilasturvallisuussuunnitelmaa. Omavalvonnassa on kyse organisaation sisäisestä potilas- ja asiakasturvallisuuden ja laadun hallinnan huomioimisesta. Periaatteena omavalvonnassa on organisaation suunnitelmallinen ja järjestelmällinen kehittäminen. Omavalvonnalla varmistetaan, että toiminta tapahtuu sovittujen käytäntöjen mukaisesti ja että palveluprosessi on turvallinen ja laadukas. Omavalvonnan toteutuminen perustuu henkilökunnan vapaaehtoiseen ilmoittamiseen potilasturvallisuuspoikkeamista ja ilmoitukset käsitellään organisaation sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 17, 26; Valvira 2020, 7–8; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018, 13; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 20–21.) Valvontaa ei siis toteuta ulkopuolinen viranomainen, vaan valvontajärjestelmä ja seuranta-prosessi on organisaation omalla vastuulla.

HaiPro on sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumille rakennettu raportointityökalu. Se on kehitetty VTT:llä yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa. Systemaattinen raportointimenettely mahdollistaa vaaratapahtumista oppimisen ja terveydenhuollon johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. (Awanic 2016; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018, 13.) HaiPro on siis järjestelmä omavalvonnan toteuttamiseksi, jolla raportoidaan vaaratapahtumista.

Potilasturvallisuuspoikkeamien raportointi ja raportoinnista koostettavan tiedon hyödyntäminen on monivaiheinen prosessi. Potilasturvallisuuspoikkeamat ilmoitetaan omavalvontajärjestelmään, monissa terveydenhuollon organisaatioissa on käytössä HaiPro-järjestelmä. Ilmoituksia käsittelevät henkilöt on nimitetty tehtävään ja heidät on koulutettu ja perehdytetty sekä tehtävään että järjestelmän käyttöön. Poikkeamailmoitusta käsiteltäessä tarkoituksena on selvittää, mitä tapahtui, miten ja miksi tapahtuma mahdollistui. Ei ole tarkoituksenmukaista etsiä tekijää tai syyllistä. Kaikki turvallisuuspoikkeamat kerätään vaaratapahtumarekisteriin tai -tietokantaan organisaation käytännön mukaan ja niiden kertymistä seurataan säännöllisesti. (Kinnunen ym. 2009, 14–18; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018, 13.)

Turvallisuuspoikkeamien käsittelyn aikana keskitytään selvittämään organisaation tai työympäristön rakenteita ja toimintaa sekä miten vallalla olevia käytäntöjä pitäisi muuttaa, jotta potilasturvallisuus paranisi. Ilmoitusten analysoinnissa tulisi käyttää systemaattista menetelmää, jotta on selvää, millaisiin asioihin huomio kiinnitetään. Analysoinnilla voidaan selvittää tyypilliset tapahtumat ja tapahtumissa tapahtuvat muutokset. Yksittäisissä tapahtumissa tarkempi analyysi tehdään ainakin silloin, kun seuraukset olivat tai olisivat voineet olla vakavat potilaalle, henkilökunnalle tai organisaatiolle. Tuloksena saadaan konkreettisia muutoksia tai muutosehdotuksia organisaation toimintaan. Ne voivat liittyä esimerkiksi riskitekijöiden vähentämiseen, toimintaympäristön olosuhteiden parantamiseen tai turvallisuuden hallintakeinoihin. (Kinnunen ym. 2009, 14–18; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018, 13.)

Työyksikön tulisi saada säännöllisesti tietoa raportoiduista vaaratapahtumista. Raportoituja vaaratapahtumia ja niihin liittyviä kehitystoimia tulisi käsitellä työyksikön henkilöstön kanssa yhdessä. Kehittämistoimenpiteiden, muutosten vakiinnuttaminen ja seuranta pitäisi olla johdettua ja tarvittaessa nimittää vastuhenkilöt. Esimiehen vastuulla on järjestää säännölliset keskustelut ja ilmoitusten tarkemmat analyysit. Näiden lisäksi esimies vastaa tehokkaasta viestinnästä koko yksikössä. Tieto turvallisuusriskeistä olisi tärkeä saada nopeasti henkilöstön tietoon, jotta riskeiltä voitaisiin välttyä tulevaisuudessa. (Kinnunen ym. 2009, 14–18; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018, 13.)

2.1.5 Tiedonkulku terveydenhuollossa

Viestintä on laaja käsite ja sitä on tutkittu paljon yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskuntien näkökulmista. Viestinnän voidaan ajatella olevan inhimillisen toiminnan perusedellytys. Viestintään kuuluu verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä ja näiden sisältämät viestit. Toisaalta yksinkertaisimmillaan se voidaan määritellä tiedon ja informaation siirroksi tai vaihdannaksi. (Nuopponen ym. 2018, 1–4; Jyväskylän yliopisto 2005; Köhler ym. 2017.)

Erikoisalaviestinnällä tarkoitetaan esimerkiksi eri ammatti- tai tieteenalojen sisältöjä koskevaa vuorovaikutusta. Eri erikoisaloilla on omat käsitteet, termit ja viestintätavat, koska niillä on omat tarkastelun kohteet, menetelmät ja ajattelutavat. Tätä voidaan kutsua erikoisalakieleksi. Erikoisalan sisäisessä vertaisviestinnässä sanoma voidaan perustaa jaettuun tietoon ja yhteisymmärrykseen, jonka seurauksena voidaan käyttää yhteistä termistöä ja sanomaa voidaan tiivistää. (Nuopponen ym. 2018, 7–13.) Terveystieteidenhuollossa viestintä ei ole yksisuuntaista tiedottamista, vaan se on avointa moniammatillista vuorovaikutusta. Viestintä joko tukee tai heikentää ammattilaisten työtä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019; Köhler ym. 2017.)

Tässä opinnäytetyössä käsite viestintä on rajattu koskemaan suullista tai kirjallista potilaaseen liittyvää tiedonsiirtoa ja tähän liittyvää henkilökunnan kommunikaatiota. Non-verbaalinen viestintä on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Hoitovastuun siirtymisellä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä tilannetta, jossa vastuu potilaan hoidosta siirtyy. Vastuun siirto (*eng. patient handover*) toteutuu muun muassa samassa yksikössä ammattilaiselta toiselle työvuoron vaihtuessa tai potilas siirtyessä toiseen hoitoyksikköön, joka vastaa jatkossa hoidosta tai potilas kotiutuessa ja hoidosta vastaa jatkossa potilas itse tai kotihoito.

Potilasraportilla tarkoitetaan tässä yhteydessä tilannetta, jossa hoitava taho antaa potilaan jatkohoidon kannalta keskeiset tiedot jatkohoidosta vastaavalle taholle. Raportti on usein suullinen kahden hoitajan välillä, mutta se voi olla myös kirjallinen ja siihen voi osallistua myös potilas, lääkäri tai hoitokoordinaattori.

2.2 Kirjallisuuskatsaus

2.2.1 Tiedonhaku

Tiedon haku tehtiin syksyllä 2019 systemaattisena tiedonhakuna. Teoreettiseen viitekehukseen haettiin aiempaa tutkimustietoa potilasturvallisuudesta, tiedonkulusta terveydenhuollon ympäristöissä sekä turvallisuutta vaarantavista tekijöistä tiedonkulussa. Aluksi tehtiin kokeellisia hakuja erilaisilla hakusanoilla. Lopulliset tiedonhaussa käytetyt hakulausekkeet on esitetty taulukossa 1. Hakuja tehtiin tietokannoista PubMed, Cinalh sekä Medic. Tulokset rajattiin korkeintaan viisi vuotta vanhoihin tutkimuksiin sekä tutkimuksiin, joista oli koko teksti saatavilla.

Taulukko 1. Tiedon haun hakulausekkeet

Information transfer OR flow of information OR communication OR information transmission OR information OR info	Tiedonsiirto TAI tiedonkulku TAI tiedonanto TAI tietoliikenne TAI tiedonvälitys TAI tiedotus
AND	JA
Problem OR barrier OR impediment OR difficulties OR challenge OR failure OR error OR mistake OR lack of OR deficiency OR shortage OR defect	Ongelma TAI este TAI vaikeus TAI haaste TAI katkos TAI virhe TAI puute
AND	JA
Nursing OR nursing science OR nurse OR hospital OR infirmary OR acute treatment OR emergency department	Hoitotyö TAI hoitotiede TAI hoitaja TAI sairaala TAI akuuttihoito TAI päivystysosasto
AND	JA
Patient safety OR safety OR safety measures OR security measures	Potilasturvallisuus TAI turvallisuus TAI turvatoimet

Taulukossa 2 on esitetty hakujen tulokset. Sisäänottokriteerinä oli aiheen liittyminen tiedonkulkuun, ei-teknisiin taitoihin, inhimillisiin tekijöihin, potilasturvallisuuteen, potilassiirtoihin tai raportointiin. Poissulkukriteerinä oli kliiniseen työhön ja tekniseen suoritukseen liittyvät tutkimukset. Systemaattisen tiedonhaun lisäksi tehtiin yksittäisiä manuaalisia hakuja. Manuaalisten hakujen aineistoa koskivat samat sisäänotto- ja poissulkukriteerit kuin systemaattista tiedonhakuja. Manuaalisten hakujen tulokset kuitenkin jätettiin pois, koska niitä ei pidetty tieteellisesti tarpeeksi korkeatasoisina.

Taulukko 2. Tiedonhaun tulokset

Tietokanta	Tuloksia	Abstrakti luettu	Koko teksti luettu	Valittuja
PubMed	1319	87	46	42
Cinahl	63	11	0	0
Medic	14	14	4	3

2.2.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen tulokset teemoiteltiin tulosten selkeyttämiseksi. Teemoiksi valittiin kommunikation merkitys, tiimityö, potilasnäkökulma ja tiedon siirron systemaattisuus.

Tiedonkulun ongelmat liittyvät jopa 65 %:iin haittatapahtumista. Hoitovastuun siirtäminen ja työvuorojen vaihto ovat tilanteita, jotka lisäävät riskiä tietokatkoksiin. Siirtymätilanteissa vastuun siirrossa käytetään usein suullista raporttia. Virheet tiedonsiirrossa voivat aiheuttaa hoidon viivästymistä, väärin mitoitettua resurssia, tehottomuuteen ja hoitovirheisiin. Yleisimmin puuttuvat tiedot esimerkiksi kirurgisen potilaan siirtymävaiheessa ovat potilaan tilan arvio, tiedot lääkityksestä ja jatkoseurantaohjeet. Erilaisia tarkastuslistoja ja muistisääntöjä on kehitetty viestinnän parantamiseksi. Onnistuneella viestinnällä on havaittu olevan huomattava vaikutus haittatapahtumien esiintyvyyteen potilassiirtojen yhteydessä. (Tamminen & Metsävainio 2015.) Toisaalta inhimillisten

tekijöiden ja monimutkaisten sairaalaympäristöjen yhdistelmä asettaa vankatkin turvallisuusrakenteet ja terveen järjen koetukselle (Corbally 2014). Erään tutkimuksen mukaan hoitajat kuitenkin arvioivat potilasturvallisuusosaamisensa melko hyväksi. Parhaiten hallituiksi osa-alueiksi tässä tutkimuksessa nousivat virheanalyysi sekä haittatapahtumien välttäminen. (Brasaité ym. 2016.)

Kommunikaation merkitys

Kommunikaatio, tilannetietoisuus, tiimityö, turvallisuuskulttuuri ja johtaminen vaikuttavat merkittävästi hoidon tuottamiseen laadukkaasti ja oikea-aikaiseen reagointiin (Ede ym. 2018). Jotta hoidon epäonnistumiselta vältyttäisiin, henkilökunnalla on oltava edellä mainittua osaamista. Potilaan voinnin heikkenemisen havaitsemiseen vaaditaan osaamista, kommunikointia ja oikea-aikaista raportointia. Tärkein tavoite raportoinnissa on siirtää kliinistä tietoa potilaasta lähettävältä yksiköltä vastaanottavalle yksikölle. Tiedon jatkuvuuden puute lisää riskiä potilasturvallisuuden vaarantumiselle. Inhimillisten tekijöiden ymmärtäminen on keskeistä, kun kehitetään toimivaa ja turvallista hoitoympäristöä. (Ede ym. 2018; Farzi ym. 2018.) On havaittu, että virheille altistavat erityisesti puutteet kommunikaatiossa ja poikkeavat tilanteet. Näiden vuoksi virheitä tapahtuu yleisimmin lääkärin kierroilla sekä lääkemääräyksissä ja lääkeshoidon toteutuksessa. (Hassen ym. 2017.)

Raportointitilanteissa potilasturvallisuuskulttuurin taso on matala. Potilassiirrossa tapahtuvien vahinkojen riskiä lisää henkilöstövaje, puutteellinen osaaminen sekä kommunikaatiovirheet. Henkilöstövaje johtaa lisääntyneeseen työkuormaan aiheuttaen stressiä ja unettomuutta. Nämä puolestaan lisäävät entisestään virheen riskiä. (Farzi ym. 2018.) Toisaalta on todettu, että virheistä raportointia ei usein tehdä. Hoitajien ammatillisuus ja eettisyys edellyttävät, että virheet raportoidaan. Vallitseva ilmapiiri vaikuttaa merkittävästi ilmoitusaktiivisuuteen. Olisi tarkoituksenmukaista, että hoitajat raportoisivat oma-aloitteisesti tilanteesta kaikkien kehittämiseksi ja virheiden ehkäisemiseksi jatkossa. Suurin syy virheiden raportoimatta jättämiseen on seurausten pelko. (Farzi ym. 2017.)

Toimivalla kommunikaatiolla on todettu olevan positiivinen vaikutus inhimillisten tekijöiden aiheuttamiin riskeihin. Hoitajien näkemystä potilasturvallisuudesta tutkittiin tehohoidon, leikkaussalien, sisätauti- ja kirurgisten osastojen henkilökunnalle teettämällä kysely turvallisuusilmapiiristä. Kyselyssä oli yhdeksän pääteemaa: johdon sitoutuminen, kommunikaation, turvallisuuden priorisointi, säännöt ja ohjeet, kannustava ympäristö, sitoutuminen, henkilökohtainen priorisointi ja turvallisuushakuisuus, riskien tunnistaminen sekä työskentely-ympäristö. Tutkimuksen tuloksina todettiin, että inhimillisten tekijöiden merkitys on keskeinen näkökulma hoitotyön turvallisuudessa. Tätä näkökulmaa olisi tuettava kommunikaatiolla ja johtamisella, jotka nojautuvat hyviin ihmissuhdetaitoihin. Tarkistuslistojen kehittäminen, inhimillisten tekijöiden ja korkean luotettavuuden lähestymistapojen toteuttaminen ovat tärkeitä ja niillä on ollut merkittävä vaikutus potilasturvallisuuteen. Kommunikaation ja muiden siihen liittyvien ongelmien merkitys oli avainasemassa. Tärkeänä nähtiin potilaiden haavoittuvuuden tunnistaminen järjestelmässä. (Tarling ym. 2017.)

Leikkausaliympäristössä tapahtuvien tehtävien määrällä, yhtäaikaisten tehtävien suorittamisella sekä keskeytyksillä on vaikutusta potilasturvallisuuteen. Keskeytysten on todettu olevan useimmiten kommunikaatioon liittyviä. Lähes puolet tutkimuksessa havainnoidusta leikkaussaliajasta henkilökunta teki useaa tehtävää yhtä aikaa. Usein päällekkäisinä tehtävinä olivat kommunikointi, havainnointi ja dokumentointi varsinaisen tehtävän ohessa. Keskeytyksiä tutkimuksessa havainnoitiin keskimäärin 3 tunnissa. Keskeytysten alhaista määrää selitettiin havainnointien ajoittumisella elektiiviseen leikkaustoimintaan. Kun arvioidaan tehtävien määrän, tehtävien yhtäaikaisen suorittamisen ja keskeytysten vaikutusta potilasturvallisuuteen, olisi tärkeä tarkastella ilmiötä kokonaisuutena työyhteisön ja prosessin näkökulmista. (Göras ym. 2019.) Vastaavaa teemaa tutkittiin päivystysympäristössä, missä tutkittiin multitaskaamisen, keskeytysten ja virheiden yhteyttä. Havaittiin, että multitaskaaminen ja keskeytykset lisäävät merkittävästi virheen riskiä. Riskiä lisää erityisesti se, että keskeytys tapahtuu kesken kognitiivisesti vaativan tehtävän. Tulokset kuvaavat kommunikaation ja yksilön kognitiivisten kykyjen välistä suhdetta. (Westbrook ym. 2018.) Eräässä tutkimuksessa hoitajat raportoivat itse havaitsemistaan virheistä. Virheitä todettiin keskimäärin 6,07/ työvuoro. Merkittäviä

eroja ei ollut sairaalan koon tai opetusstatuksen perusteella. (Stevens ym. 2018.)

