

Vaaratapahtumajärjestelmä osana johtamista

LAB-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidaja (YAMK)
Kehittämisen ja johtamisen koulutus
2023
Laura Matikainen

Tiivistelmä

Tekijä Laura Matikainen	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika 2023
	Sivumäärä 37	
Työn nimi Vaaratapahtumajärjestelmä osana johtamista		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoitaja, Sosiaali- ja terveysala (YAMK)		
Toimeksiantajaorganisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) Lappeenrannan Työterveys Oy		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyö käsittelee terveydenhuollon vaaratapahtumajärjestelmää osana johtamista ja sitä, millaiset tekijät vaikuttavat vaaratapahtumajärjestelmän käyttöön. Vaaratapahtumajärjestelmä on osa potilasturvallisuutta sekä organisaation laadunhallintajärjestelmää. Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Lappeenrannan Työterveys Oy:n laadunhallintajärjestelmän kehittämistarpeesta. Tämän kuvailvan kirjallisuuskatsauksen aineisto ja tulokset toimivat pohjana Lappeenrannan Työterveyden vaaratapahtumajärjestelmän kehittämiseksi.</p> <p>Opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Opinnäytetyön aineisto rajattiin 19 suomen- ja englanninkieliseen lähteeseen vuosilta 2012–2022. Kerätty aineisto analysoitiin ja menetelmänä käytettiin teemoittelua, jonka jälkeen tehtiin johtopäätökset.</p> <p>Vaaratapahtumille altistavia tekijöitä on lukuisia tilojen siisteydestä ja toimivuudesta aina monitulkintaisiin ohjeisiin ja henkilöstön voimavaroihin. Vaaratapahtumien vähentämisessä ja potilasturvallisuuden lisäämisessä johtaminen on kaiken toiminnan alku. Johdon tuki ja sitoutuminen potilasturvallisuuden parantamiseen sekä vaaratapahtumajärjestelmän aktiiviseen käyttöön on tärkeää. Potilasturvallisuuden kehittäminen ja vaaratapahtumajärjestelmän aktiivinen käyttö tarvitsee avoimen ja hyväksyvän työilmapiirin, jossa työkuultuuriin kuuluu säännöllisesti käydä vaaratapahtumat läpi yhdessä henkilöstön kanssa. Potilaiden ja omaisten huomioiden potilasturvallisuudesta ja vaaratapahtumista tulisi saada paremmin esiin.</p> <p>Jatkotutkimusaiheet: Potilaan osallistamisen tukeminen vaaratapahtumien ennaltaehkäisijänä. Riskien arviointi ja vaaratapahtumajärjestelmä yhdessä nostamassa potilasturvallisuutta.</p>		
Asiasanat Potilasturvallisuus, vaaratilanne, työturvallisuus, johtaminen		

Abstract

Author(s)	Type of Publication	Published
Laura Matikainen	Thesis, UAS	2023
	Number of Pages	
	37	
Title of Publication		
Patient safety incident system in management		
Degree, Field of Study		
Master of health and social care		
Organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party)		
Lappeenrannan Työterveys Oy		
Abstract		
<p>The subject of the thesis is the patient safety incident system of health care as part of management, and the type of factors which affect the use of the patient safety incident system. The patient safety incident system is a part of patient safety and the quality management system of the organisation. The subject of the thesis sprang from the need to develop the quality management system of Lappeenrannan Työterveys Oy (Lappeenranta Occupational Health). The material and results of this descriptive literary review form the basis for the development of the patient safety system of Lappeenrannan Työterveys.</p> <p>The thesis is a descriptive literary review, carried out as a qualitative study. The material for the thesis was limited to 19 Finnish and English language sources from the period 2012 to 2022. The collected material was analysed, and theming was used as a method, after which conclusions were drawn.</p> <p>There are many factors which bring about potential risks for patient safety incidents, from the cleanliness and functionality of the premises all the way to ambiguous instructions and staff resources. Management is the starting point for all efforts to reduce patient safety incidents and improve patient safety. It is important that the managerial staff support and commit to the improvement of patient safety and use the patient safety incident system actively. The development of patient safety and the active use of the patient safety incident system require an open and accepting attitude at the workplace. The work culture must involve going through patient safety incidents with the staff on a regular basis. Observations made by the patients and their family members about patient safety and safety incidents should be emphasised.</p> <p>Themes for further study: Supporting patient involvement in the prevention of patient safety incidents. Risk assessment and patient safety incident system in jointly improving patient safety.</p>		
Keywords		
patient safety, patient safety incident, dangerous situations, management		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Vaaratapahtumajärjestelmä	3
2.1	Vaaratapahtumajärjestelmä osana johtamista	4
2.1	Vaaratapahtumajärjestelmästä kerätty tieto	5
2.2	Vaaratapahtumajärjestelmistä jo tehdyt tutkimukset	7
3	Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	9
4	Lappeenrannan Työterveys Oy	10
5	Opinnäytetyön toteutus	11
5.1	Tutkimuksellinen kehittäminen	11
5.2	Tiedonhaku ja aineiston valinta.....	11
5.3	Aineiston analysointi	13
6	Tulokset.....	15
6.1	Potilasturvallisuuden johtaminen.....	15
6.2	Potilasturvallisuus	16
6.3	Vaaratapahtumat	18
6.3.1	Syyt vaaratapahtumien taustalla	19
6.3.2	Vaaratapahtumajärjestelmän käyttö.....	20
6.3.3	Resilienssi	22
6.4	Prosessit ja toimintamallit	22
6.5	Tiedonhallinta	23
7	Pohdinta	25
7.1	Tulosten tarkastelu	25
7.2	Eettiset näkökohdat ja luotettavuuden arviointi	26
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	27
	Lähteet	29

Liitteet

Liite 1. Aineiston esittely

1 Johdanto

Potilasturvallisuutta on pidetty terveystaloudellisesti yhtenä tärkeimmistä asioista useiden maiden terveystaloudellisuudessa jo vuosien ajan, näin myös Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö on jo vuonna 2009 linjannut ensimmäisessä potilasturvallisuusstrategiassaan, että Suomessa potilasturvallisuus on nostettava eurooppalaiselle tasolle. Potilasturvallisuuden tulee olla osa terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintajärjestelmää. Vaaratapahtumajärjestelmä on tärkeä potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden edistäjä. (Sarste 2012; STM 2020.)

Eri puolilta maailmaa kerättyjen tietojen mukaan, 5–10 % sairaalahoitoon tulevista potilaista on kokenut hoitoonsa liittyvän haittatapahtuman. Haittatapahtumista yksi prosentti oli aseteeltaan vakavia, mikä tarkoittaa pysyvää vammautumista tai kuolemaa. Suurin osa tämän tyyppisistä hoitoon liittyvistä haitoista olisi ennaltaehkäistävissä suunnittelulla, toimivien käytäntöjen luomisella sekä turvallista työympäristöä edistäville toimenpiteillä. (Sarste 2012.) Maailmanlaajuisesti hoidossa tapahtuneiden vaaratapahtumien seurauksena syntyneiden haittojen korjaamiseen kuluu noin 13 % terveydenhuollosta syntyneistä kustannuksista. Näistä kustannuksista noin 9 % on syntynyt tapahtumista, jotka olisivat olleet ennaltaehkäistävissä. Joka kymmenes potilas saa haittatapahtuman sairaalahoitonsa aikana korkean elintason maissa. Terveystaloudellisuudessa tapahtuneet vaaratapahtumat aiheuttavat jopa 6 % kaikista sairaalahoitopäivistä. (STM 2020; OECD 2020.)

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut vuosille 2021–2030 tavoiteohjelman, jonka tavoitteena on vältettävissä olevien haittojen merkittävä väheneminen maailmanlaajuisesti terveydenhuollossa (WHO 2021). Sosiaali- ja terveysministeriö on valtioneuvoston periaatepäätöksessään vuosille 2022–2026 linjannut, että Suomi on asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa vuonna 2026. Tavoitteena on, että Suomessa on käytössä tutkittuun tietoon pohjautuvat kansainväliset suositukset terveydenhuollon toimijoiden ja asiakkaiden parhaaksi. Tavoitteena on välttää vältätettävissä oleva haitta. Olemassa olevia vaaratapahtumajärjestelmiä halutaan uudistaa sekä jo käytössä olevia hyviä toimintatapoja levittää. Tavoitteiden saavuttamiseksi on laadittu mittaristo, jolla voidaan mitata tavoitteen toteutuminen. Yksi mittareista on, että terveydenhuollon toimijat seuraavat aktiivisesti indikaattoreita, jotka voivat johtaa vaaratapahtumaan. Vaaratapahtumien raportoinnissa on pyrittävä reaaliaikaisuuteen. Asiakas- ja turvallisuuskeskus seuraa tavoitteeseen pääsyä vuosittain strategiakauden ajan. (STM 2022.) Terveystaloudellisuuden toimijoilta vaaditaan omavalvontasuunnitelma, sekä avoin raportointi vaaratapahtumista kolmen kuukauden välein. Raportoinnin voi toteuttaa esimerkiksi asiakastiedotteella omalle asiakasryhmälle. Säännöllisen ilmoittamisen tarkoitus on antaa myös asiakkaille mahdollisuus ja rohkeus ilmoittaa havaitsemistaan

vaaratapahtumista tai laadun poikkeamista. (Knuutila ym. 2007; Seppä 2008; Sarste 2012; STM 2022.)

Tärkeää on ymmärtää, että vaaratapahtumia tapahtuu kaikissa sosiaali- ja terveysalan prosesseissa aina potilastietojärjestelmistä puutteelliseen hoitotapahtuman kirjaamiseen, kuin lääkkeidenantotilanteissakin. Vaaratapahtumia ovat yhtä lailla potilaaseen kohdistuvassa hoidossa tapahtuvat vaaratapahtumat, kuin ne vaaratapahtumat, jotka vaarantavat työntekijän oman terveyden ja turvallisuuden työtehtävää hoitaessa tai johdon antama puutteellinen ohjeistus tai epäselvä ja monitulkintainen viestintä. Vaaratapahtumajärjestelmällä ei siis suojata vain potilasta, vaan parannetaan myös henkilöstön työturvallisuutta. (Sarste 2012.)

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen myös kansallisella tasolla. Valtioneuvostonasetus toteaa hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä, että työterveyshuollolla tulee olla hyvää työterveyshuoltokäytäntöä noudattava kirjallinen laatujärjestelmä (Valtioneuvosto 708/2013, 5§). Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut tavoitteeksi WHO:n tekemien suositusten pohjalta, että sosiaali- ja terveysalalla tulee entistä enemmän kiinnittää huomiota vaarojen ennaltaehkäisemiseen. Tavoitteena on välttää vältettävissä oleva haitta hyödyntäen vaaratapahtumajärjestelmää ja sieltä nousevaa tietoa kehittämistarpeista. Haasteellista on kuitenkin se, että Suomessa ei tarkalleen tiedetä missä meillä mennään esimerkiksi potilasturvallisuuden suhteen, kuinka nykyiset toimenpiteet ovat vaikuttaneet potilasturvallisuuteen ja haittatapahtumien vähenemiseen. (Roine ym. 2017; WHO 2021.)

2 Vaaratapahtumajärjestelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta vuosina 2005–2007 on toteutettu HaiPro-kehittämishanke vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittämiseksi. Hankkeessa kehitettiin toimintamalli vaaratapahtumien raportointiin. (Knuutila ym. 2007.) Suomessa vaaratapahtumien raportointi on vakiintunut käytäntö valtaosassa terveydenhuollon organisaatioissa. Tunnetuin vaaratapahtumajärjestelmä on HaiPro, joka on web-pohjainen sovellus. (Kuusisto ym. 2019.)

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka voi aiheuttaa potilaalle haittaa hankalasta haitasta vähäiseen haittaan (Haatainen, 2019,11). Haitalla tarkoitetaan, että potilaalle syntyy tehdyn hoidon seurauksena ei toivottu psyykinen, fyysinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen tila, joka hankaloittaa potilaan elämää väliaikaisesti tai pysyvästi (Kansanen 2018). Vaaratapahtumajärjestelmällä tarkoitetaan järjestelmää, jossa vaaratapahtumaan osallisena ollut henkilö anonymisti raportoi tapahtuneen virheen tai läheltä piti -tilanteen, joka hänelle on tapahtunut työssään. (Kuusisto ym. 2019.) Tässä opinnäytetyössä läheltä piti -tilanteella tarkoitetaan vaaratapahtumaa, josta olisi voinut syntyä väliaikainen tai pysyvä haitta potilaalle. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimijoiden tavoitetta antaa potilaalle turvallista hoitoa, sekä huolehtia ettei potilas vahingoitu missään hoidon vaiheessa. Potilasturvallisuus käsittää hoidon turvallisuuden aina lääke- ja laiteturvallisuuteen asti. (Kansanen 2018.)

Oleellista on tunnistaa tapahtunut vaaratapahtuma, jotta ilmoitus vaaratapahtumasta pääsee edes syntymään (Rauhala ym. 2018). Vaaratapahtumajärjestelmän avulla voidaan seurata tapahtuneita vaaratilanteita. Vaaratilanteita voidaan käydä ennaltaehkäisemään luomalla ohjeita tapahtuneiden vaaratilanteiden pohjalta. Vaaratapahtumailmoituksen voi tehdä kuka tahansa tilanteessa osallisena ollut. Ilmoituksesta tulee käydä ilmi: tapahtuman tyyppi, luonne ja mahdollisimman tarkka kuvaus tilanteesta. Ilmoitukset voi tehdä nimettömänä. Vaaratapahtumia on Suomessa raportoitu vuodesta 2007 lähtien ja noin 40 % tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista liittyi lääkkeisiin. Vaaratapahtumailmoituksen käsittelee yleensä yksikön esimies yhdessä lääkärin kanssa. Ilmoitettu vaaratapahtuman suuruus arvioidaan ja nimetään syyt, jotka ovat vaikuttaneet vaaratapahtuman syntyyn. (Kuusisto ym. 2019.)

