

”Valpas mieli on turva verraton”

Potilaiden ja läheisten kokemukset potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja varmistamisesta

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

Pro gradu –tutkielma

Monografia

Syksy 2012

Tanja
Jaakola

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

JAAKOLA TANJA: ”Valpas mieli on turva verraton” – Potilaiden ja läheisten kokemukset potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja varmistamisesta

Pro Gradu –tutkielma, 77 sivua, 6 liitettä

Ohjaajat: TtM Mira Palonen, THT, professori Päivi Åstedt-Kurki

Joulukuu 2012

Hoidon laatu ja turvallisuus ovat keskeisiä tekijöitä potilaan hoidossa. Siitä huolimatta hoidon laadun ongelmat ja niistä aiheutuvat vaaratapahtumat ovat terveydenhuollon arkipäivää. Potilasturvallisuuden kehittäminen on tunnistettu välttämättömäksi ja potilaan sekä läheisen rooli osaksi sitä.

Tutkielman tarkoitus oli kuvata potilaiden ja läheisten kokemuksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta sekä selvittää, millaisia keinoja heillä on osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen. Tutkimusaineisto kerättiin aineistotriangulaatiota hyödyntäen. Teemahaastattelut (N=6) suoritettiin kesän 2012 aikana ja samaan aikaan poimittiin tutkimuksen kohteena olevan sairaanhoitopiirin vaaratapahtumajärjestelmästä (HaiPro) kaikki potilaiden ja läheisten tekemät vaaratapahtumailmoitukset (N=51). Lähestymistavaltaan laadullinen tutkimus analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimuksen tiedonantajina haastatteluissa toimivat potilaat ja läheiset.

Vaaratapahtuma on potilaille ja läheisille hyvin henkilökohtainen tapahtuma. Potilasturvallisuuden vaarantuminen aiheutti potilaalle riskin vaarasta tai haittatapahtuman. Potilaan tai läheisen hoitokokemukset eivät vastanneet niitä laatuvaatimuksia, mitä he hyvältä hoidolta odottivat. Kokemukset poikkeamista hyvässä hoidossa muodostuivat hoidossa koetuista riskeistä ja haitoista, ongelmista kohtelussa ja kohtaamisessa, sekä ongelmista terveydenhuollon ammattilaisen työn hallinnassa.

Tutkimuksen tulosten mukaan potilasturvallisuutta tulisi kehittää monipuolisesti rakentuen koko organisaation potilasturvallisuuskulttuurin huomioimiseen. Potilaiden ja läheisten kokemat vaaratapahtumat heijastuivat voimakkaasti tutkimustuloksissa ilmeneviin potilasturvallisuuden kehittämisalueisiin. Tutkimustulokset osoittivat, että potilaat ja läheiset tunnistivat tekijöitä sekä löysivät keinoja, joiden avulla he pystyvät osallistumaan potilasturvallisuuden varmistamiseen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden kehittämisessä hoitotyössä.

Avainsanat: potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, potilaan ja läheisen osallistuminen.

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Health Sciences
Nursing Science

JAAKOLA TANJA: “An alert mind is beyond comparison when it comes to safety” – Patients’ and next of kins’ experiences about hazards and ensurance of the patient safety

Master’s thesis, 77 pages, 6 appendices
Supervisors: Mira Palonen, MNSc, Päivi Åstedt-Kurki, PhD, Professor
December 2012

Quality of care and safety are the key factors in patient care. Nevertheless, the problems in the quality of care causes errors which are part of everyday healthcare. The development of patient safety has been identified as necessary, and the role of the patient and their next of kins part of it.

The purpose of the study was to describe patients’ and next of kins’ experiences concerning errors in the patient safety and to find out, different options they have in participating in the ensurance of the patient safety. Data was collected by using data triangulation.

In the summer 2012 theme interviews were carried out and at the same time from the Hospital Districts reporting system for errors (HaiPro) all the patients’ and next of kins’ (N=51) adverse event notifications were gathered. The approach of the research is qualitative and the data was analysed by inductive content analysis. Patients (N=3) and next of kins (N=3) acted as informants for the research.

Adverse event is a very personal event for patients and next of kins. Endangered of the patient safety caused a risk of harm or resulting a patient harm event. The experience of treatment or care did not stand up to the quality demands the patients and the next of kins had. Experiences of errors in good care consisted of risks and harms, problems with treatment and encounter and problems with work management of health care professionals.