Kommunikaatio on merkittävä osa potilasturvallisuutta. Eräessä tutkimuksessa havaittiin, että prosessin haurauksien ja viestinnän virheiden tunnistaminen voi tarjota tukea turvallisuuskulttuurin parantamiseksi. Viestintä nähtiin keskeisenä turvallisuusosaamisena terveyspalveluissa. Tällaisessa ympäristössä henkilökunnan on kyettävä kommunikoimaan tehokkaasti sekä tiimin että potilaiden kanssa siten, että vastavuoroinen ymmärrys on olemassa ja jokainen osallistuu hoidon päätöksentekoon. Tutkimuksessa todettiin, että hoitajan ovat valmiimpia ottamaan käyttöön turvallisuutta parantavia menetelmiä. Tämän arvioitiin johtuvan siitä, että hoitajien työajasta suurempi osa käytetään suoraan vuorovaikutukseen potilaiden kanssa ja tämä vahvistaa tietoisuutta potilasturvallisuuden näkökulmista. Jotta turvallisuutta voidaan lisätä viestinnällä, tarvitaan toimenpiteitä viestinnän avoimuuden parantamiseksi. (Batista ym. 2019.) Eräessä tutkimuksessa havaittiin puutteita hoidosta viestimisen järjestelmissä. 80 % hoitajista koki, että järjestelmistä puuttui potilasturvallisuusnäkökulma. (Sowan ym. 2019.)

Eri ammattiryhmien välisen kommunikaation parantaminen voi parantua merkittävästi jo pienillä interventioilla. Eräessä tutkimuksessa havainnoitiin lääkärien ja flebotomistien (*suom. laboratoriohoitaja, bioanalyttikko*) välistä kommunikaatiota. Yhdellä interventiolla ja hyvällä käyttöönoton ohjauksella ottamattomien verinäytteiden osuus oli 0 %. (Saunbury & Howarth 2016.) Toisaalta on havaittu myös hyvän tiimityön vaikuttavan positiivisesti uusien menetelmien käyttöönottoon. Näiden yhteisvaikutuksella on suotuisa vaikutus potilasturvallisuuspoikkeamien esiintyvyyteen. (O'Leary ym. 2019.)

Tiimityö

Tiimityön ja hoidon turvallisuuden välistä yhteyttä on tutkittu. On havaittu merkittävä korrelaatio tiimityön ja virheistä ilmoittamisen välillä. Työyhteisöissä, joissa tiimityö arvioitiin hyväksi, myös virheistä ilmoittaminen oli avoimempaa. Jotta virheisiin voidaan puuttua ja toimintaa kehittää, niistä pitäisi raportoida aktiivisesti. Avoimen ilmapiirin työyhteisössä kynnys virheistä ilmoittamiseen

on matala. On todettu, että tiimityön vaaliminen pitäisi olla lähiesimiesten tärkeä huomion kohde. (Hwang & Ahn 2015.) Virheraportoinnissa on havaittu olevan ongelmia. (Farzi ym. 2018; Hwang & Ahn 2015; Tomazoni ym. 2017.)

Vastuuttomuus ja kunnianhimo havaittiin eräässä tutkimuksessa tekijöiksi, jotka vähentävät virheiden ilmoittamista. Havaittiin myös yleisen suhtautumisen virheistä ilmoittamiseen vaikuttavan ilmoitusaktiivisuuteen. (Varallo ym. 2018.) Teho-osastolla yleisimpiä virheitä olivat lääkitysvirheet, respiraattorihoidon aiheuttama keuhkokuume ja virtsakatetriin liittyvä virtsatieinfektio. Tutkimukseen osallistuneista yli 90 % vastasi raportoineensa ainakin yhdestä lääkevirheestä edellisen kuukauden aikana. Yli 75 % vastasi raportoineensa ainakin kerran respiraattorihoitoon liittyvästä keuhkokuumeesta ja yli 70 % vastasi raportoineensa ainakin kerran virtsakatetriperäisestä virtsatieinfektiosta. Voidaan todeta, että esimerkiksi lääkevirheille altistavat heikko ulosanti ja kommunikaatio työyhteisössä. (Farzi ym. 2018.) On havaittu myös, että hoitajat ovat kokeneet lääkärien kunnioituksen tiimityötä ja kommunikaatiota kohtaan olevan matala. Moniammatillisen tiimityön kehittämiseen tulisi keskittyä, jotta voidaan parantaa potilasturvallisuutta. (Farzi ym. 2018; Alzahrani ym. 2019.) Keinoiksi ehdotetaan palautetta, koulutusratkaisuja, yksinkertaisia järjestelmiä sekä johdon avointa asennetta (Varallo ym. 2018).

Tiimityön, työhyvinvoinnin ja potilasturvallisuuden välistä suhdetta tutkittiin Welpin ja Manserin tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Katsauksessa käsiteltiin 98 tutkimusta, jotka käsittelivät kahden tai kolmen käsitteen välistä suhdetta. Tulokset eivät olleet aukottomia. Tutkimusten rajoitukset liittyivät tutkimusmetodiin haasteisiin. Voidaan kuitenkin todeta, että hyvä tiimityö ja hyvä työssäjaksaminen korreloivat positiivisesti potilasturvallisuuden kanssa. (Welp & Manser 2016.) Samoin havaittiin myös kotihoidon työntekijöitä koskevassa tutkimuksessa korrelaatio hyvä tiimityön, kommunikaation ja potilasturvallisuuden välillä. Vastauksista myös kävi ilmi, että työntekijöiden keskinäinen kommunikaatio ja luottamus arvioitiin hyväksi, mutta esimiesten koettiin antavan negatiivista palautetta ja osoittavan epäluottamusta. Esimiehiltä toivottiin enemmän tukea turvallisten käytäntöjen kehittämiseen. (Larsson ym. 2018.)

Lääkärit kokevat työssään epäasiallista käytöstä edelleen, vaikka tiimityön merkitys turvallisuuskulttuurin osana tunnetaan. Lähes 10 % tutkimuskohteen lääkäreistä koki epäasiallista käytöstä viikoittain työssään. Erityisesti työyksikkörajat ylittävissä kohtaamisissa esiintyi epäasiallista käytöstä. (Klingberg, ym. 2018.)

Potilasturvallisuusilmoituksia analysoitiin yli 850 tiedonkulun näkökulmasta ja keskeisenä kehityskohteenä aiempien tutkimusten tapaan nousi tiedonsiirron ja dokumentaation tarkkuuden parantaminen. Ongelmiksi todettiin väärinymmärrykset kommunikaatiossa, tiedon epätarkkuus ja tarvittavien tietojen puuttuminen. Tutkimuksessa todettiin, että vain pieni osa tiedonkulkuun vaikuttaneista virheistä johtui teknistä ongelmista, vaikka käytössä oli sähköinen potilastietojärjestelmä. Jylhän ym. mukaan sähköisen potilastietojärjestelmän ohella käytetään edelleen erilaisia paperisia tiedonkeruumenetelmiä. Tämä lisää tuplakirjausta, tarpeetonta tiedon kopioimista useaan paikkaan ja riskiä tietojen puuttumiseen varsinaisesta tietojärjestelmästä. (Jylhä ym. 2016.)

Lääkitykseen liittyvät virheet olivat yleisimpiä sekä lääkäreiden että hoitajien kokemana Turkissa tehdyssä tutkimuksessa. Kuitenkin virheitä tutkittaessa taustalta löytyi tiedonkulkuun liittyvä ongelma, joka aiheutti virheen. Tutkimuksessa ehdottaakin tällaisten virheiden ehkäisemiseksi riittävää henkilökuntaresurssia, roolien ja vastuiden selkeyttämistä, jatkuvaa kouluttamista, tiimityön kehittämistä sekä yhtenäisen kommunikaatitavan omaksumista. (Topcu ym. 2017.) Kuten turkkilaisessa tutkimuksessa, myös Parkin ym. tekemässä tutkimuksessa havaittiin, että hierarkkinen lääkäri-hoitaja-asetelma heikentää paitsi potilasturvallisuutta myös työssäjaksamista. Lääkärit eivät välttämättä tiedä hoitajan koulutuksesta ja osaamisesta ja päinvastoin. Suuren työkuorman vuoksi eri ammattiryhmät eivät myöskään ehdi tutustua toisiinsa, jotta luottamus syntyisi. Autoritäärisessä ilmapiirissä työskentelevät lääkärit kokivat kokeneiden hoitajien kysymykset kyseenalaistuksena heidän ammattitaitoaan kohtaan. Tutkimuksessa kuitenkin todetaan, että luottamuksen synnyttyä vertaisina keskustelu potilaan hoidosta parantaa potilasturvallisuutta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat sitä mieltä, että yhteistyössä annetut selkeät määräykset, oikeat termit ja tarkat kuvaukset potilaasta lisäävät potilasturvallisuutta. (Park ym. 2018.)

Potilasnäkökulma

Turvallisuutta tutkiessa potilaan kokemus on keskeisessä roolissa. On tutkittu potilaiden kokemusta saamansa hoidon turvallisuudesta. Lähes kaikki vastaajat priorisoivat hoidon turvallisuuden palvelun tuottajaa valitessaan. Toisaalta suurin osa vastaajista ei kuitenkaan aktiivisesti esittänyt ideoita parantaakseen hoidon turvallisuutta. Lähes puolet vastaajista ilmoittivat kokeneensa turvallisuuspoikkeaman hoitoon liittyen viimeisen vuoden aikana. Suurin osa ilmoitetuista poikkeamista liittyi vastaanotolle pääsemiseen. Muita usein toistuvia poikkeamia olivat diagnoosiin liittyvät ongelmat, kommunikaatio-ongelmat, tiedonkulun ongelmat palveluntarjoajien välillä ja hoidon koordinointi eri Voidaankin todeta, että turvallisuuspoikkeamat ovat yleisiä ja monet niistä olisivat ehkäistävissä. Kuitenkin lähes puolet näistä virheistä eivät tule hoidon tarjoajan ja yksittäisen ammattilaisen tietoon. Turvallisemman hoidon toteuttamiseksi olisi tärkeä huomioida ja ymmärtää potilaan kokemus. (Ricci-Cabello ym. 2017.)

Potilailla ja lääkäreillä on näkemyseroja tiedon jakamisesta. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki saaneensa liian vähän hoitoaan koskevaa tietoa. Lääkäreistä kävi ilmi, että ne, jotka ovat työhönsä tyytymättömiä, ovat myös niitä, jotka antavat potilaille riittämättömästi tietoa. Havaittiin myös, että usein lääkärin antavat potilaalle välttämättömät tiedot hoidosta, vaikka huomaavat ettei potilas ymmärrä annettuja ohjeita. Toisaalta kyseisen tutkimuksen mukaan potilaiden luottamus lääkäreihin on suuri ja he antavat mielellään lääkärin tehdä päätökset, mutta haluavat silti riittävästi tietoa. (Mira ym. 2012.) Schwarz ym. systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin potilaan saamia jatkohoito-ohjeita (eng. *medical discharge letter*). Laadukkaat jatkohoito-ohjeet ovat välttämättömät potilaan toipumisen ja jatkohoidon asianmukaisen toteutumisen kannalta. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tunnistettiin keskeisiksi riskitekijöiksi pitkä viive jatkohoito-ohjeiden saamisessa kotiutumisen jälkeen, puutteelliset tai epäselvät jatkohoito-ohjeet sekä osaamattomuus asianmukaisten jatkohoito-ohjeiden kirjoittamiseen. (Schwarz ym. 2019.)

On tutkittu myös potilasvalitusten perusteella tehtyä kehitystyötä. Tutkimuksessa havaittiin, että kommunikaatiosta tulee paljon valituksia, mutta kehitys-

työtä sen parantamiseksi tehdään vähän, vaikka kommunikaatio on kehitettävissä oleva taito. Tutkituissa sairaaloissa koettiin, ettei ole keinoja asian ratkaisemiseksi. (Liu ym. 2019.) Eräässä tutkimuksessa selvitettiin potilaiden kokemusta potilasturvallisuudesta. Kommunikaatio oli useimmin (22 %) mainittu ongelma. Tutkimuksessa potilaat tunnistavat kolmenlaisia kommunikaatio-ongelmia: tiedonkulussa henkilökunnalta potilaalle, tiedonkulussa henkilökunnan kesken ja tiedonkulussa potilaalta henkilökunnalle. Edellä mainituista ensimmäisen potilaat kokivat useimmin esiintyväksi turvallisuusriskiksi. Toiseksi yleisimmäksi turvallisuusriskiksi potilaat mainitsivat henkilöstöön liittyvät ongelmat, kuten henkilöstön riittävän määrän ja tavoitettavuuden. Kolmanneksi yleisimmin (12 %) mainittiin ympäristöön liittyvät ongelmat, kuten yöllinen melu, riittävä valaistus ja osaston rakenne. Lähes yhtä paljon vastauksia saivat ongelmat arvokkuuden, empaattisuuden, yksityisyyden ja kunnioituksen osoittamisen kanssa. Tutkimuksessa todetaan, että turvallisuutta kehitettäessä on tärkeää huomioida potilasnäkökulma. (O'Hara ym. 2018.)

Tiedonkulunturvallisuutta on tutkittu myös omaisten näkökulmasta. Tutkimuksessa havaittiin osallistujien huolenaihe tiedonkulusta ammattilaisten välillä, mukaan lukien vuoronvaihdot ja lääkärinkierrot. On tiedossa, että näihin tilanteisiin liittyy keskeisesti tiedonvaihto työryhmän jäsenten välillä. Siksi viestinnän on oltava tehokasta. Näitä tilanteita onkin edelleen kehitettävä osoittamalla raportoinnin keskeiset tavoitteet, vähentämällä käytettyä aikaa, käyttämällä standardisoituja työkaluja ja systematisoimalla käytäntöjä. Kaksinker- taista tarkistusta suositellaan kaikissa tilanteissa, joissa saattaa olla suurempi riski turvallisuuden vaarantumiselle. Toinen viestinnän parantamiseen mainittu työkalu oli jatkuva systemaattinen tiedonvaihto ammattilaisten välillä moniammatillisilla kierroilla, potilassiirroissa ja säännöllissä tiimikokouksissa. Eräs viestinnän kehittämisen keino oli raporttien rauhoittaminen; keskeytyksiä, sivu- keskusteluita ja tilanteesta poistumisia vältetään. Jatkuva kouluttaminen nähtiin erittäin tärkeänä keinona parantaa raportoinnin turvallisuutta. (Biasibetti ym. 2019.)

Systemaattisuus tiedonkulussa

Potilaiden siirtyessä akuuttikirurgian osastolta vuodeosastolle siirron tukena ei ollut strukturoitua raporttia, jolloin riski keskeisen tiedon häviämiseen on suuri

(Ramsay ym. 2017). Myös australialaisessa tutkimuksessa havaittiin, että potilassiirroissa potilasturvallisuus vaarantuu puutteellisen tai puuttuvan dokumentaation ja riittämättömän tai epäloogisen koordinoinnin vuoksi. (Piper ym. 2018.) 90 % henkilökunnasta koki, että raportointimallin esittely teki raporttilanteesta sujuvamman. 80 % henkilökunnasta koki, että raporttilomake paransi potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. (Ramsay ym. 2017.) On havaittu myös vahvan osastot ylittävän tiimityön lisäävän käsitystä laadukkaana raportin antamisen vaikutuksesta potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä. Kommunikatiokulttuuri, tiimityö ja johdon tuki nähtiin vahvasti turvallisuutta lisäävinä tekijöinä potilassiirroissa. (Piper ym. 2018.)

Mobiililaitteiden käytön on havaittu vaikuttavan positiivisesti potilaan hoitoon lisäämällä turvallisuutta, sillä tieto oli reaaliaikaisesti kaikkien saatavilla omilla laitteillaan. Mobiililaitteiden käyttö myös lisäsi lääkäreiden käyttämää aikaa potilaan luona vähentäen työhuoneessa vietettyä aikaa. Toisaalta mobiililaitteiden käyttö lisäsi hoitajien päätteellä käyttämää aikaa ja jonkin verran vähensi potilaan luona vietettyä aikaan. Kuitenkin yhteensä potilaiden luona vietetty aika havaintojen perusteella lähes tuplaantui. (Lang ym. 2019.) Toisaalta on myös tutkittu, millaisia haasteita ja riskejä terveydenhoidossa on reaaliaikaisen datan tuottamisessa ja käytössä. Haasteita nousi esiin 8 päätyyppiä, ja ne sisälsivät 13 tarkemmin määriteltyä haastetta. Yksi esiin nousseista haasteista oli kielen monimutkaisuus, monella eri tavalla voidaan ilmaista yhtä ja samaa asiaa ja toisaalta yhdellä tavalla ilmaistu asia voidaan ymmärtää monella eri tavalla. Toinen esiin nousseista haasteista oli suulliset määräykset ja dokumentointi jälkikäteen. Suullisiin määräyksiin liittyy aina väärinymmärryksen riski muun muassa epäselvän puhettavan, huonon kuulon tai epätarkkojen ilmaisujen vuoksi. Edellä mainitut kaksi haastetta liittyvät myös toisiinsa, monimutkainen kieli yhdistettynä suullisiin määräyksiin sisältää usean riskitekijän. Tutkimuksessa todetaan, että nämä riskit olisi tärkeä tunnistaa ja huomioida ja kehittää prosesseja tukemaan datan turvallista käyttöä. (Kirkendall ym. 2019.)