Vaaratapahtumajärjestelmän tulee olla helppokäyttöinen ja nopea. Jokaisen hoitotapahtumaan osallistuneen, jossa vaaratapahtuma tapahtuu, on oikeus tehdä vaaratapahtumailmoitus, mutta ilmoituksen tekeminen on vapaaehtoista. Ilmoituksissa ei ole oleellista, kuka ilmoituksen tekee ja siksi on tärkeää, että ilmoituksen voi tehdä anonymisti. Ilmoitusten tarkoituksena ei ole syyllisten löytäminen vaan juurisyiden tunnistaminen, jotta

vaaratapahtumiin johtavat tekijät voidaan poistaa prosesseista. Tehdyistä vaaratapahtumailmoituksia ei saa käyttää yksittäistä työntekijää vastaan, eikä yksittäisestä vaaratapahtumailmoituksesta saa antaa yksityiskohtaisia tietoja ulos päin. Luottamus niin järjestelmään kuin vaaratapahtumien käsittelijöihin on tärkeää. (Knuutila ym. 2007.)

Vaaratapahtumajärjestelmä vastaa kysymyksiin mitä tapahtui, missä tapahtui ja miksi tapahtui. Tehtyjen vaaratapahtumailmoitusten käsittelyyn vaikuttaa paljon se, millainen katselukanta ja malli tehtyjen ilmoitusten käsittelyyn on valittu. Toistuvat ilmoitukset samankaltaisista vaaratapahtumista kertoo, että prosessissa on aukkoja ja tähän prosessiin tulee tarttua ja tätä prosessia tulee tarkentaa. (Knuutila ym. 2007.)

2.1 Vaaratapahtumajärjestelmä osana johtamista

Sosiaali- ja terveydenhuollon johdon tulee ensisijaisesti varmistaa, että henkilöstöllä on riittävä tieto taito suoriutua työtehtävästään hyvin. Johdon tulee myös varmistaa, että henkilöstöllä on riittävä kyky soveltaa omaksumaansa tietoa käytäntöön. Johdon tulee huolehtia henkilöstön työhyvinvoinnista, jotta vaaratapahtumia ei synny esimerkiksi henkilöstövajeen tai sairaana työskentelyn takia. (Helovuo ym. 2015.)

Tehdyistä vaaratapahtumista tulee aktiivisesti antaa tietoa henkilöstölle. Kerättyjen vaaratapahtumien pohjalta tehdyt muutokset tai pyrkimykset tehdä muutos tulee näkyä henkilöstölle. On tärkeää, että henkilöstö tietää, että vaaratapahtumiin suhtaudutaan vakavasti, mutta myös se, että vaaratapahtumailmoituksella on oikeasti merkitystä. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon henkilöstö on motivoitunut kehittämään työturvallisuutta. Tärkeää olisi ottaa henkilöstö mukaan vaaratapahtumailmoitusten pohjalta luotaviin ohjeisiin. (Knuutila ym. 2007; Seppä 2008; Sarste 2012; Suokas 2018.)

Johdon sitoutuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, sekä vaaratapahtumailmoitusjärjestelmään on ensiarvoisen tärkeää. Työkulttuurilla on merkitys vaaratapahtumien syntyn. Johdon tulee luoda työilmapiiri, jossa on ei lähdetä etsimään syyllisiä virheisiin, vaan yhdessä opitaan jo tehdyistä virheistä. Henkilöstön kouluttaminen tunnistamaan vaaratapahtuma on tärkeää. Uutta työntekijää on jo perehdytysvaiheessa ohjattava vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen. Johdon kannustus, potilasturvallisuuden ja vaaratapahtumien raportoinnin priorisointi on henkilöstölle tärkeää. Luottamus vaaratapahtumailmoitusten käsittelijöitä kohtaan on ensiarvoisen tärkeää, sekä henkilöstön kuuleminen. Vakavan vaaratapahtuman käydessä tulee henkilöstölle tarjota tukitoimenpiteitä asian käsittelemiseksi. Avun tarjoaminen nostaa luottamusta johtoa kohtaan. (Jylhä 2017; Suokas 2018.)

Vaaratapahtumajärjestelmä on hyvin yksinkertainen ja kustannuksiltaan pieni järjestelmä. Kuitenkin systemaattisella seuraamisella voidaan tehokkaasti säästää, kun voidaan

vaaratapahtumailmoitusten pohjata luoda ohjeita ja sääntöjä, jotta sama virhe ei pääse toistumaan. Vaaratapahtumajärjestelmän systemaattinen käyttö nostaa potilasturvallisuutta, sekä ennaltaehkäisee vakavien vaaratapahtumien syntyä. (Seppä 2008.) Yhdysvalloissa on tehty jo vuosia työtä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Yksi keino potilasturvallisuuden parantamiseen on vaaratapahtumajärjestelmän aktiivinen käyttö ja kehitys. (Roine ym. 2017.) Olemassa olevia vaaratapahtumiin liittyviä ohjeita tulisi kehittää rohkeasti, sekä myös luoda malleja mitä tehdään sen jälkeen, kun vakava vaaratapahtuma on sattunut työyhteisössä. Tähän ei juurikaan löydy toimintatapoja organisaatioissa. (Liukka 2021.) Jos vaaratapahtumien kehitys jatkuu samalla tavalla, niin Yhdysvalloissa vaaratapahtumien määrä puoliintuu vuoteen 2025 mennessä. (Roine ym. 2017.)

Suomessa sosiaali- ja terveysala on monitahoinen. Suomessa on useita erilaisia ja erikoisia toimijoita sekä useita erilaisia potilastietojärjestelmiä, jotka jo itsessään voivat olla potilasturvallisuuden heikentävä tekijä ja edes auttaa vaaratapahtumien syntymistä. Vaaratapahtumajärjestelmän haasteena on se, että henkilöstö ei tunnista tapahtunutta vaaratapahtumaa, jolloin ilmoitus jää kokonaan tekemättä. Henkilöstö ei koe vaaratapahtumailmoituksen tekemistä tärkeänä. (Pietiläinen ym. 2012.) Tutkimukset osoittavat jopa, että vaaratapahtumailmoituksen tekemisen suhtaudutaan negatiivisesti (Haatainen 2019, 36). Tapahtuneita vaaratapahtumia ei raportoida järjestelmään, vaikka tunnistettaisiin, että vaaratapahtuma on tapahtunut. Tämän takia vaaratapahtumailmoitusten määrää ei voida pitää luotettavana hoidon laadun mittarina. Vaaratapahtumailmoitusten määrä on kasvussa. Toisaalta terveydenhuollon henkilöstö on nostanut esiin huolen vaaratapahtumista kirjausten vähäisyydestä. (Rauhala ym. 2018.)

Oletettuja syitä vaaratapahtumien ilmoittamatta jättämiseen on epäilty olevan hoitohenkilöstön ajanpuute, osaamattomuus ja seurauksien pelko (Rauhala ym. 2018). Työpaikalla vallitseva työkuultuuri ja asenteet vaikuttavat paljon siihen tehdäänkö vaaratapahtumailmoitusta vai ei (Suokas, 2018, 5). Salaileva ja syyllistävä työkuultuuri näyttää olevan este vaaratapahtumailmoitusten tekemiselle (Haatainen, 2019, 36).

2.1 Vaaratapahtumajärjestelmästä kerätty tieto

Vaaratapahtumajärjestelmästä kerätty tieto käsitellään systemaattisesti ja kerättyä tietoa käytetään toiminnan kehittämiseen. Vaaratapahtumajärjestelmän tarkoitus on kehittää potilasturvallisuutta ja hoitotyötä, ei kerätä mahdollisimman paljon ilmoituksia vaaratapahtumista. Eurooppalaisella tasolla Suomessa ollaan selvästi jäljessä vaaratapahtumien ilmoittamisessa, sekä analysoinnissa. Suomessa ei ole satavissa luotettavaa tietoa tapahtuneista vaaratapahtumista. Suomessa ei ole tarkkaa tietoa, missä potilasturvallisuuden edistämässä mennään ja millaisia tuloksia on saatu nykyisillä järjestelmillä. Syynä tähän on,

että vain kymmenes tapahtuneista vaaratapahtumista ilmoitetaan järjestelmään. (Roine ym. 2017). Vaaratapahtumailmoituksen tekemisen vapaaehtoisuus myös osaltaan vähentää ilmoitusten tekemistä. Kerätty tieto on hajallaan eri potilastietojärjestelmissä, eikä näistä pystytä ajamaan yhtenäistä dataa ulos. (HUS 2018.)

Vaaratapahtumien tunnistamiseen, on laadittu erilaisia työkaluja. Yksi tällainen työkalu on The Institute for Health Care Improvementin kehittämä Global Trigger Tool, joka tunnistaa tehokkaasti tapahtuneita vaaratapahtumia sairaskertomusten pohjalta. Tämä ei kuitenkaan yksin riitä laadukkaaseen tunnistamiseen, vaan tarvitaan henkilöstöä, joka tekee aktiivisesti laadukkaita vaaratapahtumailmoituksia tapahtuneista vaaratapahtumista, sekä koulutettuja ilmoitusten käsitelijöitä. (Roine ym. 2017; Williams 2017).

Tehdyt vaaratapahtumailmoitukset ovat osittain huonolaatuisia, joka vaikeuttaa merkittävästi tiedon hyödyntämistä ja jatkojalostamisesta ohjeiksi ja uusiksi toimintatavoiksi (Roine ym. 2017). Raporteissa, ei ole aina riittävästi tietoa tapahtuneesta, jolloin vaaratapahtuman oikeanlainen luokittelu on hankalaa, sekä vaaratapahtumaan johtaneiden syiden kulku jää vaaratapahtuman käsitelijälle epäselväksi. Haasteita tuo myös ilmoituksen tekijän ja ilmoituksen käsitelijän mielipide-ero tapahtuman vakavuudesta, sekä tapahtumaan johtaneista syistä. Vaaratapahtuman käsitelijän kouluttautumattomuus tai tiedonpuute laadukkaasta käsittelystä oli yksi syy jättää vaaratapahtumailmoitus tekemättä. (Haatainen 2019, 37.) Lähijohdon ajatukset potilasturvallisuudesta ja sen tasosta ovat myönteisempiä kuin kentällä työskentelevien henkilöiden näkemykset (Liukka 2021).

Vaaratapahtumailmoituksia käsitellään liian paljon yksilötasolla, jolloin saattaa jäädä huomaamatta, että sama haaste toistuu yksikössä useasti. Tehtyjen vaaratapahtumailmoitusten analysointia pitäisi parantaa. Vaaratapahtumajärjestelmää halutaankin kehittää siten, että tulosten analysoimisen helpottamiseksi tehtäisiin luokitukset. Luokittelun avulla vaaratapahtumien dokumentointi paranisi, keskittyisi ja alettaisiin tunnistamaan vaaratapahtumiin liittyviä ilmiöitä. Tärkeää olisi tarjota henkilöstölle koulutusta, jotta vaaratapahtumien raportoinnista tulisi laadukkaampaa ja tasaisempaa sekä henkilöstö tiedottaisi yksittäisen vaaratapahtumailmoituksen hyödyt omassa työssään. Myös vaaratapahtumien käsitelijöiden riittävä kouluttaminen on tärkeää. Tärkeää olisi lisätä myös kansallisen tason ohjausta ja tiedon levitystä potilasturvallisuuden lisäämiseksi. (Kuusisto ym. 2019; Palojoki ym.2022.)

Oleellista on, että vaaratapahtumailmoitukset käydään säännöllisesti läpi moniammatillisesti, sekä vaaratapahtumailmoitukset ja niiden kautta tehdyt ohjemuutokset käydään säännöllisesti läpi henkilöstön kanssa. Jotta tulosten läpikäynti on säännöllistä, on tehtävä vastuutettava. Vakavat turvallisuusriskit saatetaan välittömästi koko henkilöstön tietoon, jotta uusilta vahingoilta vältytään. Vaaratapahtumailmoitusten tulee aina johtaa henkilöstön

ohjeistamiseen, laitteiston parantamiseen, työympäristön muutoksiin, henkilöstön lisäkoulutuksiin tai perehdytyksiin. (Kinnunen ym.2009.)

Kerätyistä vaaratapahtumailmoituksista noin 40 % on lääkkeiden antoon liittyviä ilmoituksia. Viidennes tehdyistä ilmoituksista koski sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyneitä tapaturmia. Tiedonkulusta ja hallinnasta on tehty kolmanneksi eniten ilmoituksia. 31,8 % ilmoituksista koski läheltä piti -tilanteita. (Seppä 2008; Rauhala ym. 2018.)