According to the results patient safety should be developed in a diverse range of ways basing on the patient safety culture of the entire organization. Adverse event that patients’ and next of kins’ experienced reflected strongly in patient safety improvement areas that the findings of the study shows. The research pointed out that patients and next of kins can identify factors and they found methods how to participate in ensurance of patient safety. The reasearch findings can be utilized in developing patient safety in nursing.

Keywords: Patient safety, adverse event, participation of patient and next of kin

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	6
2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1. Keskeiset käsitteet	8
2.1.1. Potilasturvallisuus	8
2.1.2. Vaaratapahtuma	9
2.2. Potilasturvallisuus terveydenhuollossa	10
2.2.1. HaiPro –järjestelmä potilasturvallisuuden kehittämisessä	11
2.3. Potilaan ja läheisen osallistuminen potilasturvallisuuden varmistamiseen	12
2.3.1. Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät	14
2.3.2. Potilasturvallisuuden varmistamista estävät tekijät	16
2.4. Potilasturvallisuuden vaarantuminen	18
2.4.1. Potilasturvallisuuden vaarantuminen potilaan ja läheisen näkökulmasta	19
2.4.2. Potilaan ja läheisen potilasturvallisuustietoisuus	21
2.5. Vaaratapahtumista oppiminen	22
2.6. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	23
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	25
4.1. Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	25
4.2. Tutkimukseen osallistujat	26
4.3. Aineiston hankinta	27
4.4. Aineiston analyysi	30
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	39
5.1. Osallistujien taustatiedot	39
5.2. Poikkeamat hyvästä hoidosta	39
5.2.1. Potilaan ja läheisen hoidossa kokemat riskit ja haitat	40
5.2.2. Potilaan ja läheisen kokemat ongelmat kohtelussa ja kohtaamisessa	41
5.2.3. Potilaan ja läheisen kokemat ongelmat terveydenhuollon ammattilaisen työn hallinnassa	42
5.3. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen	44
5.3.1. Potilaan ja läheisen voimaannuttamisen kehittämien	45
5.3.2. Potilasturvallisuustaitojen kehittäminen	46
5.3.3. Potilaan ja läheisen kohtaamisen kehittäminen	47
5.3.4. Hoitoprosessin tiedonhallinnan kehittäminen	48
5.3.5. Tarkistamismenettelyjen kehittäminen	49

5.4. Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät	49
5.4.1. Yhteistyö hoitotapahtumassa potilaan, läheisen ja hoitohenkilökunnan välillä	51
5.4.2. Rohkeus kertoa vaaratapahtumasta tai huolesta henkilökunnalle	52
5.4.3. Ymmärrys potilasturvallisuuden merkityksestä	53
5.4.4. Potilaan sairauden ja lääkityksen kokonaisvaltainen tunteminen	53
5.4.5. Jatkuva varmistaminen ja valvominen hoitoprosessin aikana	54
6. POHDINTA	56
6.1. Tutkimuksen eettisyys	56
6.2. Tutkimukset luotettavuus	58
6.3. Tutkimuksen tulosten tarkastelu ja hyödyntäminen	62
6.4. Jatkotutkimusehdotukset	70

LÄHTEET

LIITTEET

- Liite 1. Taulukko potilasturvallisuutta käsittelevistä tutkimuksista**
- Liite 2. Tiedote tutkimuksesta**
- Liite 3. Suostumuslomake**
- Liite 4. Haastatteluteemat potilaalle**
- Liite 5. Haastatteluteemat läheiselle**
- Liite 6. Yhteenvedo aineiston analysoinnista**

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Potilasturvallisuus on osa laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa sekä koko terveydenhuoltojärjestelmää. Se on perusta potilaan turvalliselle hoidolle, joka toteutuu oikea-aikaisesti, oikealla tavalla eikä siitä koidu potilaalle haittaa. Potilasturvallisuuden parantaminen edellyttää yhteistyötä ja se on nähtävä kaikkien yhteisenä asiana. (STM 2009.) Tutkimusten perusteella noin joka kymmenes potilas kokee sairaalahoidon aikana haittatapahtuman ja useammalla kuin yhdellä sadasta haitta on vakava (Kohn ym. 2000). Tarve johdonmukaisen ja tehokkaan potilasturvallisuuden kehittämiseksi on olemassa.