Lääkäreiden välisen raportoinnin merkitys on huomattava tehohoito- ja sairaalaympäristöissä. Lääkäreiden välistä raportointia ovat tutkineet sekä Leenstra ym., että Yang ym. Raportilla voitiin varmistaa vastaanottajan ymmärrys tilanteesta ja voitiin korostaa jatkohoidon kannalta keskeisiä huomioita. Raportin koettiin lisäävän jaettua ymmärrystä, tukevan päätöksentekoa ja kasvattavan

sekä yksilön että yhteisön osaamista. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vastaajat kokivat raportoinnin yksityiskohtaisuuden tason määrittämisen olevan vaikeaa. Sekä raportin antajan että vastaanottajan työkokemuksen määrä vaikuttivat tarvittavien yksityiskohtien määrään. Yang ym. tutkimuksessa havaittiin, etteivät raportit olleet strukturoituja tai suunnitelmallisia. Raportilla kerrottiin raportin antajan arvion mukaan tarpeelliset tiedot. Leenstra ym. tuloksista voidaan todeta, että oppiminen ja opettaminen olivat ennemminkin raportoinnin sivutuote kuin yksi raportoinnin varsinaisista syistä. Sekä Leenstra ym., että Yang ym. mukaan raportoinnin standardointi, suullisen ja kirjallisen raportin implementointi sekä tarkoituksenmukainen ympäristö ja näiden opettaminen parantaisivat raportoinnin tiedonkulkua. Tarkka rutiini voi olla hyödyllinen lähtökohta, mutta lääkärien kokemuksen kasvaessa, koulutuksesta tulisi vähitellen siirtyä kohti sujuvampaa yhteistyökeskustelua. Tällaisiin vuorovaikutustilanteisiin osallistumisen haasteita on lievitetävä, jotta raportoinnin määrittelemisen uudelleen mahdolliseksi turvallisuuden ja oppimisen lähteiksi virheen sijaan voi toteutua. Kehittämisessä tarvitaan organisaation tuki muutosten loppuun viemiseksi ja jatkuvuuden takaamiseksi. (Leenstra ym. 2018; Yang ym. 2015.)

Erään interventiotutkimuksen tarkoituksena vähentää turvallisuuspoikkeamia. Tutkimuksen aikana tehty interventio keskittyi lääkärintoimintaan, niiden aikaiseen raportointiin ja omaisten ottamisen osaksi kiertoa. Intervention jälkeen turvallisuuspoikkeamien määrä pysyi jokseenkin samana, mutta haittatapahtumien määrä väheni lähes 40 %. Tuloksissa havaittiin myös raportoinnin kehittymistä, hoitohenkilökunnan sitoutumista kiertoihin sekä omaisten tyytyväisyyden parantumista. Tuloksista voidaan tulkita, että strukturoitu raportointi lääkärintoimintojen yhteydessä parantaa potilasturvallisuutta ja lisäksi sillä voi olla myös muita positiivisia vaikutuksia sekä henkilökunnalle että omaisille. (Khan ym. 2018.)

Erilaisten tarkastuslistojen on todettu lisäävän potilasturvallisuutta, sillä toiminta tapahtuu samanlaisena toistuvan protokollan mukaan. Näin inhimillisen tekijän aiheuttama riski pienenee. Suomessa otettiin käyttöön vuonna 2009 leikkaussalien tarkastuslista vähentämään leikkaussalissa tapahtuvia virheitä ja edistämään kommunikaatiota henkilökunnan kesken. Helmiö tutki vuosien 2001–2011 potilasvahinkoaineistoa ja arvioi, että lähes 5 % tapauksista olisi ollut ehkäistävissä tarkastuslistan käytöllä. Helmiö toteutti kyselyn myös

korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkaussalihenkilökunnalle tarkastuslistan käytöstä ja kokemukset olivat positiivisia. Tarkastuslistan käyttö koettiin potilasturvallisuutta parantavana tekijänä, eikä sen koettu olevan aikaa vievä tai työläs. (Helmiö 2015, 16–19, 36, 39.) Toisaalta tarkistuslistan käyttöön ottoon liittyvien tutkimusten tulokset on koettu olevan ristiriitaiset. Tutkimuksissa, joissa tarkistuslistan käyttöön ottoon liittyi koulutusta henkilökunnalle, tulokset olivat selvästi paremmat kuin niissä, joissa käyttöön ottoon ei liittynyt koulutusta. (Tamminen & Metsävainio 2015.) Yksinkertaisten kehitystoimenpiteiden ja parannusten on havaittu aiheuttavan merkittäviä parannuksia potilasturvallisuuteen. Tiedonkulun parantuminen myös lisää henkilökunnan sitoutumista menetelmien käyttöön, jolloin systemaattisuus koko yksikössä toteutuu. (Mills ym. 2017.)

Raportoinnin standardointia tehohoidossa tutkittaessa havaittiin, että onnistuneella raportoinnilla tuettiin työn suunnittelua ja oman työn organisointia, hoidon jatkuvuutta sekä turvallisuuden toteutumista. Tutkimuksessa todettiin myös, että tarkastuslistan käyttö edistää päätöksen tekoa, kliinistä ajattelua ja tiedonhallintaa. (Corpolato ym. 2018.) Lun ym. tutkimuksessa tutkittiin osallistujien kokemusta potilasturvallisuusosaamisesta. Erikoituville lääkäreille pidettiin moniammatillinen simulaatiokoulutus potilasturvallisuudesta. 90 % osallistuneista koki koulutuksen parantaneen omaa osaamista potilasturvallisuudesta ennen käytännön työtä. Tutkimuksen aikana todettiin, että simulaatiokoulutus ja moniammatillinen yhdessä oppiminen on tehokas tapa kouluttaa potilasturvallisuuden perusteita. (Lu ym. 2016.) Toisaalta eräässä tutkimuksessa saatiin hyviä tuloksia pelillistämisen avulla. Potilasturvallisuuskoulutus pelillistettiin ja tähän osallistui 130 lääkäriä. Valtaosa osallistujista koki opetuksen lisänneen heidän osaamistaan tiimityöstä ja kommunikaatiosta potilasturvallisuuden näkökulmasta. He kokivat koulutuksen olevan tärkeä osa potilasturvallisuuskulttuurin parantamista. (Zhang ym. 2019.)

Turvallisuuskävelyiden on laajasti todettu sekä lisäävän turvallisuuskulttuuria että auttavan huomaamaan kehittämiskohteita. Tutkimuksessa otettiin käyttöön turvallisuuskävelyt kirurgisessa yksikössä. Turvallisuuskävelyissä esiin nousi leikkausten aikatauluttamattomuus, leikkaussalien puute ja mahdottomuus käyttää leikkaussalia puhtaasti hätätilanteissa. Kirurgit raportoivat tämän

aiheuttavan hoitoaikojen pidentymistä ja lisääntyneitä riskiä infektioihin. Aika-tauluongelmat aiheuttivat myös pitkittyneitä odotusaikoja potilaille, mikä lisäsi merkittävästi tyytymättömyyttä. (Ferorelli ym. 2018.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Kehittämistyön tarkoituksena on kartoittaa, mitkä potilasturvallisuuspoikkeamat toistuvat Haartmanin sairaalassa. Poikkeamat, jotka useimmin toistuvat, ovat myös toistuva riski potilasturvallisuudelle. Tarkoituksena on kehittää toimintaa poikkeamailmoitusten pohjalta ja sen kautta tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta.

1. Kuinka suuri osa sairaalan turvallisuuspoikkeamista liittyy tiedonkulkuun?
2. Mitkä tekijät altistavat tiedonkulun haittatapahtumille?
3. Millaisia seurauksia haittatapahtumat aiheuttavat?

4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ

Tutkimusmenetelmänä käytettiin sekä määrällistä että laadullista menetelmää. Tutkimuskysymys 1 liittyvä aineisto analysoitiin määrällisin menetelmin. Tutkimuskysymyksiin 2 ja 3 liittyvä aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin, ja opinnäytetyön painopiste on laadullisessa tutkimuksessa.

Laadullisen tutkimuksen keskiössä ovat ihminen, hänen elinympäristönsä ja näiden väliset merkitykset. Tällöin lähtökohtana on oletus, että tulkinat vaikuttavat ihmisen kokemaan todellisuuteen eikä todellisuus ei ole tutkimuksen tekijästä, osallistujasta tai menetelmästä erillistä tai riippumatonta. Laadullisessa tutkimuksessa on siis tarkoituksena jäsentää tutkittavaa todellisuutta tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta luokittelemalla tämän todellisuuden elementtejä. Tällä tavalla on tarkoitus tuottaa käsitteitä, jotka kuvaavat tutkittavia ilmiöitä sekä niiden välisiä suhteita. Tutkimusprosessia ohjaavatkin keskeisesti kysymykset: mitä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö on ja mitä tässä ilmiössä tapahtuu. (Kylmä ym. 2003; Tuomi & Sarajärvi 2018, 24–25; Kylmä & Juvakka 2007, 16.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kohdesairaalan toimintaa, jolloin tuloksia ei tarvitse yleistää ja voidaan paneutua syvällisesti juurisyihin. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 86.) Kiinnostuksen ja kehityksen kohteena on tietyssä rajatussa ympäristössä tapahtuva käytännön toiminta, jota tutkitaan. Laadullinen tutkimus on luonteva tapa lähestyä tarkastelun kohdetta kokonaisvaltaisesti. (Syrjälä ym. 1995, 10–11.) Tarkasteltavaa kohdetta tutkitaan ilman tarkasti ohjaavaa teoriaa, kun tehdään laadullista tutkimusta. On kuitenkin tiedettävä tutkittavan aiheen taustaa, jotta voi kerätä tutkimuksen kohteena aineistoa tutkittavasta kohteesta ja verrata saatuja tuloksia aiempiin sekä arvioida ilmiötä. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.)

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tutkimuksen kohteena olevan sairaalan HaiPro-järjestelmästä. Aineisto koostui vuonna 2017 vuodeosastoilla tehdyistä HaiPro-ilmoituksista (n = 273), tiedonkulkuun liittyviä oli yhteensä 47 kappaletta. Näistä tarkempaan tarkasteluun otettiin ilmoitukset, jotka koskivat tiedonkulkua potilaan siirtyessä vastuuyksiköstä toiseen (n = 22). Tarkemmasta käsittelystä poissuljettiin siis 25 muita tiedonkulkuun liittyvää ilmoitusta. Lopullinen aineisto koostui siis 22 HaiPro-ilmoituksesta, jotka tehtiin vuonna 2017 tutkittavan sairaalan vuodeosastoilla. Tutkimuskysymys 1:n käsittelystä käytettiin koko HaiPro-aineistoa (n = 273). Tutkimuskysymykset 2 ja 3 käsiteltiin rajatulla aineistolla (n = 22).

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on mahdollista hyödyntää erilaisia valmiita aineistoja, joita työympäristöissä kerätään tilastointia, toiminnan seurantaan tai hallintoa varten. Nämä ovat virallisia terveydenhuollon dokumentteja, jotka koostuvat avoimista tekstivastauksista, tilastoista tai muista dokumenteista. Näitä aineistoja käytettäessä tutkimuksessa aineiston huolellinen tarkastaminen, käsitteiden määrittely ja uudelleen luokittelu on keskeistä. (Morse & Field 1998; Tuomi & Sarajärvi 2018; Kyngäs ym. 2011; Elo ym. 2014.) Rekisteritutkimusta tehtäessä etuja ovat muun muassa aineiston hankinnan nopeus, kustannustehokkuus ja korkea laatu. Toisaalta haasteena voidaan pitää aineiston kokoa, kattavuutta ja luotettavuutta. (Räisänen & Gissler 2012.)

4.2 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa käsitellään sisällön analyysin keinoin joko tuomaan viitekehistä analyysille tai itsenäisenä metodina (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105–107). Sisällön analyysi antaa mahdollisuuden analysoida tutkittavaa aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Tämä metodi sopii monenlaisten aineistojen käsittelyyn, jopa täysi strukturoimattomaan. Sisällönanalyysillä on tarkoitus saada aineisto esitettyä tiiviinä ja yleisellä tasolla kuvattuna johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117.)

Tutkimusaineiston määrällinen osa analysoitiin kuvailevilla tilastollisilla menetelmillä. Avoimet vastaukset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä analyysillä. Tässä menetelmässä analyysiyksikkö ei ole ennalta määritelty, vaan nousee tutkimusaineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaiseksi. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2018, 108–109.) Ennen aineiston käsittelyn aloittamista määriteltiin analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lausuma tai koko ajatuskokonaisuus. Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin lause. Analyysiyksikön valintaan vaikuttivat aineiston sisältö ja tutkimustehtävät. Aineiston käsittely aloitettiin litteroimalla aineisto, jonka jälkeen aineisto pelkistettiin eli aineistosta karsittiin epäolennaisuudet. Redusoinnin jälkeen aineiston pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokkiin. Ryhmittelyn voidaan katsoa olevan osa käsitteellistämistä, jonka seurauksena saadaan yläluokkia ja pääluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.) Tämän opinnäytetyön aineiston luokittelu on esitetty liitteessä 1. Luokittelulla pyritään löytämään aineistosta eri ulottuvuuksia ja käsitteellisiä kerroksia. Luokittelu on luontaista ja se onkin yksi inhimillisen ajattelun perustoiminnoista. (Syrjälä ym. 1995, 164.)

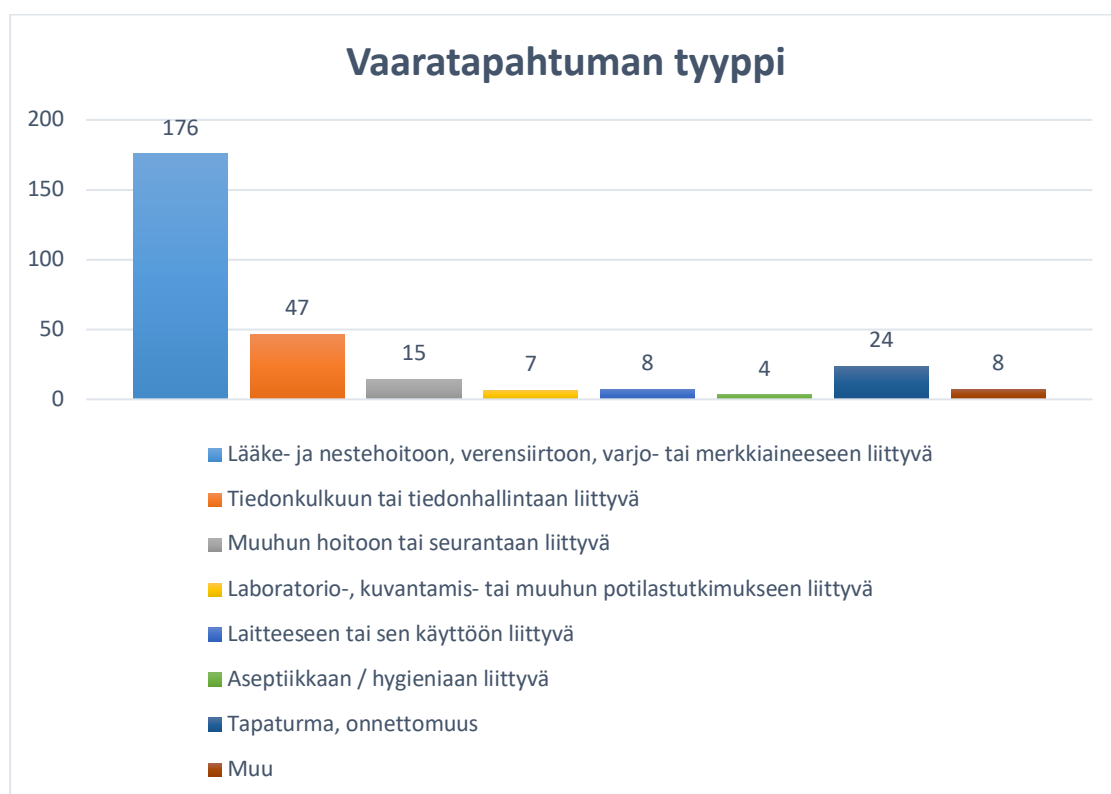
HaiPro-ilmoitusten avoimien vastausten sisältö analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Avoimet vastaukset luokiteltiin (liite 1).

5 TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä on käsitelty sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Aineistot on analysoitu erikseen. Määrällisen aineiston tulokset käsitellään alaluvussa 5.1. Laadullisen aineiston tulokset käsitellään alaluvuissa 5.2 ja 5.3. Aineistojen välisiä yhteyksiä käsitellään luvussa 6.

5.1 Tiedonkulun poikkeamien osuus HaiPro-ilmoituksissa

Haartmanin sairaalan potilasturvallisuutta tarkasteltiin vuoden 2017 HaiPro-järjestelmään tehtyjen ilmoitusten pohjalta, jotka koskivat vuodeosastoja 3, 4 ja 6. Ilmoituksia oli tehty yhteensä 273 kappaletta ($n = 273$). Näistä läheltä piti-ilmoituksia oli 91 (33 %) ja tapahtui potilaalle 182 (67 %). Ilmoituksen tekneistä valtaosa (78 %) ilmoitti ammatikseen sairaanhoitaja, 14 % lähihoitaja, lääkäreitä ilmoittaneista oli 2,6 %, loput vastaajista (5,2 %) olivat muita ammattiryhmiä tai ei ollut ilmoittanut ammattiaan. Kuvassa 1 on esitetty vaaratapahtumailmoitukset tapahtumatyyppin mukaan luokiteltuna. Tapahtumatyyppien esiintyvyyttä noudattaa suurelta osin valtakunnallista linjaa, jossa lääkehoitoon liittyvät virheet ovat yleisimpiä ja tiedonkulkuun liittyvät toisena.