Potilaalle tapahtuneesta vaaratapahtumasta kerrotaan lähes aina (Rauhala ym. 2018). Potilaalle tapahtuneesta vaaratapahtumasta avoimesti ja rehellisesti kertominen heti tapahtuman jälkeen, sekä tilanteen aito pahoittelu paransi potilaan luottamusta saamaansa hoitoon, sekä vähensi potilaan tekemiä haittailmoituksia ja korvauspyyntöjä. (Kim & Lee 2020.) Tehdyissä vaaratapahtumailmoituksissa 75 % oli arvioitu vaaratapahtuman haitta-aste asiakkaalle. Tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista 39,1 % ei ollut aiheutunut lainkaan haittaa potilaalle ja 48.4 % ilmoitettiin haitan olevan lievä. Potilaista 11.2 % oli aiheutunut kohtalainen haitta ja 1.3 % haitta oli vakava. Tehdyissä ilmoituksissa oli vain harvoin kehitysideoita. (Seppä 2008; Rauhala ym. 2018.)

Lähes puolet vaaratapahtumailmoituksista oli tehnyt sairaanhoitaja tai lähihoitaja (45,1 %) tai heihin verrattavissa oleva sosiaali- ja terveydenhuoltoalan työntekijä (40,3 %). Lääkärien tekemiä ilmoituksia oli vain 2,3 % koko kerätyistä aineistosta. Lääkärien tekemät ilmoitukset koskivat lähinnä tapahtumia, joista oli aiheutunut potilaalle arvion mukaan vakava haitta. (Rauhala ym. 2018.) Potilaiden kokemuksia ja huomioita vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi tuli hyödyntää aikaisempaa enemmän. Potilailta nousee paljon arvokasta tietoa sattuneista haittatapahtumista, haittatapahtumien kulusta, sekä näiden kokemusten pohjalta nousevista kehitysehdotuksista. Näiden tietojen pohjalta pystyisi potilasturvallisuutta parantamaan merkittävästi. (Sahlström ym. 2018.)

2.2 Vaaratapahtumajärjestelmistä jo tehdyt tutkimukset

Vaaratapahtumajärjestelmää on viime vuosina tutkittu paljon. Vaaratapahtumajärjestelmän avulla saatava hyöty kustannusten hallinnasta ja potilasturvallisuuden lisäämisestä kiinnostaa. Tehtyjen tutkimusten valossa löytyy tietoa määreistä, kuinka paljon vaaratapahtumia tapahtuu maailmalla, ja mitkä ovat näiden tapahtumien kustannukset. Vastaavaa tarkkaa tietoa ei löydy Suomen terveydenhuollon luvuista ja kustannuksista, vaikka Suomessa vaaratapahtumista on kerätty tietoa vuodesta 2007 lähtien. Suomessa haasteena erilaiset lukuisat erilaiset potilastietojärjestelmät, jotka eivät kommunikoi keskenään ja yhtenäisen datan ulosajaminen on mahdotonta. (STM 2020; OECD 2020.)

Tietoa löytyy rajatusti, kuinka vaaratapahtumajärjestelmästä nousevaa tietoa voi hyödyntää johtamisessa sosiaali- ja terveysalalla Suomessa. Moni tehty tutkimus keskittyy siihen, kuinka vaaratapahtumajärjestelmää johdetaan, mutta vähemmän on tietoa mitä tapahtuu tiedolle ja johtamiselle, kun tieto on saatu ulos vaaratapahtumajärjestelmästä. Kuinka tuotettu tieto muutetaan laadukkaaksi toiminnaksi. Yhdysvalloissa tätä tietoa on jo onnistuneesti saatu tuotettua. Yhdysvalloissa on saatavilla myös seurantatietoa tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuudesta potilasturvallisuuden parantamiseksi, potilasturvallisuuteen ja vaaratapahtumien ilmaantuvuuteen. Yhdysvalloissa on vaaratapahtumat saatu johdonmukaisella ja laadukkaalla työllä selvään laskuun. Suomesta ei vastaavia tuloksia löydy. (STM 2020; OECD 2020.)

Vaaratapahtumien eri osa-alueista löytyy hyvin tietoa ja tutkimuksia. Kaikista vaaratapahtumista 40 % koskee pelkästään lääkehoidossa tapahtuvia vaaratapahtumia. (Seppä 2008; Rauhala ym. 2018.) Tietoa löytyy myös väärästä diagnoosista johtuvista hoitovirheistä (Hussain ym. 2019) ja siitä, kuinka vaaratapahtumia tunnistetaan, sekä millaisia työkaluja on luotu, jotta vaaratapahtumat tunnistettaisiin esimerkiksi potilaskertomuksista (Roine ym. 2017). Tietoa ja tutkimuksia löytyy siitä, kuinka potilaalle kerrotaan tapahtuneesta vaaratapahtumasta (Williams 2017).

Aiheesta vaaratapahtumajärjestelmä on tehty opinnäytetöitä, mutta nämä työt eivät käsittele opinnäytetyötä johtamisen näkökulmasta. Aiheina opinnäytetöille on ollut muun muassa: HaiPro -ilmoitusten analyysia ohjaava toimintamalli (Pöntinen 2014). Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon potilasturvallisuutta (Alavahtola & Palviainen 2014).

3 Tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietokokonaisuus Lappeenrannan Työterveydelle vaaratapahtumajärjestelmästä, siitä miksi vaaratapahtumailmoitus jää usein tekemättä ja kuinka johtamisella voidaan vaikuttaa vaaratapahtumajärjestelmän aktiiviseen käyttöön. Opinnäytetyötä käytetään Lappeenrannan Työterveyden oman vaaratapahtumajärjestelmän kehittämiseen ja erityisesti johdon osallisuuden tukemiseen.

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää vaaratapahtumajärjestelmää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, haetun aineiston pohjalta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia vaaratapahtumajärjestelmiä on olemassa?
2. Miksi vaaratapahtumailmoitus jää usein tekemättä?
3. Millainen työkuulttuuri tukee vaaratapahtumajärjestelmän aktiivista käyttöä?
4. Kuinka johto voi tukea henkilöstöä, jotta vaaratapahtumailmoituksia tehtäisiin aktiivisesti?

4 Lappeenrannan Työterveys Oy

Tämän opinnäytetyön yhteistyökumppani on Lappeenrannan Työterveys Oy, joka on vuonna 1975 perustettu työterveyshuolto. Se on Lappeenrannan ainoa paikallinen toimija alalla. Lappeenrannan työterveydellä on noin 3500 henkilöasiakasta ja noin 400 asiakasyritystä. Asiakkuudet koostuvat pääsääntöisesti pienistä paikallisista yrityksistä. (Lappeenrannan Työterveys 2022.)

Tämän opinnäytetyön aihe on lähtenyt Lappeenrannan Työterveys Oy:n tarpeesta kehittää vielä pidemmälle omaa laadunhallintajärjestelmäänsä, jota on viime vuosina kehitetty aktiivisesti. Laadunhallintajärjestelmään on luotu prosesseja työterveyden toiminnoista. Laadunhallintajärjestelmän kehittymisen kannalta on tärkeää, että vaaratapahtumat kirjataan ylös ja ne käsitellään yhdessä henkilöstön kanssa. Lappeenrannan Työterveydessä halutaan luoda oma malli vaaratapahtumien raportoimiseen. (Lappeenrannan Työterveys 2022.)

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Opinnäytetyön toteutustavaksi valittiin kuvailevana kirjallisuuskatsaus. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto valittiin harkinnanvaraisesti tutkimuskysymykset huomioiden (Aira 2005). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittavasta aiheesta saa kattavan kuvan, joka palvelee hyvin opinnäytetyön tavoitetta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus vastaa tutkimuskysymysten valossa siihen, mitä tästä aiheesta jo tiedetään. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat: tutkimuskysymyksen asettaminen, aineiston keruu, aineiston kuvailu ja tulosten tarkastelu (Salminen 2011). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on oleellista asettaa tarkat tutkimuskysymykset. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on luoda kerätyn aineiston pohjalta käsitys tutkittavasta aiheesta. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tutkimuksellisessa kehittämisessä on tarkoituksena työelämän kehittäminen. Opinnäytetyö pyrkii löytämään vastauksen siihen, kuinka vaaratapahtumajärjestelmä tulee luoda, jotta järjestelmästä tulee osa päivittäistä toimintaa. Opinnäytetyössä haetaan tietoa mitä aiheesta jo tiedetään. (Kangasniemi ym. 2013.)

5.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Aineisto valittiin vain luotettavista tiedonlähteistä ja aineiston valinnassa suosittiin tieteellisiä julkaisuja. Aineiston hakuun käytettiin LUT-tiedekirjaston informaattikon apua. Taulukossa 1 eritellään eri tietokannoista tehdyt haut, mistä tietokannasta ja millä hakukriteereillä haku on tehty ja monta julkaisua hakutuloksista valittiin. Käytetyt tietokannat olivat Arto, Duodecim, Ebsco Cinahl ja Medic. (Taulukko 1)

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Tulokset	Valittiin
Arto	Vaaratapahtumajärjestelmä	Vuodet 2012–2022	10	0
	Vaaratapahtumajärjestelmä and potilasturvallisuus	Kielet: suomi, englanti. Vuodet 2012–2022	3	0
	Vaaratapahtumajärjestelmä and johtaminen	Kielet: suomi, englanti. Vuodet 2012–2022	0	
	Vaaratapahtumajärjestelmä and työterveyshuolto	Kielet: suomi, englanti. Vuodet 2012–2022	0	
	Patient safety incident	Kielet: suomi, englanti. Vuodet 2012–2022 saatavilla verkossa	5	1
	Patient safety and management	Kielet: suomi, englanti. Vuodet 2012–2022 saatavilla verkossa	11	6
Duodecim	Patient safety incident	-	21	0
Ebsco Cinalh	Patient safety incident and management	Kielet: englanti. Vuodet 2017–2022 abstract available	101	0
Medic	Vaaratapahtumajärjestelmä and johtaminen	Vuodet 2012–2022	0	
	Patient safety incident and johtaminen	Vuodet 2012–2022	20	3
	Patient safety incident and management and patient safety	Vuodet 2012–2022	160	3
Medic	Patient safety incident and occupational health care	Vuodet 2017–2022	870	6
Yhteensä				19

Taulukko 1 taulukko tiedonhausta ja tuloksista.

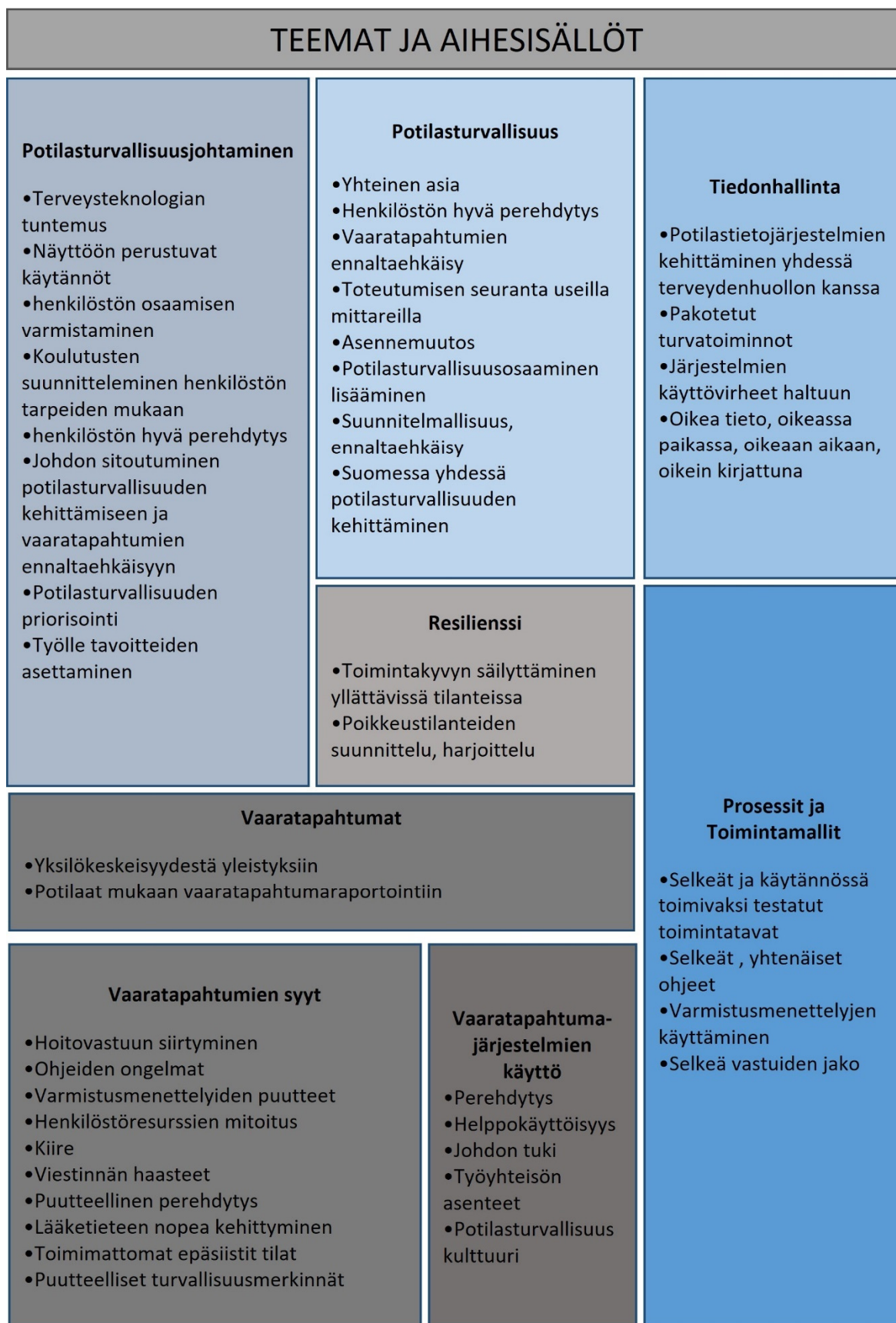
Aineistoihin tutustuttiin otsikon ja tiivistelmän kautta. Opinnäytetyöhön valikoitui aluksi 25 julkaisua. Aineistoon tarkemman tutustumisen jälkeen valitusta aineisto hylättiin viisi julkaisua. Lisäksi yksi julkaisu hylättiin, koska sitä ei saatu avattua, eikä kyseistä julkaisua löytenyt muualta. Opinnäytetyön aineistoksi jäi 19 julkaisua. Valittu aineisto on esitelty erillisessä taulukossa. Taulukossa näkyy valittujen julkaisujen keskeinen sisältö, tietokanta, josta aineisto on haettu, hakusana, aineiston otsikko ja kirjoittajat. (Liite 1.)