Suomessa potilasturvallisuuteen on kiinnitetty erityistä huomiota viime vuosien aikana. Perusteena kehittämistyön aloittamiseen ja muutokseen ovat olleet jatkuvat terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuvat poikkeamat ja virheet. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2006 ohjausryhmän edistämään ja linjaamaan potilasturvallisuuden kehittämistä. Ohjausryhmän toimesta valmistui Suomen ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009 - 2013, jonka tavoitteena on ankkuroida potilasturvallisuus toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain 8§:ssä on vahva kannanotto laadun ja potilasturvallisuuden puolesta. Siinä määrätään terveydenhuollon toimintayksiköt laatimaan suunnitelmat laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lisäksi laki edellyttää terveydenhuollon toiminnan perustuvan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Tutkimuksen kohteena olevassa sairaanhoitopiirissä potilasturvallisuuden kehittäminen on ollut systemaattista useamman vuoden ajan. Kehittämistyön aikana sairaanhoitopiirissä on otettu käyttöön potilaiden haitta- ja vaaratapahtumien raportointijärjestelmä (HaiPro), potilasturvallisuutta huomioivia toimintaohjeita, tarkistuslistoja, potilasturvallisuustiedotteita ja potilasturvallisuutta ohjaavia asiakirjoja. Kirjallisten toimintaohjeiden ja raportointijärjestelmän tavoitteena on parantaa turvallisuuden hallintaa potilashoidossa. Potilasturvallisuuteen on kiinnitetty huomiota terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmasta, jossa potilaan etu on asetettu keskiöön.

Potilasturvallisuutta potilaan näkökulmasta on kansallisesti tutkittu vähän ja läheisen näkökulmasta ei lainkaan. Potilasturvallisuuden tutkimusta tarvitaan lisäämään ymmärrystä potilasturvallisuuden kokonaisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Organisaatio-rakenteiden ja – prosessien tutkimus ei riitä potilasturvallisuuden parantamiseksi vaan tutkimuskohteeksi tulee ottaa myös yksittäisistä terveydenhuollon osa-alueita (WHO 2007).

Tämä tutkimus edustaa potilaan ja läheisen ”ääntä” hoitoon liittyvissä turvallisuus-asioissa sekä pyrkii vahvistamaan ja lisäämään olemassa olevaa tietoa. Terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää tietoa siitä, miten potilaat ja heidän läheisensä ovat hoidossa kokeneet potilasturvallisuuden vaarantuneen, sekä millaisia näkemyksiä heillä on potilasturvallisuuden kehittämiseen. On tärkeää ymmärtää potilaan ja läheisen näkökulmaa potilasturvallisuuden varmistamisessa. Mitä se heille tarkoittaa? Potilaiden ja läheisten halua osallistua ja vaikuttaa potilasturvallisuuden varmistamiseen tulee tukea ja arvostaa kuitenkin niin, että jokaisen yksilöllistä ratkaisua osallistua tai olla osallistumatta, kunnioitetaan. Laadukasta hoitoa ei pidä pitää itsestään selvyytenä, vaan uskaltaa tarkastella ja arvioida toimintaa tutkimuksen avulla sekä hyödyntää tutkimustuloksia käytännön hoitamisen kehittämiseen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan ja läheisen kokemuksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta sekä selvittää, millaisia keinoja heillä on osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää potilasturvallisuutta käytännön hoitotyössä potilaan ja läheisen näkökulmasta. Tutkimus antaa potilaalle ja läheiselle vaikuttamismahdollisuuden hoitamisen kehittämiseen.