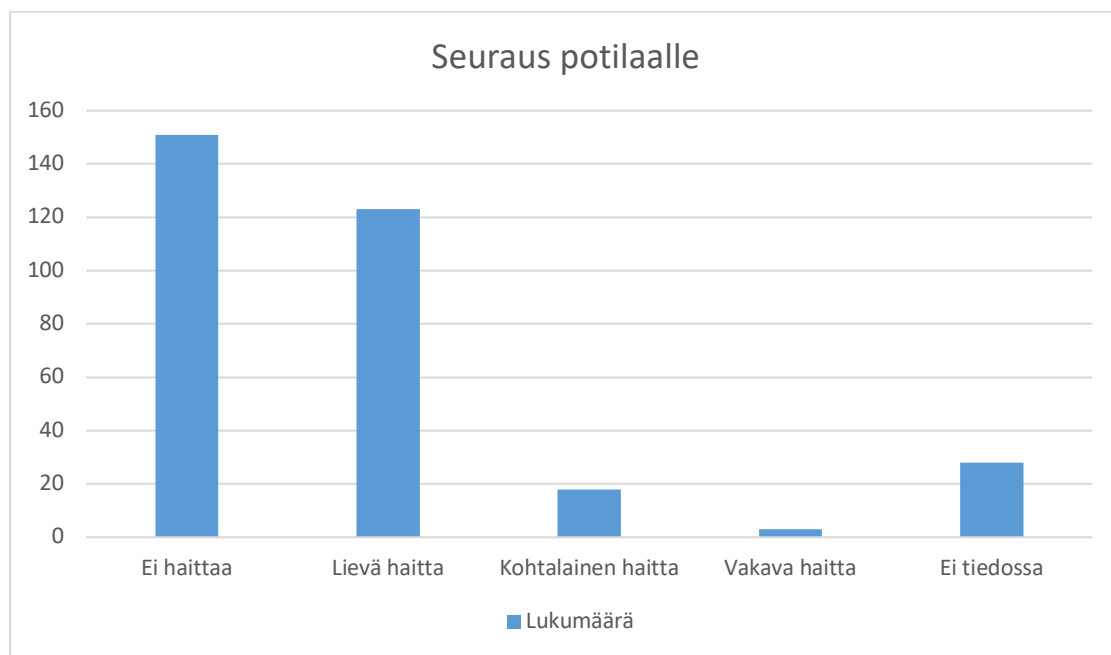


Kuva 1. HaiPro-vaaratapahtumat tapahtuman tyyppin mukaan luokiteltuna

Tarkastelun kohteeksi valittiin tiedonkulkuun liittyvät ilmoitukset ($n = 47$). Näistä 22 liittyi tiedon kulun ongelmiin potilaan siirtyessä vastuuyksiköstä toiseen, 14 työyksikössä hoitajien erilaisiin keskinäisiin tiedonkulun ongelmiin ja 8 hoitajien ja lääkäreiden väliseen tiedonkulkuun. Ilmoituksista 4 on muita tiedonkulun poikkeamia. Näistä tarkempaan tarkasteluun valikoitui tiedonkulun ongelmat potilaan siirtyessä vastuuyksiköstä toiseen. Näiden ilmoitusten avoimet

vastaukset on käsitelty sisällön analyysillä. Luokittelu on liitteessä 1 ja avoimien vastausten tuloksia käsitellään luvussa 5.2.

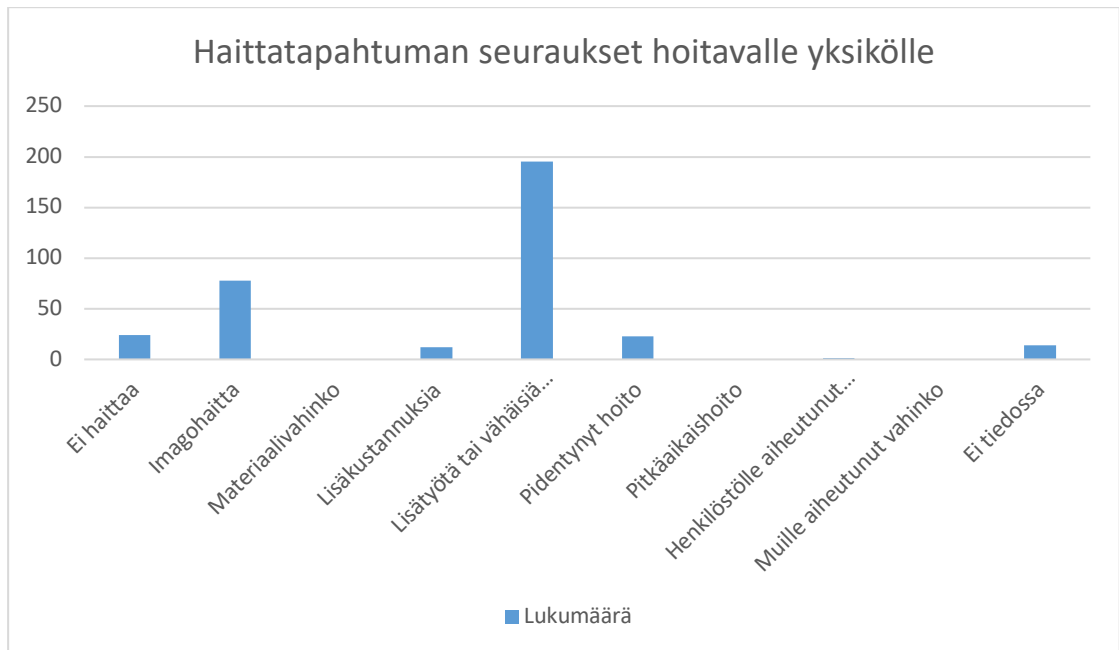
Kaikista HaiPro-ilmoituksista valtaosassa haittatapahtuman seurauksena potilaalle koitui ei haittaa lainkaan tai korkeintaan lievä haitta. Tämän arvion tekee HaiPro-ilmoitusten käsittelijä. Seurausten vakavuus potilaalle on esitetty kuvassa 2.



Kuva 2. Haittatapahtuman seurauus potilaalle

Kuvassa 3 on esitetty millaisia seurauksia haittatapahtumista seurasi hoitavalle yksikölle. Hoitavalle yksikölle haittatapahtuman seurauksena aiheutui useimmiten (195 ilmoitusta) lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia. Tämä näkyi myös avoimissa vastauksissa, joita käsitellään tarkemmin luvussa 5.3.

Toiseksi yleisimpänä seurauksena ilmoitettiin olevan imagohaitta hoitavalle yksikölle.



Kuva 3. Haittatapahtuman seuraukset hoitavalle yksikölle

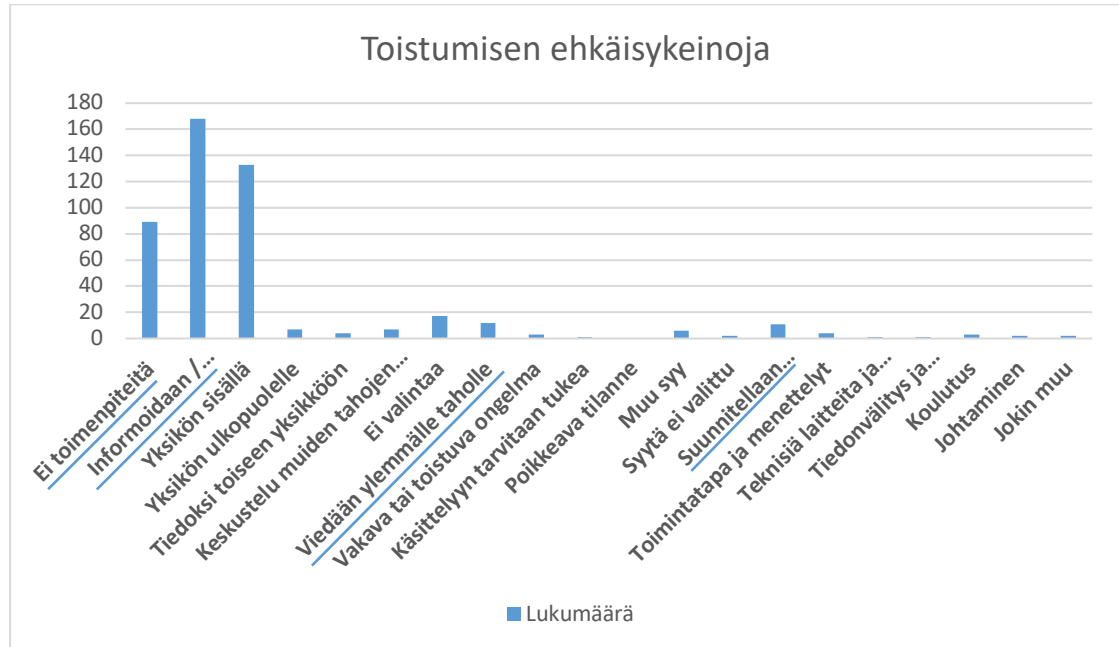
Myötävaikuttavia tekijöitä haittatapahtumien syntyyn on esitetty kuvassa 4. Kommunikaatioon ja toimintatapoihin liittyvät tekijät nousivat suurimmiksi myötävaikuttajiksi. Arvion myötävaikuttavista tekijöistä tekee HaiPro-ilmoitusten käsittelijä. Arvio tehdään ilmoituksen avointen vastausten pohjalta.



Kuva 4. Haittatapahtumiin myötä vaikuttaneet tekijät

Kuvassa 5 on esitetty toimenpiteet, joilla on tarkoitus estää haittatapahtuman toistuminen. Kuvassa alleviivatut otsikot ovat toimenpiteiden yläotsikoita ja muut tarkennuksia näihin. Yleisimmin (168 kertaa) haittatapahtuma käsiteltiin

tiedottamalla tapahtuneesta, näistä työyksikön sisällä tapahtuneesta keskusteltiin 133 kertaa. Toiseksi yleisimmin (89 kertaa) haittatapahtumasta ei seurannut toimenpiteitä. Haittatapahtuma vietiin ylemmälle taholle käsiteltäväksi 12 kertaa ja kehittämistoimenpide suunniteltiin 11 kertaa.



Kuva 5. Toimenpiteet haittatapahtuman toistumisen ehkäisemiseksi

5.2 Haittatapahtumille altistavat tekijät

5.2.1 Hoitovastuun päätyminen

Tiedonkulun ongelmiin liittyvästä aineistosta merkittäväksi riskikohdaksi osoitautui tilanne, jossa potilaan hoitovastuu päättyy. Näitä olivat potilaan siirtyminen toiseen hoitoyksikköön, siirtyminen kotihoidon piiriin ja kotiutuminen ilman säännöllisiä palveluita. Virhe havaittiin useimmiten vastaanottavassa yksikössä, missä vaaratilanneilmoitus lopulta tehtiin.

Kotiutusvaiheessa ei teksteissä eikä raporteissa mainittu mitään, että asiakkaalla oli painehaavat selässä. Asiakkaalla ei ollut myöskään laitettu haavahoitotuotteita mukaan...

5.2.2 Tiedon riittämättömyys

Yhdeksi haittatapahtumille altistavaksi tekijäksi nousi tiedon riittämättömyys. Useassa HaiPro-ilmoituksessa oli maininta, ettei potilaan hoidon jatkuvuuden

kannalta keskeistä tietoa ollut kirjattu potilastietojärjestelmään. Samoin useassa HaiPro-ilmoituksessa ilmaistiin, ettei suullisessa raportissa kerrottu keskeistä tietoa potilaasta. Toisaalta yhdessä HaiPro-ilmoituksessa kävi ilmi suullisen raportin sisältäneen väärää tietoa. Muutamaaan kertaan oli mainittu potilaan hoitosuunnitelman sisältäneen ristiriitaista tietoa. Toistuvasti ilmoituksissa mainittiin puutteelliset merkinnät potilastietojärjestelmässä tai suullisessa raportissa. Kaikissa tapauksissa yhteistä on, ettei riittävä määrä keskeistä tietoa siirry hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

- - osastolta oltiin puhelimitse yhteydessä kotihoitoon ja kerrottiin asiakkaan liikkuvan hyvin ja sujuvasti rollaattorin avulla. - - Ilta-vuoron hoitaja meni asiakasta vastaan, hän kotiutui invataksilla. Asiakas ei kyennyt kävelemään rollaattorin avulla, vaan vietiin kotiin pyörätuolilla, hoitaja oli avustanut asiakkaan pyörätuolista vuoteeseen taksinkuljettajan kanssa. Kotiutumisesta lähtien asiakas on ollut täysin kahden autettava / nostettava pyörätuoliin.

5.2.3 Tiedonkulun ongelmat

Eniten ongelmia aineiston perusteella vaikuttaisi olevan hoitohenkilökunnan keskinäisessä tiedonkulussa sekä hoitohenkilökunnan ja kotihoidon välisessä tiedonkulussa. Muutamia kertoja mainittiin myös tiedonkulun ongelmista hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä sekä hoitohenkilökunnan ja lääkärin välillä.

Yritetty antaa raporttia potilaan nykytilasta ja tulevista hoidon tarpeista, mutta raportin vastaanottaja ei suostunut ottamaan raporttia vastaan. Hän kommentoi, että ei halua kuulla mitään turhaa ja kysyy mikäli on jotain kysyttävää.

Lauantain päivystävän lääkärin kierto osastolla epäonnistunut: paikalla KOLME ERI päivystäjää, joten kokonaisuus ei ole varmaan ollut kenenkään hallussa.

Asiakas kotiutettiin muistisairaana vaimon luokse, kotiutumisesta ei otettu yhteyttä asiakkaan omaan kotihoitoon tai asiakkaan poikaan.

5.2.4 Strukturoimattomuus

Neljässä HaiPro-ilmoituksessa kuvattiin tilannetta, jossa potilaan hoidosta vastasi useampi henkilö ja kokonaisuus jäi epäselväksi. Kolmesta ilmoituksesta kävi ilmi käytäntöjen tai toimintatapojen monimutkaisuus ja epäyhtenäisyys, mikä on aiheuttanut vaaratilanteen. Valtaosassa aineistoa nousi esiin, ettei tiedonsiirtyminen ole systemaattista, vaan useimmiten sattumanvaraista. Kahdesta ilmoituksesta käy ilmi ajoituksen ristiriita kahden toimijan välillä.

- - soitettu lähettävälle osastolle ja kysytty onko puhelinraporttia tulossa. Kertoivat, että ovat jo tilanneet potilaalle kuljetuksen. Soitivat kuitenkin raportin hieman tämän puhelun jälkeen. Puhelinraportissa tullut nyt esille potilaan ja potilashoidon kannalta olennaisia asioita.

5.3 Haittatapahtuman seuraukset

Haittatapahtuman seuraukset on luokiteltu kahteen pääluokkaan: seuraukset potilaalle ja seuraukset henkilökunnalle. Laadullisen aineiston perusteella seuraukset potilaalle nousivat merkittävästi keskeisemmiksi kuin määrällisessä aineistossa. Määrällisen aineiston perusteella haittatapahtuman seuraukset olivat merkittävämmät henkilökunnalle tai organisaatiolle kuin potilaalle.

5.3.1 Seuraukset potilaalle

Haittatapahtuman seurauksina potilaalle ilmoitettiin ongelmat hoidon jatkuvuudessa, viivästymät hoitajakson aikana, väärin toteutunut lääkitys ja puutteet hoidon aikana. Määrällisessä aineistossa haittatapahtumista arvioitiin olleen potilaalle vain vähäistä haittaa tai ei lainkaan haittaa. Laadullisessa aineistossa seuraukset potilaalle koettiin vakavampina.

- - X-lääkitys mennyt koko ajan sairaalassa ollessa ja myöskään anemialabroja ei kaikkia ollut otettu. Ne tilattiin maanantaille ja potilaan kotiutus siirtyi kahdella päivällä (todennäköisesti olisi kotiutunut jo lauantaina, jos asiat olisi hoidettu kunnolla). Näin ollen potilaalle koitui ylimääräisiä hoitopäivämaksuja - -.

5.3.2 Seuraukset henkilökunnalle

Aineistossa haittatapahtuman seurauksiksi henkilökunnalle raportoitiin lisätyö. Yksittäisiä mainintoja oli yleisestä haitasta. Määrällisessä aineistossa seurauksina arvioitiin olleen huomattavasti useammin lisätyötä ja imagohaitta.

Kotiutustiimin käynnit jouduttiin laittamaan vielä seuraavalle päivälle, jotta hoito jatkuisi katkeamatta. Kotiutustiimille seurasi ylimääräistä selvitystä ja haittaa.

5.4 Tiedonkulun haittatapahtuman tyyppikuvaus

Tähän on koottu HaiPro-ilmoituksista tyyppikuvaus. Tyyppikuvaukseen fraasit on otettu suoraan ilmoituksista useita eri ilmoituksia käyttäen.

Potilas jäänyt viikonlopuksi osastolle. Viikonlopun päivystävä lääkäri ei ollut kirjannut potilaasta mitään, joten heräsi epäily osastoon asioita hoidettu ollenkaan. Potilaan kotiutus viivästy kahdella päivällä. Kotiutusvaiheessa potilaan teksteissä eikä raportissa mainittu mitään lääkemuutoksista. Potilaalle oli tehty paljon lääkemuutoksia, aloitettu, muutettu ja lopetettu lääkkeitä. Osastolta ei ollut annettu lääkkeitä edes vuorokaudeksi ja niitä ei ollut kotona. Kotiutumisesta ei otettu yhteyttä potilaan omaan kotihoitoon eikä potilaan omaiseen. Potilas oli kaksi päivää kotona ilman asianmukaista lääkitystä ja seurantaa. Kotihoidon hoitajalle seurasi ylimääräistä selvitystä ja haittaa.