5.3 Aineiston analysointi

Valittu aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Induktiivinen analyysi tarkoittaa sitä, että aineisto käsittelyssä edetään yksittäisestä näkemyksestä kohti yleistä näkemystä. (Sarajärvi 2018). Teemoittelu on laadullisen sisällönanalyysin muoto. Asetetut tutkimuskysymykset johtavat teemoittelua. Teemoittelussa nostetaan tutkittavan aiheen kannalta esiin keskeisiä, usein toistuvia teemoja ja tyypillisiä piirteitä. (Juhila, 2022.) Teemoittelemalla pyritään ymmärtämään tutkittava aiheen ydin. (Aira 2005.) Teemoittelun pohjalta tehtiin johtopäätökset tutkittavasta aiheesta (Kangasniemi ym. 2013).

Aineiston läpikäynnin jälkeen aineistosta lähdettiin luomaan omia teemoja. Aluksi samaan aiheeseen liittyvät asiat laitettiin saman teeman alle. Tämä toteutettiin kopioimalla teksti word-tilaan. Teemoja oli paljon, kun aineisto oli käyty läpi kerran. Tämän jälkeen aineisto käytiin uudelleen läpi karkeammin. Teemoja oli paljon ja osaan teemojen alle oli kertynyt vain yksi lainaus. Teemoissa oli päällekkäisyyksiä ja ristiriitaisuuksia. Otsikoita yhdisteltiin ja sisältöjä jäsenneltiin.

Teemojen alle koottuja lainauksia käytiin muokkaamaan aihe kokonaisuuksiksi. (kuviot 1). Moni valittu lainaus saattoi sopia useampaan teemaan. Teemojen ja aiheiden yhteenvedon jälkeen teemoiksi jäivät potilasturvallisuusjohtaminen, potilasturvallisuus, prosessit ja toimintatavat, resilienssi, vaaratapahtumat, vaaratapahtumien tausta syyt ja vaaratapahtumajärjestelmän käyttö. Teemoittelun jälkeen tutustuttiin jokaisen teemaan ja koottuihin aihekokonaisuuksiin ja kirjoitettiin tulokset.



Kuvio 1. Teemat ja teemojen aihesisällöt

6 Tulokset

6.1 Potilasturvallisuuden johtaminen

Aineiston analyysin pohjalta voidaan todeta, että johdon tehtävä on luoda työlle tavoitteet ja viedä työtä tavoitteiden suuntaan ja valvoa, että tavoitteet toteutuvat. Henkilöstölle tulee olla selvää, mitkä ovat tämän organisaation tavoitteet ja millaisilla keinoilla tavoitteet tullaan saavuttamaan. (Kansanen 2018.) Epävarmuus työnjaosta osoittaa selkeästi, että johtaminen ei ole riittävällä tasolla. Selkeiden ohjeiden ja selkeän työnjaon puuttuminen nostaa henkilöstön epävarmuutta ja heikentää kykyä suoriutua työstään. (Suokas 2018.) Potilasturvallisuutta johdettaessa johtajan hyväksi ominaisuuksiksi nimettiin muun muassa taidon osata johtaa, hyvät vuorovaikutustaidot, vastuunkantaminen, sekä selkeä viestintä (Haatainen 2019.)

Aineisosta nousi esiin se, että vaaratapahtumien vähentämiseksi tulee tapahtua selvä asennemuutos turvallisuusajatteluun, jotta potilasturvallisuus voi organisaatiossa kehittyä. Asennemuutos lähtee organisaation johdosta. Sitoutunut johto on pohja kaikelle työlle organisaatiossa. Johdon tulee priorisoida potilasturvallisuus korkealle ja alkaa toteuttamaan ja tuomaan toiminnassaan esiin potilasturvallisuuden merkitys omassa toiminnassaan. Potilasturvallisuuden prionisoinnilla voidaan tehokkaasti vaikuttaa vaaratapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden vähenemiseen. On jopa sanottu, että potilasturvallisuuden kehittyminen on ainut tapa saada vaaratapahtumat vähenemään. (Kansanen 2018.) Esimerkillä johtaminen on tehokas tapa muuttaa asenteita ja saada henkilöstö toimimaan samaan suuntaan. Pelkästään johdon sitoutuminen ei riitä, myös henkilöstö tarvitsee vankkaa potilasturvallisuusosaamista. Perehdytys tulee olla hyvä ja riittävän kattava, sekä perehdytyksessä tulee muistaa kertoa myös vaaratapahtumajärjestelmästä ja vaaratapahtumailmoituksen tekemisestä. (Sarste 2012.) Hyvä potilasturvallisuuden osaaminen vaatii henkilöstöltä turvallisuusriskien tunnistamista aktiivisesti työarjessaan. Oleellista on, että henkilöstö ja johto käyvät säännöllisesti keskusteluista turvallisuusasioista ja molemmat sitoutuvat potilasturvallisuuden parantamiseen pitkäjänteisesti. (Kansanen 2018.) Organisaatioiden tulisi ottaa läheltä piti -tilanteet vakavasti ja keskittyä katsomaan, ettei jatkossa vastaavista tilanteista kehity vaaratapahtumia. (Härkönen 2012.) Läheltä piti -tilanteiden tunnistamiseen pitäisi panostaa. Henkilöstön tietoisuutta läheltä piti -tilanteista tulisi lisätä. Vaaratapahtumailmoituksissa on, liian vähän ilmoituksia läheltä piti -tilanteista. (Rauhala 2018.) Kehitettävät ohjeet ja käytännöt tulee pohjautua tutkittuun tietoon (Härkönen 2012).

Tuloksissa painottui, että organisaation johto on aina ensisijaisesti vastuussa potilasturvallisuudesta (Suokas 2018). Johdon tulee varmistaa, että henkilöstöllä on riittävä ja

ajantasainen osaaminen, sekä tietotaito työnsä hoitamiseen (Helovuo ym. 2015; Suokas 2018). Johdon tehtävänä on varmistaa, että organisaatiossa ajantasainen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja suunnitelmaa noudatetaan. Johto vastaa myös siitä, että organisaatiossa potilasturvallisuutta kehitetään ja vaaratapahtumia seurataan ja tehdyt vaaratapahtumailmoitukset johtavat uusiin ohjeistuksiin, prosessien muutoksiin ja toimintamalleihin. (Suokas 2018.) Pelkkä vaaratapahtumailmoituksen tekeminen ei riitä, tulokset tulee käsitellä ja yhtä tärkeää on arvioida moniko vaaratapahtumailmoitus todella johti toimintatapojen muutoksiin. (Kansanen 2018.) Johto vastaa myös yrityksen työkuultuurista ja niistä arvoista, joita siellä pidetään tärkeänä. Esimiehet luovat turvallisuuskulttuuria ja huolehtivat käytännön tason ohjeiden selkeydestä ja riittävydestä myös poikkeustilanteissa. Johdon osallistuminen potilasturvallisuus keskusteluun koetaan tärkeänä ja arvokkaana asiana. (Jylhä 2017; Suokas 2018.) Henkilöstöä tulisi kouluttaa enemmän ja suunnitelmallisemmin kohti potilasturvallisuutta. (Helovuo ym. 2015; Suokas 2018). Organisaation johdolla on vastuu turvallisuusriskien analysoinnissa ja riskeihin varautumisessa, sekä oman organisaationsa potilasturvallisuudesta. Potilasturvallisuus ei saa olla riippuvainen siitä, ketä on töissä, vaan potilasturvallisuus on yhteinen asia ja se tulee, toteutua joka hetki yhtä laadukkaana. (Kansanen 2018.) Potilasturvallisuuden kattava osaaminen vaatii myös terveysteknologiantuntemusta (Arvola ym. 2012).

Johtamisessa tulisi entistä enemmän siirtyä perinteisestä johtamisesta älykkääseen johtamiseen, jolloin johtaminen tapahtuu entistä enemmän tiimeissä ja tavoitteet työlle määritellään yhdessä työtä tehdessä. Johtamisesta ajatellaan, että johtaminen on palveluammatti. Älykäs johtaminen ei alista vaan se valistaa henkilöstöä. Älykäs johtaminen sitouttaa henkilöstöä ja luo henkilöstölle vapauksia. Vapaus taas lisää motivaatiota ja innovatiivisuutta työtä kohtaan. Johtajan katsotaan onnistuneen työssään, kun työntekijät menestyvät omassa työssään. (Sydänmaanlakka 2009; Kansanen 2018).

6.2 Potilasturvallisuus

Kerätystä aineistosta oli tulkittavissa, että potilasturvallisuuden eteen on maailmalla tehty paljon, mutta edelleen vaaratapahtumia tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollossa liikaa. Näillä vaaratapahtumilla voi olla perheille pitkäaikaiset ja negatiiviset seuraukset. Potilasturvallisuuden eteen tehdyt toimenpiteet eivät ole aina tuottaneet toivottavia vaikutuksia. Kuitenkin on nähtävissä, että pitkäjänteinen työskentely potilasturvallisuuden eteen tuottaa positiivisia tuloksia: vaaratapahtumat vähenevät ja kustannukset pienenevät. (Donaldson ym. 2021.) Aineiston mukaan Suomessa ei tällä hetkellä tiedetä tarkalleen, missä mennään potilasturvallisuuden edistämisessä, Suomessa kuitenkin arvioidaan ulkomaalaisiin tutkimukseen pohjaten vaaratapahtumien seurauksena kuolevan vuosittain 700–1500 ihmistä

(Manderbacka ym. 2012). Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut, että Suomen tulee nostaa potilasturvallisuus eurooppalaiselle tasolle. Tämä tarkoittaa, sitä, että jokaisen sosiaali- ja terveysalalla työskentelevän organisaation tulee nostaa omassa toiminnassaan potilasturvallisuus, vaaratapahtumien tietoinen vähentäminen toiminnan keskiöön. Tämä vaatii valtavaa asennemuutosta, mutta myös paljon yhteistä tahtoa ja ohjantaa. Haasteena Suomessa on se, että Suomessa ei ole yhtä tiettyä tahoa, joka vastaisi potilasturvallisuudesta ja ohjaisi sen kehittymistä. Suomen terveydenhuolto on monitahoinen. Toimijoita on paljon, potilastietojärjestelmiä on paljon ja jo nämä voivat itsessään vaarantaa potilasturvallisuuden. Tarvitaan paljon yhteistä tahtoa, yhdessä tekemistä, jotta tässä tavoitteessa tullaan onnistumaan. Vaaratapahtumien ennaltaehkäisy on tärkeää ja keino nostaa myös potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden kehittämässä tulee muistaa ottaa mukaan myös potilaat ja heidän läheiset. Potilailla on paljon arvokasta tietoa siitä, kuinka vaaratapahtumia syntyy ja kuinka vaaratapahtumat ovat edenneet hänen kohdallaan. Potilailta saatua tietoa vaaratapahtumista hyödynnetään vielä liian vähän. (Pietiläinen ym. 2012.) Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa tulisi olla selvät ohjeet, kuinka potilas tai hänen omaisensa voi tehdä vaaratapahtumailmoituksen. (Helovuori 2015.) Sosiaali- ja terveysalalla tulee luoda sellaiset rakenteet, että potilaiden omaisineen on helppoa ja luontevaa ilmoittaa kokemistaan vaaratapahtumista (Sarste 2012.)