2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Keskeiset käsitteet

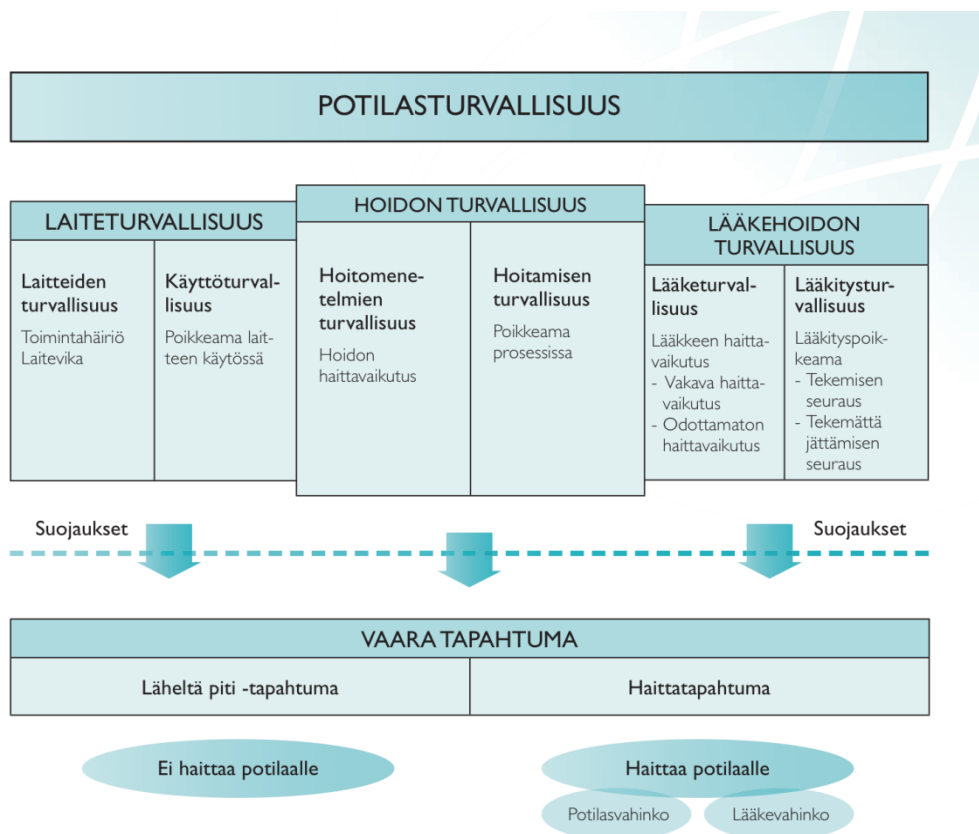
2.1.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua ja turvallisuutta. Se sisältää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden sellaiset periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa, ettei hoidosta aiheudu hänelle haittaa. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.) Hoidon turvallisuuden varmistamisella tarkoitetaan, että toimintaan sisältyy sellaisia menettelytapoja, joiden tehtävänä on saavuttaa tavoiteltu hoitotulos, sekä vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille (Helovuori ym. 2011). WHO:n (2012) määritelmän mukaan potilasturvallisuus tarkoittaa ennaltaehkäistävässä olevan haitan puuttumista terveydenhuollon prosesseissa. Potilasturvallisuus sisältää koordinoituja toimintakeinoja, joiden tarkoitus on ehkäistä haitan syntymistä potilaalle hoitoprosessin aikana.

Laajemmin tarkasteltuna potilasturvallisuus sisältää hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja laiteturvallisuuden. (Kuvio1.) Nämä turvallisuuden eri osa-alueet voidaan jakaa menetelmään ja hoitoprosessiin liittyvään turvallisuuteen. Menetelmän turvallisuus tarkoittaa hoitomenetelmän, lääkkeen tai laitteen turvallisuutta. Tällöin turvallisuuden yhteydessä puhutaan haittavaikutuksesta; hoidon tai lääkkeen haittavaikutuksesta tai laitteen turvallisuudesta. Hoitoprosessissa turvallisuus käsitetään hoitamiseen liittyvänä turvallisuutena, lääkitysturvallisuutena tai laitteen käyttöturvallisuutena. Hoitoprosessin turvallisuutta voivat vaarantaa erilaiset poikkeamat suunnitellusta hoitoprosessista. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

Potilasturvallisuutta tarkasteltaessa on tärkeää ottaa huomioon potilaita, läheisiä ja ammattilaisia ympäröivän järjestelmän vaikutus. Tavoitteena on terveydenhuollon toiminnasta johtuvien haittojen ehkäiseminen, lievittäminen ja välttäminen. Turvallisuus muodostuu järjestelmän osien välisestä vuorovaikutuksesta, ei ainoastaan yksilön, laitteen tai yksikön toiminnasta. Potilasturvallisuuden suojauksilla tarkoitetaan niitä rakenteita ja

menettelyitä, joilla voidaan tunnistaa poikkeamat ja estää vaaratapahtuman syntyminen. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.) Potilasturvallisuus on tässä tutkimuksessa määritelty pääsääntöisesti Stakesin ja lääkehoidon kehittämiskeskuksen laatiman sanaston mukaan. Sanastossa on määritelty keskeiset potilasturvallisuuden käsitteet ja käsitteistö noudattaa yleisiä kansallisesti sovittuja periaatteita ja määrittelyjä. Stakesin ja lääkehoidon kehittämiskeskuksen määritelmissä on myös huomioitu lainsäädännön asettamat vaatimukset. Tässä tutkimuksessa potilasturvallisuudella tarkoitetaan potilaan ja läheisen kokemaa turvallista hoitoa.