Tyypillisimmin toimenpiteet tällaisen tapahtuman toistumisen ehkäisemiseksi oli haittatapahtumasta tiedottaminen osastotunnilla.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, mitkä potilasturvallisuuspoikkeamat toistuvat Haartmanin sairaalan vuodeosastoilla ja kehittää toimintaa niiden pohjalta. Tavoitteena oli potilasturvallisuuden parantaminen. Opinnäytetyön suunnitelmana oli toteuttaa teemahaastattelu vuodeosastojen henkilökunnalle, mutta opinnäytetyön tekemisen aikaan COVID-19-pandemia kuormitti sairaalatoimintoja eikä haastattelujen toteuttaminen ollut mahdollista. Haastatteluilla oli tarkoitus päästä kiinni haittatapahtumien juurisyihin. Nyt opinnäytetyön tulokset vastasivat tutkimustehtäviin, joskin tuloksissa pysyttiin yleisemmällä tasolla. Tuloksia voidaan kuitenkin hyödyntää sairaalan päivittäisessä toiminnassa potilassiirtojen kehittämistyön tukena.

Aiempien tutkimusten mukaan tiedonkulun parantaminen potilassiirroissa on nähty tärkeänä kehittämiskohteena. Erityisesti stressaavissa työympäristöissä, kuten päivystyssairaalat, teho- ja valvontaosastot sekä leikkaussalit, työympäristö kuormittaa henkilökuntaa ja aiheuttaa unettomuutta. (Farzi ym. 2017.) Tämä aineisto koostui tutkimuksista, joissa tutkittiin päivystyssairaalan osastoja, jossa on suuri potilasvaihtuvuus ja äkillisiä tilanteita. Tällaiset tekijät lisäävät riskiä inhimillisille virheille. Tarkasteltaessa potilassiirtoa prosessina on mahdollista havaita ongelmakohtat ja luoda enemmän suojauksia virheiden varalta. Potilassiirtoja olisi kehitettävä niin, että riski inhimillisen tekijän aiheuttamalle virheelle minimoitaisiin. (Kohn ym. 1999, 58–60; Farzi ym. 2017; Jonsen ym. 2011, 9.) On myös todettu, että hyvin toimivalla tiedonsiirrolla on merkittävä positiivinen vaikutus virheiden sattumiseen ja sillä voi olla positiivinen vaikutus jopa hoitajakson keston. (Tamminen & Metsävainio 2015.) Potilassiirtojen ja raportoinnin kehittäminen olisi yksinkertainen ja tehokas, joskin hieman aliarvostettu keino hoitajaksojen lyhentämisessä.

Terveystieteiden tutkimus on monimutkainen ja vaativa työympäristö. Työssä tarvitaan hyvää suullista ja kirjallista kommunikaatiota, jotta potilasturvallisuus toteutuu. (Sairaanhoitajaliitto s.a.) Rajapinnoissa tapahtuvassa tiedonsiirrossa, kuten osasto- tai hoitolaitossiirroissa, on usein ongelmia, jotka altistavat virheille. Potilassiirroissa riski väärinymmärryksiin, tietokatkoksiin ja tiedon häviämiseen on erityisen suuri. Nykytilanteessa sähköiset potilastietojärjestelmät eivät tue

riittävästi turvallista potilassiirtoa. Tiedonkulun ongelmille voivat altistaa muun muassa yksiköiden erilaiset käytännöt, eri tietojärjestelmät sekä henkilökunnan osaamisen erilaisuus. Tiedonkulun kannalta kriittisten tilanteiden tunnistaminen on tärkeää. Tällöin erityisesti niihin tilanteisiin voidaan kiinnittää huomiota ja varmistaa tiedonsiirron laatu ja turvallisuus. (Jonsson ym. 2011; Australian commission on safety and quality in health care s.a.) Tässäkin aineistossa näkyi vahvasti ongelmat hoitoyksiköiden rajapinnoissa. Yhtenäisen potilastietojärjestelmän voidaan ajatella vähentävän tiedonkulun ongelmia, akuutissa tilanteessa ei välttämättä ole mahdollisuuksia tutkia syvällisesti hoitohistoriaa. Tällöin potilassiirron raportoinnin merkitys kasvaa.

Opinnäytetyön tuloksissa käy ilmi samoja tiedonkulun riskitekijöitä, joita on havaittu aiemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksissa on havaittu, että tiedonkulkua estää raporttien epäasianmukainen ja puutteellinen sisältö, vääränaikaisuus (Roberts ym. 2018; Johnson ym. 2013), puutteet ei-teknisissä taidoissa, standardoinnin puute, kouluttamattomuus metodien käyttöön (Ramsay ym. 2017; Eggins ym. 2015), strukturoimattomuus, epäloogisuus, epätäsmällisyys ja ajanhallinnan puute sekä koordinoinnin puute (Roberts ym. 2018; Raesi ym. 2019). Lisäksi ongelmana ovat liiallinen luottaminen muistiin ilman dokumentaatiota ja puutteet potilaan osallistamisessa (Eggins ym. 2015). Virheen riskiä tiedonkulussa lisäävät myös puutteet henkilöstön osaamisessa ja määrässä, ongelmat tiimityössä sekä jatkuva ylityö. (Topcu ym. 2017). Ongelmat kommunikaatiossa ovat suurin haaste potilassiirroissa (Raesi ym. 2019).

Potilasraportin tarkoitus on varmistaa, että keskeinen, oikea ja ajantasainen tieto potilaan tilanteesta ja hoidosta siirtyy oikealle taholle, tietoon osataan reagoida ja hoidon jatkuvuus on turvattu. Potilasraportti ei ole vain tiedonsiirtoa, se on ennen kaikkea tapa varmistaa hoidon laatu ja jatkuvuus. (Australian commission on safety and quality in health care s.a.) Jotta tämä voisi toteutua, on haittatapahtumille altistavat tekijät huomioitava ja prosessia kehitettävä turvallisemmaksi. Tällaiseen kehittämistyöhön olisi organisaation sitouduttava kaikilla tasoilla, muuten käyttöönotto jää helposti irtonaiseksi. Kuten usein on käynyt, kun on otettu uusia menetelmiä käyttöön.

Tehokas potilasraportti on kaksiulotteinen, se on yhtä aikaa sekä informatiivinen että vuorovaikutteinen. Voidaan todeta, että potilasraporttien vuorovaikutteisuus ei ole ajantuhlausta, vaan potilaan hoidon jatkuvuuden, turvallisuuden ja tiedonkulun sujuvuuden kannalta pikemminkin erittäin tehokasta ajankäyttöä. Vuorovaikutteisuus potilasraportin aikana voi auttaa nostamaan esiin hoidon ongelmat tai virheet, jolloin niihin voidaan puuttua nopeasti ja ratkaista tehokkaasti. (Eggins ym. 2015.) Opinnäytetyön aineiston perusteella raporttien vuorovaikutteisuuteen olisi erityisesti kiinnitettävä huomiota. Tällöin hoidon jatkuvuuden kannalta keskeisen tiedon siirtyminen varmistuu.

Potilasraportti voi toteutua korkeatasoisena vain, jos vuorovaikutus on avointa, kysyminen ja tiedustelu ja kyseenalaistaminen ovat sallittuja. Tärkeää on myös varmistaminen tiedon vastaanottajalta, että hän on ymmärtänyt raportin sisällön. Tämän opinnäytetyön aineiston perustella näiden tekijöiden kehittämiseen olisi hyvä panostaa. Myös ympäristötekijät vaikuttavat tiedonkulun sujuvuuteen. Potilasraportille olisi osallistuttava niiden, joita tieto koskee. Potilasraportti tulisi aikatauluttaa, eli se olisi hyvä pitää sellaisen ajankohtana, jolloin osallistujilla on mahdollisuus keskittyä raportin sisältöön. Raportin kestosta on hyvä sopia etukäteen tai raportin alussa. Raportti olisi hyvä pitää tilassa, jossa ympärillä ei ole häiritsevää hälyä. Erityisesti puhelimitse pidettävissä potilasraporteissa ympäröivä melu voi häiritä ja aiheuttaa keskeytyksiä, keskittymisvaikeuksia ja väärinymmärryksiä. Erityisesti päivystyssairaalan tyyliässä ympäristössä kognitiivisen ergonomian huomiointi olisi tärkeää. Se helpottaisi keskittymistä ja vähentäisi häiriöiden aiheuttamien virheiden riskiä. Potilaan ja omaisen osallistuminen raportille parantaa tiedonkulkua erityisesti potilaan toiveisiin hoitoon liittyen. On myös todettu, että näin voidaan ehkäistä kotiutumisen jälkeisiä vastoinkäymisiä hoidon jatkuvuudessa. (Eggins ym. 2015; Australian commission on safety and quality in health care s.a.)

Vuorovaikutukseen ja tiedonsiirron toteutumiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota silloin kun osapuolien välillä on kognitiivinen epäsuhta. Tällöin tiedon ymmärtämisen varmistaminen on keskeisessä asemassa. (Australian commission on safety and quality in health care s.a.) Tästäkin aineistossa havaittiin, millaisia ongelmia on jatkohoidon ohjauksessa muistisairaille. Puutteellisen tai muutoin väärin kohdistetun ohjauksen vuoksi potilaan lääkitys toteutui väärin.

6.2 Olemassa olevat työkalut

Raportoinnin ja tiedonkulun turvaamiseksi on kehitetty ja otettu käyttöön työkaluja, joten tässä tilanteessa ei tarvitse käyttää resursseja niiden uudelleen keksimiseen. Tämän aineiston perusteella olisi kuitenkin arvioitava menetelmien tehokkuutta. Tehokkaan, standardisoidun ja systemaattisen potilassiirto-prosessissa kaikki asiaankuuluvat osallistujat tietävät vähimmäistiedot, jotka on käytävä läpi siirron yhteydessä, kuten potilassiirron tarkoitus, jäsennelly muoto viestinnän helpottamiseksi ja miten vastuu on siirretty. (Australian commission on safety and quality in health care s.a.)

Yksi tapa potilassiirtojen kehittämiseksi on ollut systematisoida kommunikaatiota siirron aikana. Kaikkein suosituin kommunikaatiotyökalu on ISBAR, joka on myös eniten tutkittu kommunikaatiotyökalu terveydenhuollon viestinnässä. Tämä raportointitapa on alun perin ollut käytössä Yhdysvaltain laivastossa, josta se on otettu terveydenhuollon käyttöön 2000-luvun alussa. ISBAR on akronyymin sanoista Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation. Alun perin tämän tarkoitus oli kehittää hoitajan ja lääkärin välistä konsultaatiota, mutta se on yleistymässä yhä useampiin kommunikaatiotilanteisiin. Rakenteellisiin ohjeisiin on liittynyt suositus potilaan ja hänen hoitajansa osallistamisesta potilassiirtoon. Terveydenhuollon suuntaviivat korostavat nyt potilaskeskeisen hoidon malleja, mukaan lukien potilassiirto. Näytön perusteella on voitu todeta, että ISBAR parantaa potilaiden turvallisuutta. (Muller ym. 2018; Eggins ym. 2015; Tamminen & Metsävainio 2015.) Tämän tutkimuksen kohteena olleessa sairaalassa on käytössä ISBAR, vaikkakin sen käyttöä suositellaan, se vaikuttaisi olevan ennemminkin muistisääntö kuin varsinainen systemaattinen tarkastuslista raportoinnin tukena.

Vähemmän käytetty kommunikaatiotyökalu on I-PASS, jonka peruseriaate on sama kuin ISBARissa. Merkittävin ero on, että I-PASS-mallissa raportin vastaanottaja kiittää saamansa raportin lyhyellä yhteenvedolla. I-PASS on akronyymin sanoista Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and Contingency planning ja Synthesis by receiver. I-PASS on alun perin suunniteltu pediatriseen ympäristöön lääkäreiden keskinäiseen raportointiin. Vaikka I-PASS on luotu pediatriseen ympäristöön, on sen todettu

soveltuvan muihinkin terveydenhuollon ympäristöihin. (Tamminen & Metsävainio 2015.)

Vaikka standardointi parantaa potilassiirron tehokkuutta ja turvallisuutta, on oltava jonkin verran joustavuutta. Prosessien ei tulisi heikentää viestintää tai asettaa ohjeita, jotka häiritsevät sitä, mitä työntekijät pitävät kriittisimpänä informaationa. Joustava, vakiomuotoinen lähestymistapa luo potilassiirron rakenteen ja sallii joustavuuden, jotta se sopii erilaisiin terveydenhuollon ympäristöihin ja työtapoihin. (Australian commission on safety and quality in health care s.a.)

6.3 Koulutus

Näissä tuloksissa aiemmista tuloksista poiketen haittatapahtumailmoitusten aiheuttamat jatkotoimenpiteet olivat vain harvoin koulutusta tai perehdytystä. Aiemmissä tutkimuksissa on osoitettu koulutuksen huomattava vaikuttavuus uusien menetelmien käyttöönotossa (Tamminen & Metsävainio 2015; Lu ym. 2016).

Raportointityökalun, kuten minkä tahansa työtavan tai -menetelmän, käyttöönottoon liitettyllä koulutuksella on keskeinen osuus hyvän lopputuloksen saavuttamisessa. Onnistuneen käyttöönoton edellytyksiä ovat myös johdon tuki, suunnitelmallinen perehdytys ja kertauskoulutus sekä seuranta. Suomessa potilasturvallisuuden, kommunikaation ja raportoinnin opetusta on vain vähän terveydenhuollon tutkintojen opinnoissa, varsinkin lääketieteen opinnoissa. Voitaisiin päätellä, että heti opintojen alussa raportoinnin systemaattinen opettaminen olisi kaikkein tehokkain tapa ottaa käyttöön turvallinen työtapo. Raportointia olisi helppo harjoitella simulaatio-opetuksen avulla. (Tamminen & Metsävainio 2015.) Tällä hetkellä hoitotyönkoulutuksessa opetetaan ja harjoitellaan raportointia ISBAR-mallin mukaisesti. Työpaikoilla suositellaan ISBAR-mallin käyttöä, mutta sen systemaattinen kouluttaminen ja säännöllinen kertaus, saati käyttö, ei ole vallitseva käytäntö. Tällöin on suuri riski, että vasta valmistuneet hoitajat siirtyvät toimimaan vallitsevat käytännön mukaisesti, vaikka olisivatkin oppineet toimivamman metodin.

Potilasturvallisuuden perusosaamisen tulee olla osa terveydenhuollon koulutuksen perusopintoja. Toisaalta on työnantajan vastuulla varmistaa henkilökunnan riittävä osaaminen ja täydennyskouluttaa henkilökuntaa erityisesti uusien menetelmien käyttöönotossa ja organisaatiomuutoksissa. (STM 2020, 19-20.) On varmistettava, että kliininen henkilökunta saa koulutusta nimenomaisesti raportoinnin viestintästrategioista, -kehyksistä ja -menetelmistä. On havaittu, että ISBAR:n vähäinen noudattaminen ja haluttomuus osallistua potilasraporttiin johtui pääasiassa tietoisuuden puutteesta ja rajallisesta koulutuksesta raportointimenetelmiin. (Eggins ym. 2015.)

6.4 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus

Tieteellisessä tutkimuksessa suuntauksesta riippumatta keskeistä on tutkimuksen tekeminen huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmiä tarkasti noudattaen (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija analysoi tuloksia, ja analysointiin vaikuttaa tutkijan kokemus, osaaminen ja arvot. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2017). Tämä opinnäytetyö tehtiin kirjoittajan työpaikalle. Tämän vuoksi aineiston ja tulosten objektiiviseen analysointiin kiinnitettiin erityistä huomiota, joskin tuloksia tulkittaessa ja pohdittaessa tämä seikka koettiin vahvuudeksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää sairaalan toimintaa potilasturvallisuuspoikkeamien pohjalta. Aineistoa käsiteltäessä tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjasivat analysointia. Aineisto kerättiin HaiPro-järjestelmästä, joten aineiston oikeellisuutta ja alkuperäisyyttä voidaan pitää hyvänä. Tulokset ovat linjassa aiempien tulosten kanssa, mikä lisää tulosten luotettavuutta. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2017, 6.3; Krefting 1991.)

Tulosten yleistettävyyks on matala pienen aineiston vuoksi, mikä vähentää tulosten luotettavuutta. Toisaalta opinnäytetyön tarkoitus ei ollut tuottaa yleistettäviä tuloksia vaan kehittää kohdesairaalan toimintaa, jolloin aineiston koko on linjassa työn tarkoituksen kanssa. Toisaalta aineistoa jouduttiin supistamaan valtakunnallisen tilanteen vuoksi eikä tämän vuoksi päästy analysoimaan haittapahtumien juurisyitä. (Ks. Krefting 1991.)

Eettisyys

Tätä opinnäytetyötä tehdessä on sen kaikissa vaiheissa noudatettu hyvää tutkimusetiikkaa ja sen mukaisia eettisiä periaatteita sekä Helsingin kaupungin että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ohjeita. Opinnäytetyötä tehtäessä on kiinnitetty erityistä huomiota huolellisuuteen, rehellisyyteen, tarkkuuteen ja vilpittömyyteen. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2017, 5.3.) Tutkimuslupa on haettu Helsingin kaupungilta vuonna 2018 ja sen on myöntänyt johtajaylilääkäri Laura Pikkarainen. Tutkimuslupaa haettaessa on noudatettu Helsingin kaupungin ohjeita opinnäytetöistä.

Aineisto kerättiin HaiPro-järjestelmästä. Aineisto saadaan järjestelmästä nimettömänä, joten ilmoittajien anonymiteetti on varmistettu. Aineistoa on käsitelty huolellisesti koko opinnäytetyöprosessin ajan ja se hävitetään, kun opinnäytetyö on valmis. Opinnäytetyön tuloksia raportoidessa on huomioitu avoimuus ja vastuullisuus. Raportointi on tehty Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön raportointiohjeiden mukaan.