Potilasturvallisuutta tulee seurata usein erilaisin mittarein, jotta saadaan luotettavaa tietoa potilasturvallisuuden kehittymisestä. (Olin ym. 2017.) Tällaisia seurattavia mittareita voivat olla esimerkiksi HaiPro järjestelmä ja Global Trigger Tool eli GTT, joka etsii hoitokertomuksista satunnaisotannalla haittatapahtumia. Haittapahatumia, joita GTT pystyy tunnistamaan, on esimerkiksi asiakkaan suunnittelematon palaaminen hoitoon 30 vuorokauden kulluttua saadun hoidon päättymisestä. GTT antama tieto vaaratapahtumista on arvokasta, koska sen tulokset eivät ole sidonnaisia ilmoitustehokkuuteen kuten HaiPro tulokset ovat. (Olin ym. 2017.) Organisaatioiden turvallisuuden ja potilasturvallisuuden mittaamiseen tulisi kehittää myös erilaisia, uusia mittareita. (Kansanen 2018.) Nisula (2015, 329) toteaa, että vaaratapahtumailmoitukset ovat vain yksi tapa lisätä potilasturvallisuutta. Muilla aloilla, kuten esimerkiksi lentäjillä ovat vaaratapahtumaraportointi paljon edellä hoitoalaa. Lentäjät saattavat tehdä kuukaudessa satoja vaaratapahtumailmoituksia eli kynnys tehdä vaaratapahtumailmoitus on hyvin pieni. Vaaratapahtumailmoitusten tekeminen on kiinteä, hyvin tavallinen osa työarkea. Turvallisuus on lentämisessä nostettu keskeiseksi tavoitteeksi ja laadun ylläpitämiseksi turvallisuutta kehitetään jatkuvasti. Ilmailualalla vaaratapahtumailmoitusten rinnalle on tullut paljon muita mittareita, joilla voidaan ennustaa työnlaatua ja vähentää vaaratapahtumia. Tällaisia mittareita ovat muun muassa mittarit, joilla voidaan seurata työaikoja, jotta työntekijät saavat tarvitsevansa levon, eivätkä tee töitä väsyneenä, jolloin

vaaratapahtumien riski kasvaa entisestään. Tärkeitä potilasturvallisuutta lisääviä tekijöitä olisivat turvallisuusjohtamisen mallien pakollistaminen, sekä havainnointitekniikoiden opettelu. Nisula (2015) pitää havainnointia tehokkaana keinona turvallisuuden edistämiseksi, koska havainnointi ei vastaa pelkästään kysymykseen mitä tapahtui, vaan se kertoo myös syyt ja olosuhteet miksi näin tapahtuivat. Nisula (2015) pitää myös tärkeänä, että vaaratapahtumia ei pitäisi käsitellä liikaa yksilö tasolla, vaan asia tulisi aina käsitellä myös koko organisaation tasolla ja nähdä vaaratapahtuma koko työyhteisön asiana, ei vain yhden työntekijän satunnaisena virheenä. Syyllisen etsimisen kulttuurista tulee päästä eroon. Nisula kokee tärkeänä myös sen, että kaikista virheistä ei tule selvitä ilman seuraamuksia. (Nisula 2015.) Organisaatiossa turvallisuuden edistäminen vaatii sen, että organisaatioon syntyy oma turvallisuuskulttuurinsa. Hyvä perehdytys on potilasturvallisuutta nostava tekijä. (Kansanen 2018.)

6.3 Vaaratapahtumat

Sarsteen (2012) tutkimuksen mukaan HaiPro-vaaratapahtumajärjestelmään tallennetuista vaaratapahtumailmoituksista saadaan hyvä käsitys missä potilasturvallisuudessa tässä hetkessä mennään tässä organisaatiossa, sekä selkeä kuva kehittämiskohteista. Vaaratapahtumailmoituksista saatua tietoa pystytään hyödyntämään muun muassa siihen millaista koulutusta henkilöstö tarvitsee, jotta potilasturvallisuus organisaatiossa saadaan tavoitteellisesti nousemaan ja vaaratapahtumat vähenemään. Millaista tietoutta henkilöstö tarvitsee, jotta se nostaa potilasturvallisuutta. Keinoja kuinka henkilöstön kanssa käydään turvallisuusasioita läpi, tulisi kehittää. Yhteiset turvallisuuskokoukset ovat hyvä keino lisätä henkilöstön ja johdon yhteistä keskustelua turvallisuusasioista. Vaaratapahtumailmoitusten läpikäymiseen henkilöstön kanssa tulisi paneutua, jotta syyllistävästä ilmapiiristä päästään siirtymään kehittäväan ja yhdessä oppimisen ilmapiiriin. Ilmapiirin kokeminen syyllistäväksi on yhteydessä negatiivisessa mielessä vaaratapahtumailmoitusten tekemisen aktiivisuuteen.

Toivosen (2017) tutkimuksen vakavat vaaratapahtumat, jotka johtavat esimerkiksi potilaan pysyvään vahingoittumiseen ovat raskaita myös henkilöstölle ja voivat heikentää hetkellisesti tai pysyvästi henkilöstön työkykyä, joten jo tämänkin takia vaaratapahtumia ja potilasturvallisuutta tulisi pyrkiä aktiivisesti nostamaan. Osallisena oleminen vakavaan vaaratapahtumaa herättää työntekijässä monia tunteita ahdistusta, pelkoa ja surua. Työntekijä voi kokea masennuksen kaltaisia oireita, sekä kyseenalaistaa oman ammattitaitonsa. Tällaiset tekijät voivat ajastaan johtaa työntekijän uupumiseen. Kannustava ja tukeva ilmapiiri parantaa työntekijän selviytymistä tapahtumista. Tuen puute ja negatiivinen asennoituminen lisää työntekijän ahdistuneisuutta ja hankaloittaa tilanteesta palautumista. Vakavien vaaratapahtumien sattuessa työnantajan tulisi tarjota emotionaalista tukea tilanteessa osallisena

olleille. Aina tapahtuneen vaaratapahtuman jälkeen tulee tilanne käydä mahdollisimman pian potilaan kanssa läpi rehellisesti. Mitä kävi ja miksi kävi ja mitkä ovat mahdolliset seuraukset potilaalle tästä tilanteesta ja voidaanko tilannetta korjata. Hoitovirheen salaaminen potilaalta voi pysyvästi rikkoa potilaan luottamuksen terveydenhuollon henkilöstöön. (Toivonen 2017.)

6.3.1 Syyt vaaratapahtumien taustalla

Vaaratapahtumista 40 % tapahtuu lääkehoitoon liittyvissä tehtävissä. (Seppä 2008; Rauhala ym. 2018.) Joten on ensiarvoisen tärkeää, että sosiaali- ja terveysalan yksiköissä esimiehet huolehtivat, että perehdyttäminen on laadukasta ja henkilöstä perehdytetään myös yksikön lääkehoidon suunnitelmaan. Esimiesten tulee huolehtia, että henkilöstöllä on käytössään riittävät tiedot turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen ja lisäkoulutusta tarjotaan aktiivisesti ammattitaidon ylläpitämiseksi. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021.) Myös potilastietojärjestelmien tulee olla sellaisia, että ne hälyttävät esimerkiksi poikkeavan suuresta tai pienestä lääkitysannoksesta suhteessa suosituksiin. (Arvola ym. 2012.)

Henkilöstön äkilliset poissaolot nostavat vaaratapahtumien riskiä oleellisesti erityisesti lääketurvallisuuden osalta. Yllättävä poissaolo voi lisätä muiden vuorossa olevien kiirettä tai paikkaamaan saatu sijainen ei saa riittävää perehdytystä, jolloin vaaratapahtumien riski kasvaa merkittävästi. Vaaratapahtumienennaltaehkäisy tulisi aloittaa jo perehdytysvaiheessa. (Laukkanen & Ruokoniemi 2021.) Potilassiirtojen yhteydessä muun muassa lääketietoja ei aina siirretä, joko ollenkaan tai ne siirretään siten, että tiedot sisältävät jonkin virheen ja tämä luo hyvän pohjan vaaratapahtumien synnylle. Potilaan siirtyessä osastolta toiselle tai kotiutuessa tulisi lääkeluettelon päivittämisen olla pakollinen ja erikseen hyväksyttävä työtehtävä. Potilasturvallisuutta parantaisi merkittävästi se, että ilman lääkeluettelon päivittämistä potilasta ei saa kirjattua ulos osastolta. (Jylhä ym. 2017.) Potilaasta lähtevät vaaratapahtumat voivat liittyä esimerkiksi sairauden tuomaan sekavaan ja aggressiiviseen käytökseen (Reiman 2017.)

Aineiston valossa vaaratapahtumia edesauttavia tekijöitä ovat kiire, työn väärä mitoitus tai poissaolojen vuoksi kuormittunut henkilöstö. Toistuvat keskeytykset työssä lisäävät vaaratapahtumien syntymistä. Liian monta työtehtävää hoidettavana samanaikaisesti lisää merkittävästi vaaratapahtumien riskiä. Toistuvat ylityöt ja liian lyhyeksi jäävä palautuminen vaarantavat potilasturvallisuutta ja nostavat riskiä vaaratapahtumille. Työntekijän väsymys on selkeä riski potilasturvallisuudelle sekä lisää huomattavasti riskiä vaaratapahtumille. Hoitotyössä seurataan huonosti henkilöstön palautumista ja vireystilaa suhteessa työkykyyn. Työntekijän kokemattomuus nostaa vaaratapahtumien riskiä, etenkin jos kokemattomuuteen lisätään kiire tai väsymys. (Toivonen 2017.) Hoitovastuun siirtyminen osastolta toiselle

tai lääkäriltä toiselle (Toivonen 2017; Kansanen 2018). Lääketieteen nopea kehittyminen aiheuttaa merkittäviä haasteita sosiaali- ja terveysalalle. Uusia lääkkeitä ja hoitoja tulee jatkuvasti. Uusia hoitomuotoja ja lääkkeitä annetaan hyvin vähäisellä perehdytyksellä. Liian vähäiset henkilöstövoimavarat tai henkilöstön suuri vaihtuvuus ovat aina riski potilasturvallisuudella ja nostavat riskiä vaaratapahtumille. Tiedonkulun haasteet. Tietotulva on niin valtaisa, ettei kaikkea ehdi lukea tai liian niukka, että edes tärkeimpiä asioita ei muisteta tiedottaa. Ohjeistetaan liian laveasti, suppeasti tai monitulkintaisesti. Tiedon kulunhaasteiden on katsottu olevan 65 % vaaratapahtumia edesauttava tekijä vaaratapahtumissa. Tiedonkulkua on sosiaali- ja terveysalalla monenlaista. Tiedonkulku voi olla henkilöstön välistä, organisaatioiden välistä, hoitohenkilöstön ja asiakkaan välistä, sekä johdon ja henkilöstön välistä. Tiedon kulku ja jakaminen on keskeinen työkalu hoitoalalla. (Haatainen 2019.)

Vaaratapahtumat on nähty pitkään terveydenhuollossa yksikön haitallisen toiminnan seurauksena. Tapauksiin on puututtu yksilön tasolla, joka johtaa siihen, että henkilöstö pyrkii salaamaan työssä tapahtuneet virheensä. Vaaratapahtumat tuleekin nähdä seurauksina, ei syynä. Tulee pyrkiä vaikuttamaan niihin tekijöihin, jotka vaikuttivat vaaratapahtuman syntyyn ja poistamaan nämä. (Kansanen 2018.) Vaaratapahtumailmoittamis aktiivisuudessa näkyy selviä eroja alueellisesti ja yksikköjen välillä. Työluonteella on merkitystä vaaratapahtumien syntyyn. Työskenteleekö henkilö ensiapupoliklinikalla vai hoitaako hän potilaiden ilmoittautumista poliklinikoille. Vaaratapahtumailmoitusten luonteessa oli eroavaisuuksia. Ilmoitusaktiivisuuteen näyttäisi vaikuttavan myös vuorokauden aika, sekä viikonpäivä. Ammattinimikkeiden välillä on selviä ilmoitusaktiivisuuseroja. Vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi yleisemmin ilmoitettiin syyksi, että vaaratapahtumasta on tehty vaaratapahtumailmoitus eli luotettiin, että ilmoituksen tekeminen johtaa ohjeistusten ja toimintatapojen muuttumiseen. (Sarste 2012.)

6.3.2 Vaaratapahtumajärjestelmän käyttö

Vaaratapahtumajärjestelmää käytetään, jos käytön uskotaan olevan helppoa, sekä luotetaan siihen, että tehtävästä vaaratapahtumailmoituksesta on oikeasti hyötyä ja ilmoituksen tekeminen mahdollistaa oman työn kehittämisen. Tämä ilmenee vahvasti kerätystä aineistosta. Toisaalta Sarste (2012) toteaa tutkimuksessaan, että hoitoalalla on tutkimusten perusteella todettu, että suurempi merkitys on sillä, kokeeko henkilöstö järjestelmän käytöstä olevan hyötyä omassa työssään, kuin sillä onko järjestelmä helppokäyttöinen. Järjestelmän käyttömukavuuteen liittyi vahvasti se, tukeeko johto omalla työllään järjestelmän käyttöä muun muassa suuntaamalla resursseja ja tarjoamalla henkilöstölle mahdollisuuden IT-tukeen. Vaaratapahtumajärjestelmään ilmoitustekemisten määrää lisäsi se, jos jätettyjä ilmoituksia käytiin organisaatiossa säännöllisesti läpi, sekä tehtyjen ilmoitusten pohjalta käytiin

yhteistä keskustelua. Yhteinen keskustelu koettiin potilasturvallisuutta nostavana tekijänä. Ylemmän johdon sitoutuminen nähtiin tärkeänä edistävänä tekijänä. Koettiin tärkeänä, että vaaratapahtumailmoitusten kautta vääränlaiset toimitavat tulevat esiin ja niihin pystyttiin puuttumaan. (Sarste 2012.) Vaaratapahtumailmoituksia jätettiin tekemättä, jos ilmoituksiin suhtauduttiin negatiivisesti. Negatiiviseen suhtautumiseen vaikuttavat välinpitämätön asenne potilasturvallisuuteen, organisaation syyllistävä ilmapiiri, kiire, asioiden salailu, vaaratapahtumailmoitusten sivuuttaminen, tehtyjen ilmoitusten vähättely sekä se, että tehdyt ilmoitukset eivät johtaneet toimintatapojen muutokseen tai prosessien uudelleen muotoiluun. Ilmoitusten tekemistä vähensi myös se, että jos koettiin, että ilmoituksia tehtiin turhaan, turhista asioista. Haasteet vaaratapahtumailmoitusjärjestelmän käytössä tai tietämättömyys siitä, kuinka järjestelmää käytetään esti vaaratapahtumailmoitusten tekemisen. (Sarste 2012.) Organisaatioissa, joissa vaaratapahtumailmoituksia ei käsitelty säännöllisesti läpi yhdessä henkilöstön kanssa syiksi mainittiin muun muassa se, että käsittelijä ei tiennyt vaaratapahtumailmoitusten läpikäynnin kuuluvan omaan tehtävänkuvansa. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelijä ei tiennyt kuinka ilmoituksia tulisi käsitellä ja mitä hänen tulisi tehdä esiin nouseville riskeille. Tällöin vaaratapahtumailmoitusten käsittelijä luki ilmoitukset läpi, mutta vaaratapahtumailmoitukset eivät koskaan johtaneet toimenpiteisin, ohjeistuksien muuttamiseen, eikä niitä käsitelty lainkaan henkilöstön kanssa. Myös ilmoitusten tekijät pitivät tärkeänä, sitä, että käsittelijällä on vaaratapahtumailmoitusten käsittelyyn riittävä koulutus ja innostus, sekä hän on tehtäviensä ajan tasalla. (Sarste 2012.) Organisaatioissa, joissa henkilöstö sai palautetta vaaratapahtumailmoitusten tekemisestä ja saivat tukea tapahtuneiden vaaratapahtumien käsittelyyn, vaaratapahtumailmoituksia tehtiin enemmän (Suokas 2018).