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden kokonaisuus (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006).

2.1.2. Vaaratapahtuma

Vaaratapahtuma määritellään potilaan turvallisuuden vaarantavaksi tapahtumaksi, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle määritellään läheltä piti –tapahtumaksi. Haitalta vältyttiin joko sattumalta tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset vaikutukset pystyttiin estämään ajoissa. Vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haitan potilaalle määritellään haittatapahtumaksi. Haitta määritellään potilaalle aiheutuvaksi tilapäiseksi tai pysyväksi ei-toivotuksi vaikutukseksi, joka voi olla fyysinen, psyykkinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla potilaan itsensä kokema ja/tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteama. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

Poikkeama tai virhe voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeamalla tarkoitetaan mitä tahansa terveydenhuollon tuotteeseen, toimintajärjestelmään tai toimintaympäristöön liittyvää suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa. Poikkeama voi liittyä tekemiseen, tekemättä jättämiseen tai järjestelmään suunniteltujen suojausmenettelyiden pettämiseen. Samassa merkityksessä käytetään käsitettä virhe, joka on sisällöltään suppeampi ja sävyltään negatiivinen. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.) Puutteet tai häiriöt terveydenhuoltojärjestelmän jokaisessa kriittisessä vaiheessa, voivat aiheuttaa potilaalle haittoja. Nämä kriittiset elementit liittyvät hoidon saavutettavuuteen, ajantasaisuuteen, tehokkuuteen, vaikuttavuuteen ja turvallisuuteen. (Kuzel ym. 2004.) Tässä tutkimuksessa vaaratapahtumalla tarkoitetaan joko läheltä piti –tapahtumaa tai haittatapahtumaa ja haitalla potilaan ja läheisen subjektiivista kokemusta haittatapahtumaan liittyvistä ei toivotuista vaikutuksista.

2.2. Potilasturvallisuus terveydenhuollossa

Potilasturvallisuustutkimuksen innoittajana ja merkittävänä aloittajana toimi Institute of Medicine (IOM) julkaisema raportti ” To Err Is Human. Building a safer system”. Raportissa otettiin kantaa laajasti potilasturvallisuuden strategiaan linjauksiin ja parannuksiin sekä kannustettiin monipuoliseen tutkimukseen, joka keskittyi terveydenhuollon turvallisuuden parantamiseen. (Kohn ym. 1999.) IOM julkaisi uuden

raportin vuonna 2003, jonka sanoma oli kiinnittää huomio potilasturvallisuuteen aiempaa julkaisua laajemmin. Uudessa raportissa korostettiin, että turvallisuuskysymyksiä ei voida erottaa laadusta. Komitean raportissa vaadittiin sitoutumista sekä parempien tietojärjestelmien kehittämistä, joiden avulla haluttiin kiinnittää huomio tarvittavaan tiedonsaantiin hoitotapahtumissa. Riittävää tiedonsaantia korostettiin välttämättömänä edellytyksenä haittatapahtumien ehkäisyssä, tunnistamisessa ja hallitsemisessa. (Aspden ym. 2003.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan virallinen suositus esittää yhtenä kolmesta pääperiaatteistaan asiakaslähtöisyyden painottamista, ja kannustaa siten asiakkaiden mukaan ottamista laadunhallintaan. Tämä tarkoittaa, että potilaille ja läheisille luodaan mahdollisuuksia osallistua aktiivisesti palveluiden laadun arviointiin ja vaikuttaa päättäjiin tarpeellisten muutosten aikaansaamiseksi. Asiakkaan osallistuminen laadunhallintaan mahdollistuu palveluntuottajien luomilla toimintajärjestelmien osallistavilla rakenteilla ja väylillä. Näiden avulla potilaat ja läheiset voivat tuottaa kehittämis ehdotuksia ja tuoda esille tarpeitaan ja kohtaamiaan ongelmia. (STM ym. 1999.)