6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön tulokset vastasivat tutkimuskysymyksiin kohdesairaalla esiintyvistä potilasturvallisuuspoikkeamista. Johtopäätöksenä voitaneen todeta, että tiedonkulussa esiintyy ongelmia ja niihin puuttamalla voitaisiin parantaa potilasturvallisuutta. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää kohdesairaalan kehittämistyön osana. Toisaalta voidaan hyödyntää myös muissa vastaavissa terveydenhuollon ympäristöissä.

Sisällönanalyysin perusteella havaittiin suurta vaihtelevuutta tiedonkulussa. Tiedonkulun ongelmille ja strukturoimattomille raporteille altistaa hoitoyksiköiden erilaiset tarkistuslistat, muistisäännöt, kotiutuskortit ja raporttipohjat. Tä-

män aineistoa ja aiempien tulosten perusteella tutkimuksen kohteena ollut hoitoympäristö voisi hyötyä raporttipohjien ja raportointitapojen yhtenäistämisestä esimerkiksi ISBAR-mallin mukaiseksi.

Tämän opinnäytetyön aineiston perusteella koulutusta ei pidetty ratkaisuna tiedonkulun ongelmien ehkäisemiseen. Aiempiin tutkimuksiin nojaten voitaisiin siis tulkita, että osa tiedonkulun ongelmista voisi johtua koulutuksen puutteesta. Koulutuksen vaikuttavuudesta juuri tässä ympäristössä saataisiin lisää tietoa interventiotutkimuksen ennen-jälkeen-asetelmalla.

HaiPro-ilmoitusten teko perustuu vapaaehtoisuuteen. Ilmoittamisaktiivisuutta on tutkittu kansainvälisesti. Tämän aineiston perusteella olisi kiinnostavaa tarkastella, millaiset tekijät vaikuttavat ilmoitusaktiivisuuteen tässä sairaalassa. Kansainvälisissä tutkimuksissa yhdeksi ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavaksi tekijäksi on havaittu kiire. Olisi kiinnostavaa tutkia henkilökunnan näkökulmaa, millaiset tekijät heidän mielestään sekä altistavat että ehkäisevät tiedonkulun ongelmia. Koska kiire vaikuttaa ilmoitusaktiivisuuteen ja mahdollisesti ilmoitukseen paneutumiseen, rauhallisessa ympäristössä henkilökunnalta voisi tulla kiinnostavia näkökulmia. Samalla voitaisiin tutkia henkilökunnan ja johdon asenteita haittatapahtumien raportointiin ja käsittelyyn.

LÄHTEET

Aluehallintovirasto. 2014. Laatu ja Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.avi.fi/web/avi/laatu-ja-potilasturvallisuus1> [Viitattu 4.5. 2020].

Alzahrani, N., Jones, R. & Abdel-Latif, M. 2019. Attitudes of Doctors and Nurses toward Patient Safety within Emergency Departments of a Saudi Arabian Hospital: A Qualitative Study. PDF-dokumentti. [viitattu 14.5. 2020].

Australian commission on safety and quality in health care. Communication at clinical handover. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.safetyand-quality.gov.au/standards/nsqhs-standards/communicating-safety-standard/communication-clinical-handover> [viitattu 4.5. 2020].

Awanic. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/> [viitattu 22.10. 2019].

Batista, J., Cruz, E., Alpendre, F., Paixão, D., Gaspari, A. & Mauricio, A. Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team. 2019. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>. [viitattu 10.3.2020].

Biasibetti, C., Hoffmann, L., Rodrigues, F., Wegner, W. & Rocha, P. 2019. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337> [viitattu 10.3.2020].

Brasaité, I., Kaunonen, M., Martinkēnas, A., Mockienė, V. & Suominen, T. 2016. Health care professionals' skills regarding patient safety. PDF-dokumentti. [Viitattu 10.5.2020].

Corbally, M. 2014. Can we improve patient safety?. PDF-dokumentti. [viitattu 10.5.2020].

Corpolato, R., Mantovani, M., Willing, M., Andrade, L., Mattei, Â. & Arthur, J. 2018. Standardization of the duty shift in a General Adult Intensive Care Unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>. [viitattu 10.3.2020].

Ede, J., Westgate, V., Petrinic, T., Darbyshire, J. & Watkinson, P. 2018. How human factors affect escalation of care: a protocol for a qualitative evidence synthesis of studies. PDF-dokumentti. [viitattu 30.9.2019].

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. PDF-dokumentti. [viitattu 10.3.2020].

Eskola, S. 2008. Turvallisuus käsitteenä. Maanpuolustuskorkeakoulu, Strategian laitos. Julkaisusarja 3 Strategian asiantietoa no 10. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74107/StratL3_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 27.2.2020].

Farzi, S., Moladoost, A., Bahrami, M., Farzi, S. & Etminani, R. 2017. Patient Safety Culture in Intensive Care Units from the Perspective of Nurses: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 22(5). PDF-dokumentti. [viitattu 30.9.2019].

Farzi, S., Saghaei, M., Irajpour, A. & Ravaghi, H. 2018. The most frequent and important events that threaten patient safety in intensive care units from the perspective of health-care professionals. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. PDF-dokumentti. [viitattu 22.10. 2019].

Ferorelli, D., Zotti, F., Tafuri, S., Pezzolla, A. & Dell'Erba, A. 2016. Patient Safety Walkaround: a communication tool for the reallocation of health service resources. An Italian experience of safety healthcare implementation. *Medicine* 95:41. PDF-dokumentti. [viitattu 22.10. 2019].

Göras, C., Olin, K., Unbeck, M., Pukk-Härenstam, K., Ehrenberg, A., Kassaye Tessa, M., Nilsson, U. & Ekstedt, M. 2019. Task, multitasking and interruptions among the surgical team in an operating room: a prospective observational study. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026410> [viitattu 22.10. 2019].

Hassen, Y., Singh, P., Pucher, P., Johnston, M. & Darzi, A. 2017. Identifying quality markers of a safe surgical ward: An interview study of patients, clinical staff, and administrators. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.12.003> [viitattu 6.5.2020].

Helmiö, P. 2015. Towards better patient safety: The WHO Surgical Checklist in Otorhinolaryngology. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://ethesis.helsinki.fi> [viitattu 22.10. 2019].

Heusala, A. 2011. Kokonaisturvallisuus ja inhimillinen turvallisuus yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. VTT. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/ta/article/view/7469> [viitattu 27.2.2020].

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoito piirin (HUS) potilasturvallisuussuunnitelma 2017-2018. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuushussa/Documents/HUS%20Potilasturvallisuussuunnitelma%202017-18.pdf> [viitattu 6.5.2020].

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusraportti 2018. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuushussa/Documents/HUSin%20laatu-%20ja%20potilasturvallisuusraportti%202018.pdf> [viitattu 4.5.2020].

Hwang, J. & Ahn, J. 2015. Teamwork and Clinical Error Reporting among Nurses in Korean Hospitals. *Asian Nursing Research* 9(2015). PDF-dokumentti. [viitattu 22.10. 2019].

Johnson, H., Forbes, D., Egan, M., Elliott, J., Stolee, P. & Chesworth, B. 2013. Hip-fracture care in rural southwestern Ontario: an ethnographic study of patient transitions and physiotherapy handoffs. *Physiother Can.* 2013;65(3). PDF-dokumentti. [viitattu 6.5.2020].

Jonsson, P. et al. 2011. Potilasturvallisuusopas -Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 15. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf> [viitattu 3.4.2018].

Jylhä, V., Bates, D. & Saranto, K. 2016. Critical factors in the information management process: the analysis of hospital-based patient safety incident reports. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare.* 2016;8(4). PDF-dokumentti. [viitattu 3.3.2020].

Jyväskylän yliopisto. 2005. Non-verbaalinen viestintä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviesti/vuorovaikutus/viestinta/nonverbaalinen.html> [viitattu 8.5.2020].

Keskinen, M. 2017. Mitä tarkoittaa kun puhumme turvallisuudesta ja riskeistä? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://winlandtutkimus.fi/2017/11/02/turvallisuus/> [viitattu 27.2.2020].

Khan, A. et al. 2018. Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication program: multicenter before and after intervention study. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k4764> [viitattu 22.10. 2019].

Kielenniva, J. et al. 2017. Kokonaisturvallisuuden sanasto. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://turvallisuuskomitea.fi/wp-content/uploads/2018/02/Kokonaisturvallisuuden_sanasto.pdf [viitattu 5.5.2020].

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtuminen raportointimenettely. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1> [viitattu 28.1.2018].

Kirkendall, E., Ni, Y., Lindgren, T., Leonard, M., Hall, E. & Melton, K. 2019. Data Challenges With Real-Time Safety Event Detection And Clinical Decision Support. *Journal of Medical Internet Research* 2019 vol. 21: 5. PDF-dokumentti. [viitattu 22.10. 2019].

Klingberg, K., Gadelhak, K., Jegerlehner, S., Brown, A., Exadaktylos, A. & Srivastava, D. 2018. Bad manners in the Emergency Department: Incivility among doctors. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194933> [viitattu 5.5.2020].

- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. 1999. To err is human: Building a Safer Health System. *Institute of Medicine*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html> [viitattu 17.4. 2018].
- Krefting, L. 1991. Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1876643&resultclick=3> [viitattu 12.5.2020].
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi? *Aikakauskirja Duodecim*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2003/7/duo93495>. [viitattu 11.3.2020].
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2,23, 138–148.
- Köhler, H., Rautava, P. & Vuorinen, V. 2017. Hoitava viestintä -lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnän vaikuttavuus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* (8). WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13677> [viitattu 6.5.2020].
- Lang, A., Simmonds, M., Pinchin, J., Sharples, S., Dunn, L., Clarke, S., Bennett, O., Wood, S. & Swinscoe, C. 2018. The Impact of an Electronic Patient Bedside Observation and Handover System on Clinical Practice: Mixed-Methods Evaluation. *JMIR Medical Informatics*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://medinform.jmir.org/2019/1/e11678/> [viitattu 3.3.2020].
- Larsson, A., Westerberg, M., Karlqvist, L. & Gard, G. 2018. Teamwork and Safety Climate in Homecare: A Mixed Method Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. PDF-dokumentti. Saatavissa: doi:10.3390/ijerph15112495 [viitattu 4.3.2020].
- Leenstra, N., Johnson, A., Jung, O., Holman, N., Hofstra, L. & Tulleken, J. 2018. Challenges for conducting and teaching handovers as collaborative conversations: an interview study at teaching ICUs. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0448-3>. [viitattu 10.3.2020].
- Limnell, J. 2016. Strategisen tason linjaukset, miten kyberuhkilta opitaan suojautumaan. Aalto-yliopisto. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://docplayer.fi/40611180-Strategisen-tason-linjaukset-miten-kyberuhkilta-opitaan-suojautumaan.html> [viitattu 27.2.2020].
- Liu, J., Rotteau, L., Bell, C. & Shojania, K. 2019. Putting out fires: a qualitative study exploring the use of patient complaints to drive improvement at three academic hospitals. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1136bmjqs-2018-008801> [viitattu 4.3.2020].
- Lu, W., Goolsarran, N., Hamo, C., Frawley, S., Rowe, C. & Lane, S. 2016. Teaching Patient Safety Using an Interprofessional Team-Based Learning

Simulation Model in Residency Training. *The Journal of Teaching ja Learning Resources*. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10409 [viitattu 4.3.2020].

Mills, P., Weidmann, A. & Stewart, D. 2017. Hospital staff views of prescribing and discharge communication before and after electronic prescribing system implementation. PDF-dokumentti. [viitattu 13.5.2020].

Mira, J., Guilabert, M., Pérez-Jover, V. & Lorenzo, S. 2012. Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. PDF-dokumentti. Saatavissa: [doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00809.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00809.x) [viitattu 4.3.2020].

Morse, J. & Field, P. 1998. The Application of qualitative approaches. *Nursing Research second edition*. PDF-dokumentti. [viitattu 11.3.2020].

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. & Stock, S. 2018. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>. [viitattu 11.3.2020].

Mutanen, A. 2011. Turvallisuustoiminnasta. *Tiede ja ase 68/2011*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://journal.fi/ta/article/view/4129> [viitattu 5.5.2020].

Nuopponen, A., Koskela, M. & Nissilä, N. 2018. Näkökulmia viestintätieteisiin - Asiantuntijoiden viestinnästä digitaalisen median mahdollisuuksiin. (Viestinnän ammattilainen erikoisalojen maailmassa -asiantuntijana asiantuntijatietoa välittämässä.) Vaasan yliopiston raportteja 9. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-801-6.pdf [viitattu 6.5.2020].

O'hara, J., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., Watt, I., Wright, J. & Lawton, R. 2018. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicenter survey study. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008106> [viitattu 4.3.2020].

O'Leary, K., Johnson, J., Manojlovich, M., Goldstein, J., Lee, J. & Williams, M. 2019. Redesigning systems to improve teamwork and quality for hospitalized patients (RESET): study protocol evaluating the effect of mentored implementation to redesign clinical microsystems. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4116-z> [viitattu 7.5.2020].

Oulun ammattikorkeakoulu. 2020. Käsitteet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://oamk.fi/amok/emateriaalit/fi/osaamisen-kehittaminen/oppilaitoksen-turvallisuus/tehtava-1/> [viitattu 5.5.2020].

Park, K.-O., Park, S.-H. & Yu, M. 2018. Physicians' Experience of Communication with Nurses related to Patient Safety: A Phenomenological Study Using the Colaizzi Method. *Asian Nursing Research 12/2018*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.06.002> [viitattu 2.3.2020].

Piper, D., Lea, J., Woods, C. & Parker, V. 2018. The impact of patient safety culture on handover in rural health facilities. *BMC health Services Research*. 18:889. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3708-3> [viitattu 3.3.2020].

Potilasturvallisuusyhdistys. 2020. Mitä on potilasturvallisuus? WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://spty.fi/potilaille-ja-omaisille/> [viitattu 5.5.2020].

Potilasvakuutuskeskus. 2017. Potilasturvallisuussanasto. WWW-dokumentti. <https://www.pvk.fi/fi/potilasturvallisuus/keskeisia-termeja/> [viitattu 27.2.2020].

Raesi, A., Rarani, M. & Soltani, F. 2019. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion 2019: 8*. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6796291/> [viitattu 4.5.2020].

Ramsay, N., Maresca, G., Tully, V. & Campbell, K. 2017. Does a multidisciplinary approach have a beneficial effect on the development of a structured patient handover process between acute surgical wards in one of Scotland's largest teaching hospitals? PDF-dokumentti. [viitattu 30.9.2019].

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. *VTT publications 700*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/publications/2008/P700.pdf> [viitattu 5.5.2020].

Ricci-Cabello, I., Marsden, K., Avery, A., Bell, B., Kadam, U., Reeves, D., Slight, S., Perryman, K., Barnett, J., Litchfield, I., Thomas, S., Campbell, S., Doos, L., Esmail, A. & Valderas, J. 2017. Patients' evaluations of patient safety in English general practices: A cross-sectional study. *British Journal of General Practice 7/2017*. PDF-dokumentti. [viitattu 22.10.2019].

Roberts, J., Johnston-Walker, L., Parker, K., Townend, K. & Bickley, J. 2018. Improving communication of patient issues on transfer out of intensive care. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2018-000385>. [viitattu 3.3.2020].

Räisänen, S. & Gissler, M. 2012. Rekisteritutkimus –mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede 24(1)*, 62-69.

Sairaanhoitajaliitto. S.a. Sairaanhoitajan ammatilliset työkalut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/ammatilliset-tyokalut/#> [viitattu 27.4.2020].

Saunbury, E. & Howarth, G. 2016. Improving communication between phlebotomists and doctors: a quality improvement project. PDF-dokumentti. [viitattu 15.5.2020].

Schwarz, C., Hoffmann, M., Schwarz, P., Kamolz, L., Brunner, G. & Sendhofer, G. 2019. A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC Health Services Research*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3989-1> [viitattu 3.3.2020].

Sisäministeriö. 2019a. Maailman turvallisinta maata tekemässä. Sisäministeriön julkaisuja 2019:27. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161676/SM_27_19_Maailman%20turvallisinta%20maata%20tekemassa.pdf [viitattu 5.5. 2020].

Sisäministeriö. 2019b. Turvallisuutta kaikkialla -paikallisen ja alueellisen turvallisuussuunnittelun kansalliset linjaukset. Sisäministeriön julkaisuja 2019:2. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161278/SM_2_2019_Turvallisuutta%20kaikkialla.pdf [viitattu 5.5. 2020].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Suomalainen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3/2009. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1 [viitattu 8.5.2020].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9/2017. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 21.1. 2018].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1/2020. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM_2020_1_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 11.5. 2020].

Sowan, A., Leibas, M., Tarriela, A. & Reed, C. 2019. Nurses' Perceptions of a Care Plan Information Technology Solution With Hundreds of Clinical Practice Guidelines in Adult Intensive Care Units: Survey Study. PDF-dokumentti. [viitattu 8.5.2020].

Stakes. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Stakesin työpapereita 28/2006. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1> [viitattu 21.3.2018].

Stevens, K. et al. 2017. Operational Failures Detected by Frontline Acute Care Nurses. PDF-dokumentti. [viitattu 18.5.2020].

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapa. Helsinki. Kirjayhtymä.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvätiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest 2018: 48/4*. PDFdokumentti. [viitattu 2.3.2020].

Tarling, M., Jones, A., Murrells, T. & McCutcheon, H. 2017. Comparing safety climate for nurses working in operating theatres, critical care and ward areas in the UK: a mixed methods study. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016977>. [viitattu 10.3.2020].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus> [viitattu 10.3.2020].