Tärkeää on käydä läpi luottavaisessa ja turvallisessa ilmapiirissä läpi mitkä syyt ovat johtaneet vaaratapahtumaan, ja mitä tulee muuttaa, ettei vastaavaa enää tapahdu. Oleellista on ymmärtää ne tekijät, jotka ovat johtaneet vaaratapahtuman syntyyn ja pyrkiä vaikuttamaan niihin. (Toivola 2017.) Parhaimmillaan vaaratapahtumia käsitellään työyhteisössä luontevana osana työtä, ilman syyllistämistä tai seurauksien pelkoa. Ilmoituksen tekijä ei koe syyllisyyttä aiheen käsittelystä, eikä koe toimineensa väärin. Vaaratapahtumailmoituksen tekijän tulee tapahtuneesta vaaratapahtumasta tai lähetä -piti tilanteesta huolimatta kokea toimineensa oikein, koska on tehnyt ilmoituksen havaitessaan vaaran omassa työskentelyssään.

Sosiaali- ja terveysalalla tulisi jo opintojen aikana käsitellä vaaratapahtumia ja perehtyä sen hyötyihin, jotta järjestelmän hyödyt olisivat selvät jo heti työuran alussa, eikä vastuu tiedon levittämisestä olisi vain työntajilla. (Suokas 2018.) Helpommin tehtiin

vaaratapahtumailmoitus asioista, jotka nousivat potilaasta ja potilaan toiminnasta kuin asioista, jotka olivat sidoksissa organisaation työkuulttuuriin tai omaan toimintaan. (Sarste 2012.)

6.3.3 Resilienssi

Aineistosta nousi esiin käsite resilienssi. Resilienssi tarkoittaa kykyä säilyttää toimintakyky odottamattomissa, yllättävissä tilanteissa, todella tärkeä asia potilasturvallisuudessa, sekä vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä. Resilienssi tarkoittaa toimintakyvynsäilymistä sellaisessa tilanteessa, jossa ei ole käytettävissä tavanomaisia työkaluja. Tällaisia ennalta arvaamattomia yllättyviä tilanteita voisi olla esimerkiksi sähkökatko tai potilastietojärjestelmän kaatuminen. Kuinka hyvin organisaatiossa on tällaisiin tilanteisiin varauduttu ja onko niitä harjoiteltu? Löytyykö esimerkiksi tietotaitoa siirtyä hetkellisesti kirjaamaan manuaalisesti? Löytyykö varajärjestelmää, josta voi asiakkaan lääkityksen tarkistaa, kun sähköinen potilastietojärjestelmä ei ole käytössä? Tällaisten yllättävien tilanteiden varalla tulisi henkilöstöllä olla riittävät taidot toimia. (Nisula 2015.) Riskienhallinnalla pyritään vaikuttamaan odottamattomiin tilanteisiin luomalla niihin toimintamalleja ja ohjeita. Riskienhallinta tarkoittaa työpaikan toimien ja prosessien läpikäymistä ja tunnistaa näihin liittyvät riskit, sekä pyrkii vaikuttamaan näihin riskeihin ohjeilla ja toimintamalleilla. Usein kuitenkin arjessa syntyvät yllätykselliset tilanteet ovat sellaisia, joihin ei ole osattu varautua toimintamalleilla ja ohjeilla. (Kansanen 2018.) Näissä tilanteissa voi eteenpäin viedä historian tunteminen ja hetkellinen paluu vanhoihin käytäntöihin, kuten manuaalisesti kirjaamiseen. (Kansanen 2018.)

Resilientti työyhteisö näkee odottamattomat häiriötilanteet mahdollisuutena oppia ja kehittyä. Kokenut henkilöstö ei lähde paniikkiratkaisuihin, jotka voivat aiheuttaa vaaratilanteita, vaan he harkitusti ja rauhallisesti selviytyvät häiriötilanteen aiheuttamasta harmista ja välttävät vaaratapahtumat ammattitaidolla ja hyvällä valmistautumisella mahdollisiin yllättäviin häiriötilanteisiin. (Kansanen 2018.)

6.4 Prosessit ja toimintamallit

Analysoidussa aineistossa painottuu se, että organisaatiossa olevat toimintatavat ja mallit tulee saattaa sellaiseen muotoon, että ne eivät aiheuta vaaraa potilasturvallisuudelle tai aiheuta vaaratapahtumaa. Prosessien tai toimintatapojen aiheuttamia vaaroja voivat olla epäselvät ohjeet, joihin jää tulkinnanvaraa. Vaaratapahtuma voi syntyä myös ohjeesta, joka on puutteellinen tai vaikeasti ymmärrettävä. Vaaratapahtuman voi aiheuttaa myös ohjeen tai toimintatavan puuttuminen kokonaan tai ohje on saatavilla, mutta se on paikassa, josta se on vaikea saada helposti ja nopeasti esiin. Organisaatiossa käytössä olevat ohjeet tulee olla ajantasaisia. Vanhentuneet, päivittämättömät ohjeet tulee poistaa järjestelmistä tai ne

voivat aiheuttaa vaaratilanteita. Prosessien toimivuus käytännössä tulisi aina varmistaa vaaratilanteiden ehkäisemiseksi. Moni asia voi näyttää toimivalta paperilla, mutta käytännössä se ei toimikkaan. Organisaation sisällä olevien ohjeiden tulee olla yhtenäisiä, jotta ohjeiden aiheuttamilta vaaratapahtumilta voitaisiin välttyä. Ristiriitaisuutta ohjeissa ei saa olla, ohjeiden tulee aina edetä selkeästi. Prosessikuvaukset ja toimintaohjeet tulee kirjata sellaiseen muotoon, että niistä selviää, kenen vastuulla asian hoitaminen kussakin prosessissa on. (Helovuo ym. 2015.)

Prosesseihin tulee aina sisällyttää varmistusmenettelyitä vaaratapahtumien ennaltaehkäisemiseksi. Varmistusmenettelyt herättävät työntekijää ja antavat aikaa huomata virhe. Varmistusmenettelyitä tulisi olla erityisesti niissä prosesseissa, joiden tiedetään sisältävän suurin riskiä potilasturvallisuudelle. Tällaisia suuren riskin sisältäviä töitä ovat muun muassa lääkkeiden antaminen jonkin laitteen avulla. (Helovuo ym. 2015.)

Työympäristö voi aiheuttaa vaaratapahtumien syntymistä. Jos työympäristö on epäjärjestyksessä, tavaroilla ei ole omia paikkoja tai ympäristö on liian hämärä tai meluisa. Vaaratapahtuma voi syntyä, jos tarkkuuttava vaativalle työlle kuten esimerkiksi lääkkeiden jako, ei ole varattu omaa rauhallista tilaa, jossa ei tule keskeytyksiä. Tilojen ahtaus voi olla vaaratapahtumien aiheuttaja, jos tilat ovat liian ahtaat siellä tehtäville toiminnoille. Turvallisuusmerkinnetit puuttuvat tai ovat puutteellisia. Tilat eivät ole puhtaat tai siellä on rakenteita, jotka eivät ole turvallisia. Nämä tekijät voivat edesauttaa vaaratapahtumien syntymiseen. Lääkinnällisten laitteiden käyttö lisääntyy koko ajan. Laitteet tulee olla kunnossa ja niiden käyttöohjeet helposti saatavilla. Henkilöstön tulee saada laitteiden käyttöön riittävä koulutus, jotta vaaratapahtumilta välttyttäisiin. Erityisesti riskit kasvavat silloin kun laittaa kautta anostellaan lääkkeitä. (Helovuo ym. 2015.)

6.5 Tiedonhallinta

Tiedonhallinnan haasteet ovat aineiston mukaan hyvin tavallisia. Potilaalle jo tehdyistä hoidoista ja toimenpiteistä tulee saada tieto lähes reaaliajassa, oikeaan aikaan ja helposti. Puutteellinen kirjaaminen, kirjaamisen viivästyminen, kirjaaminen väärään paikkaan edesauttavat vaaratapahtumien synnyssä. Potilastietojärjestelmään kirjaamisen tulee olla ohjeistettua. Potilastietoihin kirjaaminen tulee olla selkeää ja kirjaaminen tulee tehdä viivyttämättä. Kirjaamisen haasteet tulevat tyypillisimmillään esiin, kun työskennellään organisaatioiden yli. (Helovuo ym. 2015.) Potilastietojärjestelmiä tulee kehittää siten, että potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen tai potilaan kotiutuessa, siirtyy tieto potilaan saamasta hoidosta ja jatkotoimista, jotta vaaratapahtumilta välttytään. Myös tiedot lääkityksestä tulee siirtyä. Siirtotilanteissa ammattialaisten välinen tiedonjakaminen on erityisen riskialtis vaihe, johon sisältyy usein väärinymmärryksiä, jotka lisäävät mahdollisuuksia vaaratapahtumille.

Asiakkaan tiedot tulee kirjata niin tarkasti, ettei niihin jää tulkinnanvaraa. Siirtotilanteissa tulee olla selkeästi vastuutettu, kenen vastuulle kuuluu esimerkiksi viimeisimmän päivitetyn lääkeluettelon teko. Potilaan tullessa sairaalaan tai sieltä lähtiessä potilastietojen kopioiminen vaarantaa potilasturvallisuuden ja lisää riskiä vaaratapahtumille, sekä työllistää turhaan ammattilaisia. Sähköisesti kopioiduissa potilastiedoissa 12 % oli virhe, sekä 13 % käsin kopioiduissa potilastiedoissa oli virheitä. (Jylhä ym. 2017; Hautamäki ym. 2017.)

Potilastietojärjestelmiä tulee kehittää, siten, että niissä oleva tieto on hyvin järjesteltyä ja ammattilaiset löytävät tarvitsemansa tiedon helposti ja pystyvät näin tekemään parempia päätöksiä liittyen potilaan hoitoon. (Jylhä ym. 2017.) Potilastietojärjestelmien kehityksessä pitäisi tehdä entistä enemmän työtä potilastietojärjestelmän kehittäjän ja hoitohenkilöstön kanssa, jotta järjestelmät palvelisivat käytännön tarpeita, sekä järjestelmissä olisi huomioita käytännössä hyödyllisiä turvamekanismeja. Järjestelmissä tulisi olla muun muassa lääketietyksen osalta oletusmääräykset, jotta vaaratapahtumia voitaisiin ennaltaehkäistä paremmin. Eri potilastietojärjestelmien keskinäistä seurustelevuutta tulisi aktiivisesti lisätä, jotta järjestelmien välinen tiedonsiirto oli mutkatonta tai ylipäätään mahdollista. Useamman potilaan tietojen käsittely samanaikaisesti tulisi estää, jotta virhekirjauksien riskiä pienennettäisiin, sekä järjestelmät tukisivat mallia hoitaa vain yhden asiakkaan asioita kerrallaan. Potilastietojärjestelmiä käytetään potilaanhoidon jokaisessa vaiheessa, mutta keinoja torjua potilastietojärjestelmistä nousevien vaaratilanteiden hallinta on hankalaa, mutta sen eteen tulisi työskennellä aktiivisesti. (Arvola ym. 2012.)

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulosten keskiöön nousi johtaminen ja johdon sitoutuminen. Vaaratapahtumajärjestelmän olemassaolo ei takaa sitä, että vaaratapahtumajärjestelmä toisi kustannussäästöjä ja parantaisi potilasturvallisuutta. Vaaditaan sitoutunut johto, joka vie asiaa aktiivisesti eteenpäin ja osoittaa omalla toiminnallaan vaaratapahtumanjärjestelmän tärkeyden. Johdon tulee aktiivisesti osallistua keskusteluun henkilöstön kanssa vaaratapahtumien ennaltaehkäisystä, seurata, että vaaratapahtumailmoituksia tehdään ja ilmoitukset johtavat toimintatapojen ja käytäntöjen muutoksiin. Asenne potilasturvallisuuden merkityksestä tulee muuttua, jotta potilasturvallisuus pääsee kehittymään. Yrityksen johto on keskeisessä roolissa asennemuutoksessa; johdon tehtävänä on mallintaa esimerkillistä toimintaa potilasturvallisuutta koskevissa asioissa ja tuoda esiin potilasturvallisuuden merkityksen yrityksen arvoissa. (Kansanen 2018.) Suomessa ei tällä hetkellä ole tarkkaa tietoa millä tasolla potilasturvallisuudessa ollaan ja kuinka tehdyt toimenpiteet ovat vaikuttaneet potilasturvallisuuteen. Tarvitaisiin kansallinen taho, joka johtaisi potilasturvallisuus työskentelyä. (Manderbacka ym. 2012.)