2.2.1. HaiPro – järjestelmä potilasturvallisuuden kehittämisessä

Vaaratapahtumien ja poikkeamien raportointi sekä niistä oppiminen ovat tavoitteena kansallisessa potilasturvallisuusstrategiassa. Tämä tarkoittaa, että terveyden- ja sosiaalihuollon organisaatioilla on vuonna 2013 selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointia, seuranta ja käsittelyä varten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Suomessa virheiden ilmoittamiseen käytetään yleisimmin vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro:ta. Se on kehitetty Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen ja Lääkelaitoksen yhteistyönä. Raportointijärjestelmän tavoitteena on tukea organisaation jatkuvaa sisäistä oppimista sekä mahdollistaa tiedon tallentaminen ja siirtäminen eri yksiköiden ja tasojen välillä. Raportointijärjestelmän avulla on mahdollisuus hyödyntää tietoa virheistä (Kinnunen 2011), auttaa parantamaan turvallisuutta ja hyödyntää kertynyt tieto toiminnan kehittämisessä (THL 2009).

Vaaratapahtumien, poikkeamien, virheiden ja läheltä piti –tilanteiden raportointi on keskeinen osa toiminta-, turvallisuus- ja johtamisjärjestelmää, jossa virheiden määrää pyritään vähentämään käsittelemällä virheeseen johtanut tapahtuma ja etsimällä syytä virheen tapahtumiselle järjestelmästä yksilön sijaan. Raportointimenettelyn tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta. (Kinnunen 2011.) HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien tietotekninen raportointimenettely, joka perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen ja rankaisemattomuuteen. Raportointimenettelyn tavoitteena on saada esiin mahdollisimman kattavasti yksikön toiminnassa esiintyvät vaaratilanteet ja –tapahtumat niin, että vastaavien tapahtumien toistuminen voidaan estää. (Knuutila ym. 2007.) Se sopii erityisesti lievien ja toistuvien vaaratilanteiden raportointiin (Keistinen ym. 2008). Raportointijärjestelmän avulla virheistä raportointia, tiedon levittämistä, palautteen antamista ja arviointia voidaan tehostaa. (Kinnunen 2010.)

Vaaratapahtumien raportointia koskevassa tutkimuksessa HaiPro –järjestelmä todettiin sopivan hyvin kansallisen potilasturvallisuusstrategian edellyttämäksi raportointityökaluksi. Yli puolet ilmoitetuista vaaratapahtumista olivat tapahtui potilaalle –tapahtumia, riippumatta siitä aiheuttiko vaaratapahtuma potilaalle jonkinasteista haittaa vai ei. Useimmat (51%) ilmoitetuista vaaratapahtumista liittyivät lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. (Ruuhilehto ym. 2011.) HaiPro -raportointijärjestelmää käyttäneet terveydenhuollon ammattilaiset ovat haastattelussa kertoneet, että vaaratapahtumasta ilmoittaminen herättää heissä odotuksia ja toiveita avoimeen asioista keskustelemiseen. HaiPro -raportointi nähdään keinona vaikuttaa asioihin sekä mahdollisuutena kyseenalaistaa vanhoja toimintatapoja. (Kinnunen 2010.) Raportointimenettelyssä on kyse laatutoimintaan verrattavissa olevasta potilasturvallisuuden kehittamisestä (Knuutila ym. 2007).

2.3. Potilaan ja läheisen osallistuminen potilasturvallisuuden varmistamiseen

Potilas määrittellään Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai niiden kohteena olevaksi henkilöksi (Finlex 1992). Potilaan osallistumista omaan hoitoprosessiinsa tulee tarkastella jokaisessa terveydenhuollon vaiheessa läpi koko hoitoketjun. Tämä tarkoittaa potilaan osallistumisen huomioimista hoidon suunnitteluun, neuvotteluun, toteutukseen ja jatkumiseen. Potilaan

osallistuminen merkitsee oikeutta tulla kuulluksi ja sen toteutuminen on mahdollista ainoastaan luottamuksellisessa, dialogissa tapahtuvassa vuorovaikutussuhteessa sekä yhteisessä päätöksenteossa. (Thompson 2007.) Potilaan osallistuminen terveydenhuollon prosesseihin voidaan liittää erilaisiin näkökulmiin. Davis ym. (2007) kehittivät käsitteellisen viitekehyksen potilaan osallistumisesta potilasturvallisuuteen. He ryhmittelivät osallistumiseen vaikuttavat tekijät potilaaseen, sairauteen, terveydenhuollon ammattilaisiin, terveydenhuollon toimintaympäristöön ja tehtäviin liittyviin elementteihin. (Davis ym. 2007.) Tässä tutkimuksessa potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka on käyttänyt tutkimuksen kohteena olevan sairaanhoitopiirin tarjoamia sairaanhoidon palveluja ja potilaan osallistumista tarkastellaan osallistumisena potilasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen.