Tomazoni, A., Rocha, P., Ribeiro, M., Serapiã, L., Souza, S. & Manzo, B. 2017. Perception of nursing and medical professionals on patient safety in neonatal intensive care units. PDF-dokumentti. [viitattu 18.5.2020].

Topcu, I., Türkmen, A., Sahiner, N., Savaser, S. & Sen, H. 2017. Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures. *Journal of Pakistan Medical Association*. Vol 67, no 4. PDF-dokumentti. [viitattu 3.3.2020].

Tulimäki, A. 2012. Mitä on turvallisuus? WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://erikoissuojaus.wordpress.com/2012/03/22/mita-on-turvallisuus/> [viitattu 3.3.2020].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu laitos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valvira. 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020-2023. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sosiaali_ja_terveydenhuollon_valtakunnallinen_valvontaohjelma_2020_2023.pdf/25bf2713-b705-e124-8ab6-411a92424d4b?t=1583908687387 [viitattu 5.5.2020].

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2019. Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin viestintästrategia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/viestintastrategia/Sivut/default.aspx> [viitattu 6.5.2020].

Varallo, F., Passos, A., Nadai, T. & Carvalho Mastroianni, P. 2018. Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017026403346> [viitattu 15.5.2020].

Volmanen, P. & Alahuhta, S. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? *Finnanest* 2015:48. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/volmanen_alahuhta_olemmeko_potilasturvallisuuden_edistamisen_eturintamassa.pdf [viitattu 6.5.2020].

Welp, A. & Manser, T. 2016. Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety – development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Services Research* 2016 16:281. PDF-dokumentti. Saatavissa: DOI 10.1186/s12913-016-1535-y [viitattu 4.3.2020].

Westbrook, J., Raban, M., Walter, S. & Douglas, H. 2018. Task errors by emergency physicians are associated with interruptions, multitasking, fatigue and working memory capacity: a prospective, direct observation study. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://qualitysafety.bmj.com/10.1136/bmjqs-2017-007333>. [viitattu 11.3.2020].

Yang, X., Park, T., Siah, T., Ang, B. & Donchin, Y. 2015. One size fits all? Challenges faced by physicians during shift handovers in a hospital with high sender/recipient ratio. *Singapore Medical Journal* 2015; 56(2): 109-115. PDF-dokumentti. [viitattu 11.3.2020].

Zhang, X., Diemer, G., Lee, H., Jaffe, R. & Papanagnou, D. 2019. Finding the 'QR' to Patient Safety: Applying Gamification to Incorporate Patient Safety Priorities Through a Simulated 'Escape Room' Experience. PDF-dokumentti. [viitattu 15.5.2020].

Aineiston luokittelu

Yksinkertaistettu ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>Kotiutusvaiheessa; Potilas kotiutumassa; Potilas kotiutunut sairaalasta; Osastolta oliin yhteydessä kotiutuksen jälkeen;</p> <p>Kotiutettiin osastolta; Kotiutettiin sairaalasta; Potilas ollut kotiutumassa; Potilas kotiutumassa; Potilaan kotiutuksessa; Potilas kotiutunut osastolta; Potilas kotiutunut palvelutaloon</p>	Kotiutusvaihe	Hoitovastuun päättymisen
<p>Potilas ollut siirtymässä osastolta toiselle; Potilaan hoito toteutunut kahdessa yksikössä;</p> <p>Potilas siirtymässä jatko- hoito-osastolle; Potilas siirtynyt vastuuyksiköstä toiseen;</p> <p>Potilas jo siirtymässä; Potilas siirtynyt kiireellisesti toiseen yksikköön; Potilas siirretty toiseen yksikköön</p>	Vastuuyksikkösiirto	
<p>Ei mainintaa haavoista teksteissä tai raportissa; Potilaan hoidon jatkoon ei ollut kirjattu mitään kannanottoa; Ei mainintaa insuliinista; Järjestelmän tiedot eivät näy kaikille käyttäjille;</p> <p>Potilaalla ei mukana hoitojakson papereita; Osastojen välisessä raportissa kerrottu, kuvantamisyksikkö ei tietoinen</p>	Tieto ei siirry	Tiedon riittämättömyys

<p>Liikkumiskyvystä annettu väärää tietoa; Hoitosuunnitelmassa ristiriitaisia merkintöjä; Papereissa merkintänä vastaajaviestin jättämisestä kotioidolle</p>	<p>Väärää tietoa</p>	
<p>Ohjeet jääneet epäselviksi; Heikkovointisen potilaan kirjauksissa puutteita; Mukana puutteelliset tiedot; Mukana olevat tiedot puutteellisia; Potilaiden hoitokertomukset puutteellisia; Veritilauksessa epäselvyyttä; Määräys vain osittain toteutettu; Määräykset toteutettu puutteellisesti ja lääkelista ei ajan tasalla</p>	<p>Tieto puutteellista</p>	
<p>Ei ohjattu omaisia; Omainen ei ole tietoinen potilaan tilanteesta; Tieto siirtynyt omaiselta</p>	<p>Henkilökunnan ja omaisten välinen puutteellinen tiedonkulku</p>	<p>Tiedonkulun ongelmat</p>
<p>Virheestä ei ilmoitettu; Ei raportointia heikkovointisuudesta; Yritetty antaa raporttia potilaasta, vastaanottaja ei halua kuunnella; Suullista raporttia ei osaa kertoa; Raportti ollut puutteellinen; Raportilla siirtynyt keskeistä informaatiota; Jatkohoito-osasto pyytänyt raporttia; Aamuvuoroon tullut hoitaja; Aamuhoitaja tiedottanut iltahoitajalle; Potilailta puuttuneet nimirannekkeet vastuuyksikkösiirroissa</p>	<p>Hoitohenkilökunnan välinen puutteellinen tiedonkulku</p>	
<p>Tieto kotiutumisesta ei saavuttanut kotipalveluita; Ilmoitus tehty puhelinvastaajaan; Kotihoidolle tieto kotiutuksesta viiveellä; Ei yhteyttä</p>	<p>Hoitohenkilökunnan ja kotihoidon välinen puutteellinen tiedonkulku</p>	

omaan kotihoitoon; Kotisairaalalle ei ilmoitettu suunnitelmasta		
Lääkärin tekemistä lääkelistan muutoksista tieto ei siirry; Lääkäri päivittänyt lääkelistan, tieto ei siirtynyt hoitajille	Lääkärin ja hoitajan välinen puutteellinen tiedonkulku	
Hajanainen usean lääkärin kokonaisuus; Lääkityksestä vastasi kaksi eri hoitajaa; Useita eri palvelun tarjoajia; Kaksi eri lääkäriä hoitaneet potilasta	Hallitsematon kokonaisuus	Strukturoimattomuus
Osastolla omat käytännöt lääkkeiden antokirjauksiin; Keikkalainen ei toiminut osaston käytännön mukaan; Kaksi eri lääkettä erilaisin ohjein	Monimutkaiset käytännöt	
Havaittu sattumalta; Ajankohta jäi huomaamatta; Huomattiin vasta seuraavana päivänä; Sattumalta huomannut maininnan haavasta; Luki tiedon muutoksesta tekstistä ja huomasi ettei muutosta tehty lääkelistalle; Potilas lähdössä, kun huomattiin	Tiedonkulun sattumanvaraisuus	
Tieto allergiasta olemassa, mutta valmistetta ei osattu yhdistää siihen; Liian lyhyt varoitusaika; Ei pystytty varautumaan	Puutteellinen valmistautuminen	
Haavatuotteita ei laitettu mukaan; Lääkemuutoksia tehty, uusia lääkkeitä ei mukana; Uusia lääkkeitä ei annettu mukaan	Hoidon jatkuvuuden ongelmat	Seuraukset potilaalle

<p>Kotiutus siirtyi tarpeettomasti; Näytteiden otto viivästyi; Lääkityksen aloitus viivästynyt; Viivästymä useita tunteja; Hoito viivästynyt</p>	<p>Hoidon viivästymä</p>	
<p>Lääkitystä ei annettu ohjeen mukaan; Lääkitys toteutunut väärin; Potilas saanut lääkkeen kahdesti eri yksiköissä; Potilas saanut jo lopetettua lääkettä; Uusi lääkitys aloitettu ilman seurantaa; Potilas saanut valmistetta, jonka ainesosalle on allerginen; Molempien vuorojen hoitaja vienyt lääkkeen potilaalle; Hoitajilla käytössä eri lääkelista kuin lääkärillä; Opiaattilaastari jäänyt irrallisena kaappiin</p>	<p>Väärin toteutunut lääkitys</p>	
<p>Siirron välissä käynyt röntgenissä, missä elvytetty; Sekavan potilaan vointi heikentynyt sedaation myötä; Ei toimenpiteitä heikkovointisuuden; Riski hoitajille ja potilaalle</p>	<p>Puutteelliset toimenpiteet</p>	
<p>Ylimääräistä työtä seuraavalle päivälle; Ylimääräistä työtä; Useita tehtäviä kotihoidolle; Tehtävä jäänyt hoitokodin vastuulle</p>	<p>Lisätyötä</p>	<p>Seuraukset henkilökunnalle</p>

Tutkimustaulukko

Tekijät, julkaisu- vuosi, maa	Tarkoitus	Aineisto ja menetelmä	Keskeisimmät tulokset
Jylhä, V., Bates, D., Saranto, K. 2016. Suomi	Kuvata tiedonkulun potilasturvallisuusti- lanteita ja tunnistaa turvallisen tiedonkulun kriittisiä tekijöitä.	813 tiedonkulun vaa- ratapahtumailmoitusta (n=813) Deduktiivinen sisäl- lönanalyysi	Tulokset osoittivat, että suurin osa tapah- tumista tapahtui tied- don jakeluvaiheessa. Yleisimmät tapaukset kuuluivat kirjallisen tiedonsiirron ja vies- tinnän luokkaan; li- säksi monet näistä ta- pauksista liittyivät lää- kitykseen. Tietojen- hallintaprosessin eri vaiheissa oli paljon epätarkkoja tietoja ja puutteita.
Ede, J., Westgate, V., Petricic, T., Dar- byshire, J., Watkin- son, P. 2019. Iso-Britannia	Kartoittaa inhimillisten tekijöiden vaikutusta hoidon tehostumiseen akuuttisairaalaympä- ristössä.	PRISMA-P	Inhimillisten tekijöiden ymmärtäminen on keskeistä, kun kehite- tään työtapoja, jotka vähentävät esteitä ja helpottavat hoidon no- peaa tehostamista.
Farzi, S., Moladoost, A., Bahrami, M., Farzi, S., Etminani, R. 2017. Iran	Selvittää potilasturval- lisuuskulttuuria teho- hoitoyksiköiden sai- raanhoitajien näkökul- masta	Tehohoitajien kysely- vastaukset (n=367) Kuvaileva tilastoana- lyysi	Turvallisuuskulttuurin 12 eri ulottuvuudesta tehohoitajat pisteytti- vät korkeimmaksi yk- sikön tiimityön ja al- haisimmaksi vuoron- vaihtoraportit ja poti- lassiirrot.
Farzi, S., Saghaei, M., Irajpour, A., Ravaghi, H. 2018. Iran	Selvittää potilasturval- lisuutta uhkaavien ta- pantumien esiintymis- tiheys ja tahtumien vakavuus tehohoi- toyksiköiden tervey- denhuollon ammatti- laisten näkökulmasta.	Terveysthuollon ammattilaisten kysely- vastaukset (n=306) Kuvaileva tilastoana- lyysi	Viimeisimmän kuu- kauden aikana 91,2% vastaajista oli ilmoitta- nut vähintään yhden lääkitysvirheen, 75,6% vähintään yh- den ventilaattoripneu- monian ja 74,2% vä- hintään yhden kesto- katetriin liittyvän virt- siitin.
Ferorelli, D., Zotti, F., Tafari, S., Pezzolla, A., Dell'Erba, A. 2016. Italia	Arvioida potilasturval- lisuuskävelyiden to- teuttamismallin käyt- töä italialaisessa sai- raalassa ottamalla käyttöön parametrisiä indeksejä, tutkimus- työkaluja ja prosessin indikaattoreita	Henkilökunnan haas- tattelu ja kyselyt kuu- kausittain Vincent-mallin mukai- nen tulosten luokittelu ja riskin arviointi ris- kiprioriteetti-indeksillä	Potilasturvallisuuskä- velyiden johdonmu- kaisuus on hyvä vä- line hoidon laadun pa- rantamiseksi.
Göras, C., Olin, K., Unbeck, M., Pukk- Härenstam, K., Eh- renberg, A., Tessma, M., Nilsson, U., Ek- stedt, M.	Kuvata tehtävien tyyppi ja esiintymis- tiheys, multitaskaami- nen, keskeytykset ja niiden syyt leikkaus- salissa.	169 tuntia havainnoi- tia, 261 tehtävätuntia WOBAT-työkalu	Kokonaisuudessaan 48,2% ajasta työsken- tely koostui multitas- kaamisesta. Keskey- tyksiä esiintyi keski- määrin 3 tunnissa,

2019. Ruotsi			26,7% liittyi välineisiin ja jatkuin usein konsultaationa.
Hwang, J., Ahn, J. 2014. Etelä-Korea	Tarkastella ryhmätyön tasoa ja sen suhteita sairaanhoitajien kliiniseen virheraportointiin korealaisessa sairaalassa.	Kahden opetussairaalan hoitajien kyselyvastaukset (n=674) Logistinen regressioanalyysi	522 hoitajaa vastasi kokeneensa vähintään yhden kliinisen virheen viimeisen 6 kuukauden aikana, näistä 53% ilmoitti raportivansa virheestä aina tai useimmiten. Hyvän tiimityön koettiin korreloivan positiivisesti virheistä ilmoittamisen kanssa.
Khan, A. et al. 2018. Yhdysvallat	Selvittää muuttuivatko kliiniset virheet, omaisten kokemus ja viestintä prosessit intervention implementoinnin jälkeen.	Pediatriiset yksiköt 7 sairaalassa (3106 vastaanottoa, 13171 hoitopäivää) Prospektiivinen ennen-jälkeen-asetelma: kliinisten virheiden määrä, omaisten kokemus, kommunikation taso	Virheiden kokonaismäärä pysyi muuttumattomana, mutta haittatapahtumien määrä väheni 37,9%, omaisten tyytyväisyys parani.
Kirkendall, E., Ni, Y., Lindgren, T., Leonard, M., Hall, E., Melton, K. 2019. Yhdysvallat	Tuoda esiin haasteita, jotka liittyvät terveydenhuoltojärjestelmän tuottaman tiedon reaaliaikaiseen käsitteilyyn ja tulosten tarkkaan tulkintaan.	Tutkijoiden kokemukset	Haasteita todettiin 8 päätyyppiä ja 13 alatyypia.
Lang, A., Simmonds, M., Pinchin, J., Sharples, S., Dunn, L., Clarke, S., Bennett, O., Wood, S., Swinscoe, C. 2019. Iso-Britannia	Tunnistaa työpaikan tehokkuuden ja hoidon laadun muutos uuden tekniikan laajamittaisen käyttöönoton seurauksena.	85 tuntia havainnointiaineistoa, 40 haastattelua. Pitkittäinen analyysi kriittisen hoidon analyyseistä.	Lääkäreiden työaika kansliassa väheni 68,7% - 25,6%, potilaan kohtaamisaika oli yli kaksinkertainen (2,9% - 7,3%), suunnittelemattomien toimenpiteiden määrä väheni noin 10%.
Park, K., Park, S., Yu, M. 2018. Etelä-Korea	Ymmärtää lääkäreiden kokemuksia sairaanhoitajien kanssa kommunikoinnista.	Lääkäreiden haastattelut (n=10) Colaizzin fenomenologinen metodi	Kommunikaatiokokemusten perusteella tulokset jaettiin kuuteen luokkaan: (a) "Monimutkaiset tilanteet ja raskas rooli, jolla ei ole varaa turvallisuuteen" (b) "Ylimmän aseman pakottaminen arvovaltaisessa ympäristössä" (c) "Erilaiset näkökulmat potilaiden hoitoon ja vaikeudet suhteiden luomisessa" (d) "Keskeisten vihjeiden kommunikointi ja palautteen vastaanottaminen toisiltaan", e) "Apaattiset sopimukset pikemminkin kuin parannukset" ja (f)