Vaaratapahtuman jälkeisille tapahtumille ei ole olemassa suositusta. Vakavan vaaratapahtuman jälkeen tapahtumaan osallisena ollut henkilöstö tarvitsee apua ja tukea. Yrityksillä tulisi olla myös näihin tilanteisiin selkeät toimintamallit. Käsittelemätön vaaratapahtuma voi heikentää henkilöstön työkykyä ja johtaa uupumiseen. (Toivonen 2017.)

Henkilöstön perehdyttäminen hyvin työhön, johon he ovat tulossa on ensiarvoisen tärkeää ja potilasturvallisuutta nostava tekijä. Osana perehdytystä tulisi käydä läpi myös vaaratapahtumajärjestelmä ja vaaratapahtumailmoituksen tekemisen hyödyt. Jotta vaaratapahtumajärjestelmä pysyy elinvoimaisena ja siitä saadaan maksimaalinen hyöty, niin järjestelmään pitää tulla ilmoituksia, joiden pohjalta voidaan tehdä potilasturvallisuutta nostavia muutoksia. (Sarste 2012.) Henkilöstön potilasturvallisuusosaamista tulisi aktiivisesti kehittää koulutuksin. Henkilöstöä tulisi kouluttaa odottamattomien tapahtumien varalle, jotta henkilöstö osaisi toimia näissä tilanteissa rauhallisesti ja järkevästi. (Kansanen 2018.)

Henkilöstölle luotavat ohjeet ja prosessikuvaukset ovat hankalimmillaan työtä sekoittava ja vaaratilanteiden syntyä tukeva tekijä. Ohjeet tulisi olla aina selkeät ja yksiselitteiset. Ohjeita tulisi säilyttää vain yhdessä paikassa, etteivät vanhat ohjeet aiheuta vaaratilanteita ja ristiriitoja kahden samaa asiaa koskevan ohjeen välille. Hyvä käytäntö on laittaa ohjeeseen päivämäärä, jotta kahden ohjeen välillä henkilöstö voi valita uudemman. (Helovuo ym.2015.)

Prosessien toiminta tulisi testata aina käytännössä, ettei toimimaton prosessi aiheuta käytännössä vaaratilanteita. Yrityksessä tulisi olla selkeät ohjeet siitä, kuka ohjeita luo, missä ohjeita säilytetään ja kenen vastuulla on ohjeiden päivittäminen. (Helovuo ym.2015.)

Potilasjärjestelmien toimimattomuus, mutta toisaalta myös liian suuri sallivuus aiheuttaa vaaratilanteita. Potilastietojärjestelmiä tulisi kehittää enemmän hoitohenkilöstön ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Potilastietojärjestelmissä tulisi estää esimerkiksi kahden potilaan tietojen avaaminen samanaikaisesti, joka nostaa selkeästi riskiä kirjata väärän potilaan tietoihin. Pakotetuilla toimilla voitaisiin parantaa potilasturvallisuutta. Tietyissä tilanteissa esimerkiksi lääkelista tulisi aina tarkistaa ja kuitata tarkistetuksi ennen kuin pääsee sulkemaan potilaan tiedot, jotta tietoihin ei jäisi vääriä annostuksia tai lääkityksiä, jotka on jo poistettu käytöstä. (Helovuo ym. 2015)

Potilaat omaisineen tulisi ottaa mukaan aktiivisesti potilasturvallisuuden kehittämiseen. Potilailla omaisineen on paljon tietoa hoitoketjujen sujumisesta ja hoidon vaikuttavuudesta. Tällä hetkellä tätä tietoa ei hyödynnetä tarpeeksi. Jokaisessa hoitoyksikössä pitäisi olla päivittäisessä käytössä malli, jolla omaiset saavat helposti tehtyä vaaratapahtumailmoituksia. Omaisille ja potilaille vaaratapahtumailmoitus voisi olla kattavampi ja ohjatumpi, jotta tapahtumista saadaan riittävä määrä tietoa. (Pietiläinen ym. 2012).

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Lappeenrannan Työterveydessä, kun yrityksen omaa vaaratapahtumajärjestelmää aletaan luomaan. Erytystä huolellisuutta tulee käyttää johdon perehdyttämiseen ja sitouttamiseen, jotta vaaratapahtumajärjestelmä saa hyvän pohjan. (Kansanen 2018.)

7.2 Eettiset näkökohdat ja luotettavuuden arviointi

Opinnäytetyö tehtiin Lappeenrannan Työterveydessä esiin tulleeseen tarpeeseen. Opinnäytetyön aiheeseen laaja perehtyminen ja sen pohjalta suunnitelman tekeminen Lappeenrannan työterveyteen ei ollut eettisesti kyseenalaista. Aihe ei ole herkkä, eikä henkilökohmainen. Aihe ei loukkaa ketään, eikä se opinnäytetyö sisällä salassa pidettävää tietoa. Opinnäytetyötä käytetään pohjana Lappeenrannan Työterveyden omaan vaaratapahtumajärjestelmän kehittämiseen. Lappeenrannan Työterveys ei maksa palkkaa, eikä ohjannut opinnäytetyön tekemisessä. Opinnäytetyö on puolueeton ja rehellinen. Opinnäytetyöhön ei liity esteellisyyssymptomeja. Opinnäytetyössä ei käsitelty henkilötietoja, eikä salassa pidettäviä tietoja, joten erillisiä lupia tai sopimuksia ei ollut tarvetta tehdä. Sopimus tutkijan ja Lappeenrannan Työterveyden välille on tehty opinnäytetyön toteuttamisesta Lappeenrannan Työterveyteen. Opinnäytetyö koskee vaaratapahtumajärjestelmää ja käytetyt lähteet ovat

puolueettomia, ja niillä ei ole sidonnaisuuksia Lappeenrannan Työterveyteen tai tutkijaan. (Arene 2019.)

Tutkimusetiikka oli mukana kirjallisuuskatsauksen jokaisessa vaiheessa. Erityistä huomiota tutkimusetiikkaan kiinnitettiin tutkimuskysymysten asettelussa. Etiikalla on myös osansa aineiston käsittelyssä ja raportoinnissa. (Kangasniemi ym. 2013.) Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tutkimusetiikkaa, joka tarkoittaa sitä, että opinnäytetyö on rehellinen, huolellinen, tarkka aineiston hakuja tehdessä ja tulosten esittämisessä. Tiedonhakumenetelmät ja tiedonhakutavat olivat eettisesti suoritettuja. Opinnäytetyö raportoitiin noudattaen sellaisia vaatimuksia, jotka on asetettu tieteelliselle tiedolle. (Kangasniemi ym. 2013, Sarajärvi 2018.)

Haasteellisin osuus opinnäytetyön prosessissa on ollut tiedonhaku. Lähteitä on määrällisesti paljon, mutta laadullisesti lähdeluettelo voisi olla vahvempi. Lähteiden laatua heikentää se, että osa lähteistä on yli kymmenen vuotta vanhoja, sekä se, että kansainvälisiä lähteitä on vähän. (LAB, 2022.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää opinnäytetyön johdonmukainen eteneminen, sekä lähteiden hakemiseen käytetty LUT tiedekirjaston informaation ohjaus. Luotettavuutta lisäävä tekijä on myös se, että tutkivasta aiheesta kerättiin tieto riittävän laajasta aineistosta. Aineistossa samojen teemojen toistuminen, sekä se, että aineisto ei tuota enää uutta tietoa lisäävät aineiston luotettavuutta. Aineiston käsittelyssä on kiinnitetty huomiota, ettei yksittäinen yhdestä lähteestä saatu aihe saa liian suurta roolia aineistoa teemoitellessa. Esiin nostettavat teemat toistuivat aineistossa (Aira 2005.)

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Potilaan osallistamisen tukeminen vaaratapahtumien ennaltaehkäisijänä nousi aineistossa esiin vahvasti. Kuitenkin moni tutkija koki, että aiheesta tiedetään toistaiseksi vähän. Potilaiden ja omaisten näkemyksiä potilasturvallisuuden kehittäjänä saatetaan väheksyä, koska heillä ei välttämättä ole alan koulutusta. Potilas on kuitenkin se taho, johon kaikki toiminta kohdistuu ja potilas on kaiken keskiössä näkemässä ja kokemassa. (Pietiläinen ym. 2012.) Asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluiden laatuun ja asiakkaiden subjektiivista kokemusta palvelun kulusta ja sujuvuudesta voidaan selvittää asiakastytyväisyyskyselyllä ja saatujen asiakaspalautteiden perusteella. Vaikka johdon rooli on tärkeä vaaratapahtumajärjestelmän toiminnassa, on työntekijöiden sitouttaminen yrityksen yhteisiin arvoihin hyvin merkittävää. Jatkotutkimusaineena potilaan osallisuuden tukeminen vaaratapahtumien ennaltaehkäisijä.

Toinen jatkotutkimus aine on riskien arviointi ja vaaratapahtumajärjestelmä yhdessä nostamassa potilasturvallisuutta. Riskien arviointi on jo vuosia tehty työpaikoilla kaikista

työpaikan työoloista ja työympäristöstä. Vaaratapahtumajärjestelmästä tehtävien ilmoitusten pohjalta tulisi tehdä myös riskienarviointiin tarvittaessa muutoksia. Muutoksia tulisi tehdä etenkin silloin, jos esiin nousee jokin uusi riski, jota ei ole osattu riskienkartoitusta tehdessä huomioida. (Työturvallisuuskeskus.)

On tärkeää, että vaaratapahtumajärjestelmän käyttöön ja ilmoitusten tekemiseen on jokaisella yrityksen työntekijällä matala kynnyks. Asiaa tulisi lähestyä niin, ettei huonoja ilmoituksia ole lainkaan, vaan jo pienen epäkohdan huomaaminen ja ilmoittaminen on merkittävää.

Keskeisimmät aiheet valitun aineiston pohjalta olivat: Potilasturvallisuuden johtaminen, potilasturvallisuus, vaaratapahtumat, resilienssi, prosessit ja toimintamallit ja tiedonhallinta.

Tämän opinnäytetyön myötä on selvää, että johtaminen on suuressa osassa potilasturvallisuuden kehittymisessä. Ilman hyvää johtamista kaikki on turhaa. Vaaratapahtumajärjestelmät, potilasturvallisuus ja niiden mittaaminen ovat suomessa lapsen kengissä. Mittaristot ovat heikkoja ja niiden kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää. Suomeen tarvitaan yksi potilasturvallisuudesta vastaava taho, joka seuraa potilasturvallisuutta, sen kehittymistä, kehittää mittaristoja ja luo aktiivisesti uutta tutkittua tietoa. Uuden tiedon myötä potilasturvallisuuden merkitys korostuisi jo opintojen aikana, jolloin se olisi työkentillä arvioitava ja automaattisesti havainnoitava asia. Potilasturvallisuus on keskeinen asia sosiaali- ja terveysalla, se ei ole yksin potilaiden turvallisuutta vaan myös henkilöstön työturvallisuutta.

Opinnäytetyön suositukset potilasturvallisuuden nostamiseen sosiaali- ja terveysalan toimijoille:

- Suomeen tarvitaan taho, joka vastaa potilasturvallisuudesta ja sen kehittämisestä kansallisesti. Myös yksittäisissä yrityksissä olisi hyvä olla potilasturvallisuusvastaava.
- Johdon hyvä sitoutuminen potilasturvallisuuteen ja vaaratapahtumajärjestelmään tärkeää.
- Henkilöstön hyvä perehdyttäminen avainasemassa.
- Henkilöstön potilasturvallisuusosaamista lisättävä.
- Potilastietojärjestelmien kehittäjien ja hoitohenkilöstön yhdessä järjestelmien kehittäminen turvallisemmaksi tärkeää.

Lähteet

- Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 121. 1073–1077. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo94977.pdf>
- Alavaahtola, P. & Palviainen, J-E. 2014. Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon potilasturvallisuutta. YAMK Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201402182386>.
- Arene. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Saatavilla <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Arvola, T. Pommelin, P. Inkinen, R. Väyrynen, S & Tammela, O. 2012. Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Suomen Lääkärilehti 12/2012. 955-961.
- Donaldson, L. Ricciardi, W. Sheridan, S & Tartaglia, R. 2021. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Springer. Italia. Saatavissa <https://link.springer.com/content/pdf/bfm:978-3-030-59403-9/1.pdf>.
- Haatainen, H. 2019. Hoitotyön johtaja tiedonkulun vaaratapahtumien ehkäisijänä HaiPro -aineiston analysointi. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20190346>.
- HaiPro. Viitattu 1.12.2022. Saatavissa <https://awanic.fi/haipro/>
- Hautamäki, E. Kinnunen, U-L & Palojoki, S. 2017. Health information systems' usability-related use errors in patient safety incidents. FinJeHeW 9. 6-17.
- Helovuori, A. Kinnunen, M. Kuosmanen, A & Peltomaa, K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki. Suomen potilasturvallisuusyhdistys Ry. Saatavissa https://spty.fi/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf
- HUS Tarkastuslautakunta. 2018. Potilasturvallisuuden johtaminen, vaaratapahtumaraportointi ja potilasturvallisuutta edistävät yhtenäiset toimintamallit: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Helsinki. Saatavissa https://arviointikertomushus.fi/wp-content/uploads/2020/04/Arviointimuistio-3_2018-Potilasturvallisuus.pdf
- Hussain, F. Copper, A, Carson-Stevens, A. Donaldson, L. Hibbert, P. Hughes, T & Edwards, A. Diagnostic error in the emergency department: learning from national patient

safety incident report analysis. *BMC Emerg Med* 19, 77 (2019). Saatavissa <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0289-3>

Härkönen, M. 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/11229/urn_nbn_fi_uef-20120463.pdf

Sahlström, M., Partanen, P & Turunen, H. 2018.. Patient-reported experiences of patient safety incidents need to be utilized more systematically in promoting safe care. *International Journal for Quality in Health Care*, 30/2018, 778–785. Saatavissa <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy074778-785>.