Läheisen osallistumiseen potilasta koskevista hoitopäätöksissä vaikuttavat potilaan tahto, tilanne ja ikä sekä lisäksi perheen sisäiset suhteet, läheisten oma tahto ja osallistumisen mahdollisuus. (Åstedt-Kurki ym. 2008) Osallistuminen muodostuu hallinnan tunteesta, itsetunnosta, osaamisesta ja varmuudesta (Gallant ym. 2002). Se tarkoittaa kuulemista ja kuulluksi tulemistä, mahdollisuutta ilmaista mielipiteitä ja toiveita sekä jakaa vastuuta. Osallistumisen edellytyksenä voidaan nähdä mahdollisuus saada tietoa ja vaikuttaa prosesseihin (Oranen 2007.) Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan 75% potilaista toivoi läheisen läsnäoloa akuuttivastaanotolla. Puolet potilasta halusivat läheisten saavan tietoa heidän sairaudestaan, voinnistaan ja hoidostaan. (Paavilainen ym. 2009.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritellään läheisen asema päätöksenteossa. Lain mukaan potilaan tahto tärkeän hoitopäätöksen suhteen selvitetään hänen läheisiltään, mikäli hän ei itse pysty sitä päättämään. (Finlex 1992.) Tässä tutkimuksessa läheisellä tarkoitetaan perheenjäsentä, läheistä sukulaista tai sellaista henkilöä, jonka potilas itse on ilmoittanut läheisekseen. Läheisen hoitoon osallistumista tarkastellaan osallistumisena potilasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen.

Potilasturvallisuutta käsittelevistä tutkimuksista löytyy vähän tutkittua tietoa potilaan roolin tehokkuudesta ja toteutettavuudesta potilasturvallisuuden edistämiseen. Tutkimustuloksissa on kuitenkin osoitettu useita tekijöitä, joita voidaan liittää potilaan rooliin potilasturvallisuuden edistämässä. (Schwappach 2010, Rathert ym. 2011.) Potilaat voivat huomioida ja raportoida vaaratapahtumia, mikä on hoidon laadun varmistamisessa

tarpeellinen ja yleisesti hyväksytty menetelmä. Potilaat ovat usein hyvin tietoisia lääkityksestään ja niiden haittavaikutuksista. Lääkehoidon yhteydessä potilaat voivat tarkistaa, että kyseessä on oikea lääke ja vahvuus, oikeaan aikaan saatuna. Leikkaushoidossa potilaille informoidaan etukäteen toimenpiteen kulku ja heitä tulee rohkaista kertomaan välittömästi mahdollisista vaaratapahtumista tai komplikaatioista. Lisäksi potilaat voivat edistää potilasturvallisuutta huomioimalla ja kysymällä esimerkiksi henkilökunnan käsien pesusta sekä avustaa identifioinnin varmistamisessa ennen hoitotoimia. Potilaiden säilyttämät sairauskertomustekstit sekä ylläpitämät allergia- ja lääkitystiedot toimivat tärkeänä tiedonkulun osana potilasturvallisuuden ylläpitämisessä. (Rathert ym. 2011.) Potilaat suhtautuvat yleisellä tasolla positiivisesti potilasturvallisuutta edistävään rooliinsa, mutta heidän aikomuksensa ja todellinen käytöksensä vaihtelevat huomattavasti (Schwappach 2010).