			"Vähitellen kehittävä toisiaan täydentävää viestintää."
Piper, D., Lea, J., Woods, C., Parker, V. 2018. Australia	Selvittää potilasraportin vaikutusta potilasturvallisuuden yleisiin käsityksiin ja muiden potilasturvallisuusulottuvuuksien vaikutusta potilasraportointiin.	Kyselytutkimuksen vastaukset (n=1587) Hierarkkinen multilineaarinen regressioanalyysi sekä induktiivinen sisällön analyysi	Tehokas potilasraportti liittyy merkittävästi potilasturvallisuuskäsityksiin.
Ramsay, N., Maresca, G., Tully, V., Campbell, K. 2018. Iso-Britannia	Varmistaa, että 95% potilassiirroista käytetään peruspotilasraporttia 2 kuukauden kuluessa.	Haastattelut PDSA	84% potilassiirroista sisälsi kiitettävän potilasraportin, 90% henkilökunnasta koki raporttimallin tekevän siirrosta sujuvamman, 80% koki mallin lisäävän potilasturvallisuutta ja hoidon laatua.
Ricci-Cabello, I. et al. 2017. Iso-Britannia	Tarkastella potilaan kokemuksia ja tuloksia potilasturvallisuudesta perusterveydenhuollossa.	Randomoidun potilasaineiston kyselyvastaukset (n=1244) Tilastoanalyysi	45% vastaajista ilmoitti kokeneensa vähintään yhden turvallisuusongelman edellisen 12 kuukauden aikana. Näistä 33% liittyi vastaanottoihin, 17% diagnoosiin ja 15% terveydenhuollon työntekijän kommunikointiin.
Roberts, J., Johnston-Walker, L., Parker, K., Townend, K., Bickley, J. 2018. Uusi-Seelanti	Kehittää potilaan hoidon tarpeiden dokumentaatiota potilaan lähtiessä teho-osastolta.	50 potilasraporttidokumenttia PDSA, tilastolliset menetelmät	Hoidon tarpeiden dokumentointi nousi 1,8 – 3,85.
Schwarz, C., Hoffmann, M., Schwarz, P., Kamolz, L., Brunner, G., Sendlhofer, G. 2019. Itävalta	Tunnistaa potilasturvallisuusriskejä kotiutuskirjeeseen (eng. medical discharge letter) liittyen.	29 tutkimusta Systemaattinen kirjallisuus katsaus	Tunnistettuja riskitekijöitä olivat viivästynyt kirjeen lähettäminen, vaikeaselkoisuus, heikko laatu ja osamattomuus kirjeen laatimiseen.
Topcu, I., Türkmen, A., Sahiner, N., Savaşer, S., Sen, H. 2017. Turkki	Selvittää lääkäreiden ja hoitajien kommunikaatio-ongelmiin liittyvät lääketieteelliset virheet.	Strukturoidun haastattelun vastaukset (n=2273) Tilastolliset menetelmät	54% lääkäreistä ja 52,3% hoitajista oli kokenut kommunikaatioon liittyvän virheen, yleisimmät lääkehoidon virheet liittyivät kommunikaatioon.
Helmiö, P. 2015. Suomi	Kuvata ja analysoida korva-, nenä- ja kurkkutautien alan kirurgisesta hoidosta aiheutuneita potilasvahinkoja ja niihin johtaneita mekanismeja.	188 korvattua potilasvahinkotapausta. Retrospektiivinen katsaus	4,8% potilasvahingoista olisi ollut estettävissä WHO:n tarkastuslistan käytössä
Batista, J., Almeida Cruz, E., Alpendre, F., Paixão, D., Gaspari, A., Mauricio, A. 2019. Brasilia	Analysoida kommunikaatioon liittyviä turvallisuuskulttuurin ulottuvuuksia hoitotieteen näkökulmasta.	Kyselyvastaukset (n=158) Analyttinen ja kuvallinen tilastoanalyysi	Kirurgisen potilaan turvallisuuden mikään osa-alue ei näyttäytynyt vahvana. Hoitajat pitivät vähemmän negatiivisena virheistä

			keskustelun kuin lääkärin.
Biasibetti, C., Hoffmann, L., Rodrigues, F., Wegner, W., Rocha, P. 2019. Brasilia	Analysoida terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan omaisten näkemyksiä viestinnästä potilasturvallisuuden näkökulmasta.	Puolistrukturoidut haastattelut (n=138) Temaattinen sisällönanalyysi	Tulokset jaettiin kahteen luokkaan "Esteet tehokkaalle viestinnälle" ja "Työkalut viestinnän parantamiseksi". Erityisesti omaisten mukaan ottamisen osaksi hoitoa havaittiin keskeiseksi toimenpiteeksi.
Corpolato, R., Mantovani, M., Willing, M., Andrade, L., Mattei, A., Arthur, J. 2018. Brasilia	Standardoida vuorovaihto teho-osastolla	Puolistrukturoidut haastattelut (n=15) Kuvaileva analyysi, sisällön oikeellisuudesta	Suunnitellut menetelmät paransivat tiedonkulkua, vahvistivat potilasturvallisuutta ja vähensivät kommunikaatiovirheiden riskiä.
Larsson, A., Westberg, M., Karlqvist, L., Gard, G. 2018. Ruotsi	Kuvata henkilöstön käsityksiä turvallisuuskulttuurista ja käytännöistä sekä ehdotuksia parannuksiksi kotihoidon ympäristössä.	Kysely ja haastattelu (n=133) ANOVA, laadullinen sisällönanalyysi	Keskeisiksi kehittämiskohteiksi havaittiin: tarve määritellä ja sopia kriteerit turvallisuudelle työympäristölle, johtamisen priorisointi työn turvallisuuteen sekä johto, joka pystyy tarjoamaan luottamusta, tukea ja aikaa. Näiden edellytyksiksi havaittiin viestinnän parantaminen kaikkien osapuolten välillä.
Leenstra, N., Johnson, A., Jung, O., Holman, N., Hofstra, L., Tulleken, J. 2018. Alankomaat	Tarkastella vuorovaihtoraportin sisältöjä tiedonsiirron lisäksi.	Haastattelut (n=21)	Vuorovaihtoraportilla havaittiin olevan kolme keskeistä sisältöä: tiedonsiirto, yhteinen ymmärrys ja päätöksenteon tehostaminen sekä oppiminen.
Liu, J., Rotteau, L., Bell, C., Shojania, K. 2019. Kanada	Tunnistaa esteitä potilasvalitusten systemaattiselle käytölle toistuvien laatuongelmien ratkaisemiseksi.	Puolistrukturoitu haastattelu (n=21) Temaattinen sisällönanalyysi	Esteiksi tunnistettiin muun muassa järjestelmäajaiset ongelmat, heikkojen muutost strategioiden käyttö ja valitusten käsittely väärällä taholla,
Lu, W., Goolsarran, N., Hamo, C., Frawley, S., Rowe, C., Lane, S. 2016. Yhdysvallat	Parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua sekä mahdollistaa käytännön tiimityöskentelytaitoja ja asenteita potilasturvallisuuteen.	Haastattelu 76 osallistujaa (n=76) Tilastolliset menetelmät	Yli 90% osallistujista koki, että opitut turvallisuuskonseptit parantavat tarjotun hoidon laatua.
Mira, J., Guilabert, M., Pérez-Jover, V., Lorenzo, S. 2012. Espanja	1. Kuvata potilaiden saaman tiedon tyyppiä. 2. Selvittää pitivätkö potilaat näitä tietoja riittävinä ja auttavatko ne parantamaan kliinistä turvallisuutta. 3. Tunnistaa	Kysely lääkäreille (n=327), kysely potilaille (n=764) Tilastonianalyysi	Vain 35,1% potilaista halusi tehdä lopullisen päätöksen kliinisissä päätöksissä. Ikä ja sairauden vakavuus lisäsivät taipumusta passiiviseen rooliin.

	esteen potilaiden osallistumiselle kliiniseen päätöksentekoon.		85,1% ilmoitti saaneensa riittävästi tietoa. Vain 19,6% lääkäreistä koki voivansa puuttua potilaiden osallistumiseen päätöksenteossa.
Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W., Stock, S. 2018. Sveitsi	Tehdä yhteenveto IS-BAR:n toteutuksen vaikutuksista potilasturvallisuuteen.	11 tutkimusta (n=11) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kohtalaisia todisteita potilasturvallisuuden parantumisesta IS-BAR-menetelmän käyttöönoton jälkeen, erityisesti puhelimitse tapahtuvassa viestinnässä.
O'Hara, J., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., Watt, I., Wright, J., Lawton, R. 2018. Iso-Britannia	Ymmärtää potilaiden ilmoittamien turvallisuusongelmien esiintyvyyttä ja luonnetta sairaalassa.	Potilaspalautteet (n=2471) Sisällönanalyysi, kliininen arviointiprosessi	Keskeisimmiksi ongelmiksi havaittiin kommunikaatio (22%), henkilöstöressurit (13%) ja ongelmat hoitoympäristössä (12%).
Tarling, M., Jones, A., Murrells, T., McCutcheon, H. 2017. Iso-Britannia	Ymmärtää turvallisuuskulttuurin merkitys hoitotyössä ja selvittää mahdollisia variaation lähteitä.	Kysely (n=319), Poikkileikkaustutkimus, haastattelu (n=23) temaattinen analyysi	Eri erikoisalojen välillä oli tilastollisesti merkittävä ero johdon sitoutumisessa. Leikkauslaitosten välillä oli alhaisemmat pisteet verrattuna osastojen hoitajiin. He myös ilmoittivat negatiivisemmän käsityksen johtamisesta. Temaattisessa analyysissä tunnistettiin teemoiksi inhimilliset tekijät, kliininen hoito ja potilaiden suojaaminen.
Welp, A., Manser, T. 2016. Saksa.	Kuvata tiimityön, ammatillisen hyvinvoinnin ja potilasturvallisuuden välisen suhteen tutkimuksen nykytilasta.	98 tutkimusta Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tutkittavien tekijöiden välille löytyi tukea, joskin olemassa olevissa tutkimuksissa oli useita käsitteellisiä ja metodologisia rajoitteita.
Westbrook, J., Raban, M., Walter, S., Douglas. 2017. Australia	Arvioida keskeytysten ja multitaskaamisen vaikutuksia lääkemääräysvirheisiin.	36 lääkärinä, haastattelu, 120 tuntia havainnointia Monimuuttuja-analyysi	Lääkärit keskeytettiin keskimäärin 7,9 kertaa tunnissa. 239 lääkemääräystä sisälsi 208 virhettä. Lääkemääräyksiä tehdessä lääkärit keskeytettiin keskimäärin 9,4 kertaa tunnissa. Virhemäärät kasvoivat merkittävästi, kun lääkäri keskeytettiin tai hän multitaskasi.
Yang, X., Park, T., Siah, T., Ang, B., Donchin, Y. 2015. Singapore	Selvittää lääkäreiden haasteita vuorovaihtoraportissa	152 vuorovaihtoraportin havainnointia (n=152) 102 kirjallista potilasturvallisuusraporttia (n=102) Varianssianalyysi	Tuloksissa havaittiin puutteita tiedonsiirrossa ja ei-muokattavien tunnisteiden toteuttamisessa. Raporttitilanteet olivat

			kaottisia, niiden paikkaa tai aikaa ei ollut suunniteltu.
Klingberg, K., Gadelhak, K., Jegerlehner, S., Brown, A., Exadaktylos, A., Srivastava, D. 2018. Sveitsi	Arvioida epäkunnioittavan käytöksen vaikutusta päivityksen lääkäreissä.	Kyselyvastaukset (n=50) Tilastanalyysi	9% vastaajista ilmoitti kokevansa epäkunnioittavaa käytöstä viikoittain, 38% kuukausittain, 49% harvemmin kuin kuukausittain, mutta kuitenkin vuosittain. Epäkunnioittava käytös oli yleisempää työyksikön ulkopuoliselta henkilökunnalta kuin työyksikön sisällä, sitä esiintyi erityisesti akuuteissa tilanteissa.
O'Leary, K., Johnson, J., Manojlovich, M., Goldstein, J., Lee, J., Williams, M. 2019. Yhdysvallat	Tunnistaa onnistuneen implementaation tekijät ja strategiat sekä arvioida vaikutuksia hoidon laatuun.	Havainnointi Haastattelu Tietokoneavusteinen laadullinen data-analyysi	Keskeisimmiksi tekijöiksi havaittiin tiimityöilmapiiri, jota arvioidaan turvallisuusasenteiden avulla sekä haittatapahtumien ilmaantuvuus.
Saunbury, E., Howarth, G. 2016. Iso-Britannia	Parantaa flebotomistien (Suomessa laboratoriohoitaja tai bioanalytikko) ja lääkäreiden välistä kommunikaatiota.	Kysely (n=31) Kuvaileva tilastoanalyysi	Intervention jälkeen ottamattomia verinäytteitä on 0%.
Corbally, M. 2014. Bahrain	Parantaa potilasturvallisuutta WHO:n kehittämän leikkaussalin tarkastuslistan ja Time Out-menettelyn avulla	Artikkelikatsaus	Inhimillisten virheiden ja monimutkaisten sairaalaympäristöjen yhdistelmä voi hävittää jopa vankat turvallisuusrakenteet ja yksinkertaisen terveen järjen.
Hassen, Y., Singh, P., Pucher, P., Johnston, M., Darzi, A. 2017. Iso-Britannia	Arvioida systemaattisesti kirurgisen osaston ympäristöä rakenteellisten tekijöiden näkökulmasta turvallisen hoidon laatumarkkereiden tunnistamiseksi.	Puolistrukturoitu haastattelu (n=35) Sisällönanalyysi	Neljä virhealtista prosessi tunnistettiin: osastokierrot, lääkemääräys ja toteutus, poikkeavuudet sekä kommunikaation puutteet.
Mills, P., Weidmann, A., Stewart, D. 2017. Iso-Britannia	Havainnoida lääkemääräyksiin ja kotiutuksiin liittyvää kommunikaatiota elektronisen järjestelmän käyttöönoton jälkeen.	Haastattelu (n=19) Deduktiivinen sisällönanalyysi	Havaittiin, että ennen järjestelmän käyttöönottoa kuvatut haasteet ja potilasturvallisuusongelmat ratkesivat pääsääntöisesti järjestelmän käyttöönoton jälkeen.
Zhang, X., Diemer, G., Lee, H., Jaffe, R., Papanagnou, D. 2019. Yhdysvallat	Havainnoida syventävän oppimiskokemuksen merkitystä pelillistämisen kautta potilasturvallisuuden prioriteettien tunnistamisessa.	Kysely (n=102) Temaattinen analyysi	Tuloksista havaittiin, että osallistujat tunnistivat tiimityön ja kommunikaation tärkeimmiksi toiminnoiksi suoriutuakseen tehtävästä menestyksekk-

			käästi. Osallistujat kokivat menetelmät kehittäneen heidän osaamistaan potilasturvallisuudesta.
Sowan, A., Leibas, M., Tarriela, A., Reed, C. 2019. Yhdysvallat	Arvioida sairaanhoitajien näkemyksiä hoitosuunnitelmaratkaisun käytettävyydestä.	Kysely (n=100) Kuvaileva tilastoanalyysi, sisällönanalyysi	80% vastaajista koki järjestelmästä puuttuvat potilasturvallisuuskäsitteitä.
Stevens, K., et al. 2017. Yhdysvallat	Ymmärtää paremmin hoitajien kokemuksia virheistä sekä kuvata virheiden määrää ja kategorioita.	Hoitajien (n=774) virheilmoitukset (n=27298) Kuvaileva tilastoanalyysi	Virheitä tapahtui keskimäärin 6,01/työvuoro, eniten virheitä tapahtui kategoriassa Välineet ja vähiten Työympäristössä. Virheiden esiintyvyydessä ei ollut eroja verrattaessa sairaalan kokoa, opetusstatusta tai erikoisalaa.
Varallo, F., Passos, A., Nadai, T., Carvalho Mastroianni, P. 2017. Brasilia	Tunnistaa tekijät, jotka vähentävät henkilökunnan motivaatiota ilmoittaa potilasturvallisuuspoikkeamista ja löytää strategiat ilmoitusten tekemisen lisäämiseksi.	Ryhmähaastattelu (n=65)	Virheiden hyväksymättömyyden ja kunnianhimon havaittiin vähentävän virheistä ilmoittamista. Uutena esteenä havaittiin vastuuttomuus. Osa vastaajista koki, että virheistä ilmoittaminen kuuluu hoitajan tehtäviin. Kehittämiskohdeiksi todettiin palautteenanto, koulutus ja yksinkertaisemmat raportointikanavat.
Alzahrani, N., Jones, R., Abdel-Latif, M. 2019. Saudi-Arabia	Tutkia ja vertailla ensiapuosaston lääkäreiden ja hoitajien potilasturvallisuusasenteita.	Puolistrukturoitua haastattelu (n=20)	Kaikilla vastaajilla oli joitain samankaltaisuuksia potilasturvallisuusasenteissa. Hoitajat kuitenkin ilmoittivat lääkäreiden kunnioituksen puutteesta tiimityötä kohtaan, kommunikaatio-ongelmista sekä turvallisuusasenneongelmista. Potilasturvallisuuskulttuurin toteuttamiselle tunnistettiin esteiksi resurssit, tiimityön ongelmat, puutteet kommunikaatiossa sekä puutteet virheistä ilmoittamisessa.
Brasaité, I., Kaunonen, M., Martinkénas, A., Mockiené, V. 2016. Liettua	Kuvata terveydenhuollon ammattilaisien taitoja potilasturvallisuudesta.	Kysely (n=102) Kuvaileva tilastoanalyysi	Tuloksissa havaittiin, että terveydenhuoltohenkilökunta arvioi olevansa päteviä turvallisuusosaamisensa suhteen. Korkeimaksi osa-alueeksi nousi potilasturvalli-

			suusuhkien välttäminen (keskiarvo 3,31) ja seuraavana oli virheanalyysi (keskiarvo 3,09). Tuloksista havaittiin, että hoivaavustajat tarvitsevat eniten johdin ja kollegoiden tukea potilasturvallisuustaitojen kehittämisessä.
Tomazoni, A., Rocha, P., Ribeiro, M., Serapião, L., Souza, S., Manzo, B. 2017. Brasilia	Kuvata potilasturvallisuutta hoitotyön ja lääketieteen ammattilaisten näkökulmasta vastasyntyneiden teho-osastolla.	Kysely (n=28) Temaattinen sisälönanalyysi	Tuloksista havaittiin seuraavat luokat potilasturvallisuus käsitkset ja strategiat, riskitekijät sekä haasteet virheistä raportoinnissa.