Juhila, K. 2022. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Teemoittelu. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 30.9.2022. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/teemoittelu/>

Jylhä, V. Bates, D. W. & 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*, 8/2016. 164–176. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/60195>.

Jylhä, V. 2017. Information management in health care: a model for connecting information culture and patient safety. Itä-Suomen yliopisto. Grano Oy. Jyväskylä. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17548/urn_isbn_978-952-61-2384-4.pdf?sequence=1

Kangasniemi, M. Utriainen, K. Ahonen, S-M. Pietilä, A-M. Jääskeläinen, P & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25. 291-301.

Kansanen, T. 2018. Potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollossa: Resilienssi-käsitteen esiintyminen vaaratapahtumailmoituksissa. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20181119>

Kim, Y & Lee, H. 2020. Nurses' Experiences with Disclosure of Patient Safety Incidents: A Qualitative Study. *Risk Management and Healthcare Policy*. 453-464. Saatavissa <https://doi.org/10.2147/rmhp.s253399>

Kinnunen, M. Keistinen, T. Ruuhilehto, K & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Helsinki 2009. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Potilasturvallisuuskeskus.

- Knuutila, J. Ruuhilehto, K & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Helsinki. Saatavissa https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007_1_vaatatapahtumien_raportointi.pdf
- Kuusisto, M. Sneck, S. Sova, P & Härkänen, M. 2019. Lääkehoidon vaaratilanteet – mitä voimme oppia HaiPro-ilmoituksista? Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Viitattu 17.8.2022. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/laake/haku/haipro/sic00541/artikkeli>
- LAB-ammattikorkeakoulu. 2022. LAB Informaatiolukutaidon perusteet. Viitattu 2.12.2022. Saatavissa https://libguides.lut.fi/LAB_informaatiolukutaito
- Lappeenrannan Työterveys Oy. Lappeenrannan Työterveys. Lappeenrannan Työterveys Oy. Viitattu 7.10.2022. Saatavissa <https://www.lprtyoterveys.fi/yhteystiedot>
- Laukkanen, E & Ruokoniemi, P. 2021. Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Liukka, M. 2021. Patient safety-related adverse events – Perspectives of health care professionals. Kuipion Yliopisto. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3807-7>
- Manderbacka, K. Sund, R. Ruth, I. Sajantila, A. Arffman, M & Milén, A. 2012. Miten löytää terveydenhuollon haittatapahtumat kuolemansyyrekisteristä? Suomen lääkärilehti 10/2012. 789-793.
- Nisula, J. 2015. Moderni turvallisuusajattelu. Finnanest 48, 328-331. http://www.finnanest.fi/files/nisula_moderni_turvallisuusajattelu.pdf
- Olin, K. Pekonen, A. Roine, R. Aaltonen, L-M & Kinnunen, M. 2017. Turvallisuusriskejä kannattaa etsiä myös potilasasiakirja-analyysillä. Lääkärilehti 42/2018, 2433–2434. Saatavissa https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305737/SLL422018_2433.pdf?sequence=1
- Organisation for Economic Co-operation and Development. 2020. The Economics of patient safety from analysis to action. OECD. Saatavissa <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
- Palojoki, S. Skants, N. Reponen, E. Vakkuri, A. Saranto, R & Vuokko, R. 2022. Vapaaehtoisen vaaratapahtumajärjestelmän kehittäminen korkean kehitystason

potilastietojärjestelmissä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Helsingin yliopistollinen sairaala (HUS). Helsinki. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Saatavissa <https://doi.org/10.23996/fjhw.110823>

Pietiläinen, E. Heikkilä, J & Reiman, T. 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. Kuopio. Kopiojyvä Oy. Saatavissa <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2012/T58.pdf>

Pöntinen, M. 2014. HaiPro -ilmoitusten analyysia ohjaava toimintamalli. YAMK Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405076311>

Rauhala, A. Kinnunen, M. Kuosmanen, A. Liukka, M. Olin, K. Sahlström, M & Roine, R. 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? Lääkärilehti 46/2018, 2716-2720. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/mita-vapaaehtoiset-vaaratapahtumailmoitukset-kertovat/>

Reiman, S. 2017. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet ja lähijohtajien toiminta: Yhden kaupungin perusterveydenhuollon HaiPro-aineiston analyysi vuodelta 2015. Pro gradu. Itä-Suomen Yliopisto. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20180150>

Roine, P. Kinnunen, M & Haavisto, E. 2017. Potilasturvallisuudesta on liian vähän tietoa. Lääkärilehti 37/2017, 108-109.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksien tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisu 62. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3>

Sarajärvi, A & Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Sarste, T. 2012 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20120469>

Sahlström, M. Partanen, P & Turunen, H. 2018. Patient-reported experiences of patient safety incidents need to be utilized more systematically in promoting safe care. International journal for quality in health care. 30/2018, 778-785. Saatavissa [10.1093/intqhc/mzy074](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy074)

Seppä, S 2008 Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien säästöt. Lääkärilehti 12-13/2008, 1208-1211.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Turvallinen lääkehoito, opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Helsinki.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Valopaino Oy. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

Suokas, S. 2018. Henkilöstön arvioita potilasturvallisuuskulttuurista yhdessä sosiaali- ja terveysyhtymässä. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20190089>

Sydänmaanlakka, P. 2009. Jatkuva uudistuminen: Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Talentum. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Toivonen, A. Nevalainen, M & Pyörälä, E. 2017. Hoitovirheet järkyttävät – miten niistä voi oppia? Duodecim 2/2017. 1-5. Saatavissa https://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl01559

Työturvallisuuskeskus. Vaarojen tunnistaminen ja riskienarviointi. Viitattu 1.12.2022. Saatavissa <https://ttk.fi/tyoturvallisuus/vastuut-ja-velvoitteet/tyonantajan-yleiset-velvollisuudet/vaarojen-tunnistaminen-ja-riskien-arviointi/>.

Valtioneuvoston asetushyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013, 5§. Viitattu 1.10.2022. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>

Vuori, J. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 24.0.2022. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/metodologia/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallonanalyysi/>

Williams, E. 2017. Patient Safety and Management: Perspectives, Principles and Emerging Issues. Novinka. Saatavilla https://web-p-ebscobhost-com.ezproxy.saimia.fi/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTQ3Nzg1MF9fQU41?s_id=130c7f84-902b-461b-a9e1-e90945831acd@redis&vid=0&format=EB&rid=1

World Health Organization. 2021. Global patient safety action plan 2021–2030. India. Saatavissa 10.1016/j.aprim.2021.102224

Liite 1. Aineiston esittely

Kirjallisuuskatsauksen aineiston esittely

Valittu aineisto	Julkaisun keskeinen sisältö
Arvola, T. Pommelin, P. Inkinen, R. Väyrynen, S & Tammela, O. 2012. Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Suomen Lääkärilehti 12/2012. 955-961.	Potilastietojärjestelmien aiheuttamat vaaratilanteet hallintaan potilastietojärjestelmässä olevilla asetuksilla. Hoitohenkilökunnan ja potilastietojärjestelmien suunnittelijoiden yhteistyötä tulisi lisätä.
Donaldson, L. Ricciardi, W. Sheridan, S & Tartaglia, R. 2021. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management. Springer. Italia.	Potilasturvallisuus laaja-alaisesti käsiteltynä lääketieteen erialoilla ja tekniikassa. Potilasturvallisuuden eteen on vielä paljon tehtävissä.
Haatainen, H. 2019. Hoitotyön johtaja tiedonkulun vaaratapahtumien ehkäisijänä HaiPro -aineiston analysointi. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto	Tiedonkulkeminen työyhteisössä ja tiedonkulkemisen haasteet. Hyvän potilasturvallisuusjohtajan ominaisuudet.
Hautamäki, E. Kinnunen, U-L & Palojoki, S. 2017. Health information systems' usability-related use errors in patient safety incidents. FinJeHeW 9. 6-17	Potilastietojärjestelmissä on käyttövirheisiin johtavia käytettävyyso ongelmia, mikä voi aiheuttaa riskin potilasturvallisuudelle.
Helovuori, A. Kinnunen, M. Kuosmanen, A & Peltomaa, K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki. Suomen potilasturvallisuusyhdistys Ry.	Potilasturvallisuus osana riskienhallinta ohjelmaa. Vaaratapahtumajärjestelmää ja riskienhallintaohjelmaa tulisi kehittää yhdessä. Vaaratapahtumien pohjalta tehdyt ohjeet ja muutokset tulisi viedä riskienhallintaohjelmaan asti.
Härkönen, M. 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto.	Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuurin vaikutus organisaation potilasturvallisuuteen.
Jylhä, V. Bates, D. W. & 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, 8/2016. 164–176.	Potilastiedot on saatava selkeään ja hyvin järjesteltyyn muotoon, jotta vaaratapahtumilta vältytään. Oikea tietoa on oikeassa paikassa. Potilastietojen siirtämisessä tulee huolehtia erityisesti tarkkuudesta.
Jylhä, V. 2017. Information management in health care: a model for connecting information culture and patient safety. Itä-Suomen yliopisto. Grano Oy. Jyväskylä.	Hankaluudet tiedonhallinnassa vaikuttavat potilasturvallisuuteen ja lisäävät vaaratapahtumia
Kansanen, T. 2018. Potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollossa: Resilienssi- käsitteen esiintyminen vaaratapahtumailmoituksissa. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto.	Potilasturvallisuus muuttuvassa työn arjessa. Muutoksiin varautuminen ja yllättävistä haasteista oppiminen, resilienssi. Johtaminen muuttuvassa terveydenhuollossa.
Laukkanen, E & Ruokoniemi, P. 2021. Turvallinen lääkehoito: Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.	Opas lääkehoidon turvallisuuden nostamiseksi ja lääkehoidon haittojen vähentämiseksi.

Valittu aineisto	Julkaisun keskeinen sisältö
Manderbacka, K. Sund, R. Ruth, I. Sajantila, A. Arffman & M. Milén, A. 2012. Miten löytää terveydenhuollon haittatapahtumat kuolemansyyrekisteristä? Suomen lääkärilehti 10/2012. 789-793.	Kuolemansyy rekisteristä ei voi haittatapahtumia yksiselitteisesti tunnistaa. Tilastojen seuraaminen on kuitenkin tärkeää.
Nisula, J. 2015. Moderni turvallisuusajattelu. Finnanest 48, 328-331.	Mitä voimme oppia muilta aloilta turvallisuusajattelusta. Resilienssi, varautuminen yllättäviin tapahtumiin.
Olin, K. Pekonen, A. Roine, R. Aaltonen, L-M & Kinnunen, M. 2017. Turvallisuusriskejä kannattaa etsiä myös potilasasiakirja-analyysillä. Lääkärilehti 42/2018, 2433-2434.	Glopal Tigger Tool eli GTT analyysin käyttö vaaratapahtumien löytämiseksi potilasjärjestelmästä tehtyjen kirjausten avulla
Pietiläinen, E. Heikkilä, J & Reiman, T. 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. Kuopio. Kopiajyvä Oy.	Potilailla on paljon annettavaa potilasturvallisuuden kehittämisessä. Adaptiivinen johtaminen, joustavuus muutosten edessä.
Rauhala, A. Kinnunen, M. Kuosmanen, A. Liukka, M. Olin, K. Sahlström, M & Roine, R. 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? Lääkärilehti 46/2018, 2716-2720.	Vaaratapahtumailmoituksia tehdään joka vuosi enemmän. Henkilöstöä tulisi edelleen kouluttaa vaaratapahtumien tunnistamiseen potilasturvallisuuden nostamiseksi.
Reiman, S. 2017. Hoitohenkilökuntaan kohdistuvat väkivaltatilanteet ja lähijohtajien toiminta: Yhden kaupungin perusterveydenhuollon HaiPro-aineiston analyysi vuodelta 2015. Pro gradu. Itä-Suomen Yliopisto.	Väkivallan uhka hoitoalalla ja keinoja väkivallan ennaltaehkäisyyn.
Sarste, T. 2012 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto.	Vaaratapahtumailmoitusten tekeminen ilmoituksen tekijän näkökulmasta.
Suokas, S. 2018. Henkilöstön arvioita potilasturvallisuuskulttuurista yhdessä sosiaali- ja terveystyössä. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto.	Potilasturvallisuuskulttuurin ymmärtäminen henkilöstön näkökulmasta. henkilöstön arvioita potilasturvallisuusjohtamisesta, tiimityöstä ja vaaratapahtumien käsittelystä.
Toivonen, A. Nevalainen, M & Pyörälä, E. 2017. Hoitovirheet järkyttävät – miten niistä voi oppia? Duodecim 2/2017. 1-5.	Hoitovirheet ja niissä osallisena ollut henkilöstö kokee negatiivisia tunteita ja voivat kyseenalaistaa ammattitaitonsa, sekä uupua ajastaan.