2.3.1. Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät

Terveydenhuollon asiakkaana potilas tulisi huomioida aktiivisena osallistujana ja päätöksentekijänä. Potilaan näkeminen aktiivisena osapuolena mahdollistaa osallistuvan roolin hoitovaihtoehtojen valinnassa, suostumuksen antajana ja jossain määrin haittatapahtumien ennaltaehkäisijänä. (Guijarro ym. 2010.) Huolimatta siitä, että potilaan ja hänen läheistensä roolia potilasturvallisuuden edistämässä on korostettu, löytyy siitä vain vähän tutkimustietoa. Potilaiden osallistuminen omaan hoitoonsa on tunnistettu avaintekijäksi kehitettäessä terveydenhuollon prosesseja ja samalla potilasturvallisuutta. Potilaan ja läheisen uutta, osallistuvaa roolia, kannatetaan jo useissa virallisissa terveydenhuollon ohjauksen dokumenteissa. (Davis ym. 2007, Guijarro ym. 2010, Longtin ym. 2010, Davis ym. 2011.)

Potilaat ymmärtävät olevansa vaaratapahtumariskissä sairaalahoidossa. Vaaratapahtuman sattuessa he haluavat tietoa siitä, kuinka vastaava tilanne voidaan välttää jatkossa ja osallistua siten potilasturvallisuuden edistämiseen. Potilaiden osallistuminen potilasturvallisuuden varmistamiseen saattaa olla vahvempaa, mikäli he kokevat olevansa erityisen haavoittuvaisia vaaratapahtumille. (Davis ym. 2007.) Potilaat, jotka ovat kokeneet haittatapahtuman tai tuntevat henkilön, jolle haittatapahtuma on sattunut, toimivat yleensä

valppaina turvallisuuden tarkkailijoina hoitoympäristössään (Davis ym. 2007, Schwappach 2010). Samansuuntaisesti vaaratapahtuman näkeminen potilastoverin hoidossa vaikuttaa potilasturvallisuusaktiivisuuteen (Davis ym. 2007).

Potilaan demografisilla ominaisuuksilla on merkitystä heidän osallistumisessaan potilasturvallisuuden varmistamiseen. Nuoremmat potilaat osallistuvat potilasturvallisuuden varmistamiseen vanhempia potilaita enemmän ja naisten aktiivisuus turvallisuuteen liittyviin tekijöihin on miehiä vahvempaa. Korkea koulutustaso lisää sitoutumista ja mielenkiintoa potilasturvallisuutta kohtaan. Potilaiden kokemukset sairaudesta laukaisevat pääsääntöisesti negatiivisia tunteita muun muassa potilaan omasta hauraudesta ja ahdistuksesta. Tällaiset kokemukset saattavat herättää potilaassa mielikuvia kasvaneesta alttiudesta negatiivisiin elämäntapahtumiin, ehkä myös vaaratapahtumiin, mikä kohdistaa huomion potilasturvallisuuteen liittyviin tekijöihin. (Davis ym. 2007.)

Tutkimustulokset osoittavat, että potilaan sairauden vakavuus vaikuttaa heidän osallistumiseensa potilasturvallisuuden varmistamiseen. Potilaat, joiden sairauden vakavuus on vähäisempi, tai heillä on vähän samanaikaisia sairauksia, osallistuvat potilasturvallisuuden varmistamiseen aktiivisemmin kuin ne potilaat, joiden vointi on sairaudesta johtuen voimakkaasti heikentynyt. Kaikki tutkimustulokset eivät ole tässä suhteessa kuitenkaan täysin yhtäpitäviä. (Weingart ym. 2004, Davis ym. 2007, Thompson 2007, Longtin ym. 2010) Potilaan ja läheisen osallistuminen vaaratapahtumien vähentämiseen on tehokkaampaa, mikäli potilaan toiminnallisen tilan taso on riittävän hyvä ja hoitotapahtumassa on mukana luotettava läheinen (Weingart ym. 2004).

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamalla tuella, kannustuksella ja palautteella on ratkaiseva merkitys potilaiden haluun osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen (Davis ym 2007, Marella 2007, Longtin ym. 2010). Henkilökunnan tulee ymmärtää ja tunnistaa potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä sekä olla tietoinen omasta roolistaan niiden edistämässä. Avainasemassa on henkilöstön sitoutuneisuus ja innostuneisuus rohkaista potilaita sekä heidän läheisiään aktiiviseen rooliin potilasturvallisuuden edistämässä. (Longtin ym. 2010.) Potilaiden osallistumisesta vaaratapahtumien ehkäisyyn Longtin ym. (2010) kehittivät käsitteellisen mallin. Mallissa esitetään, että potilaan tiedollisilla tekijöillä, kuten terveystiedon lukutaidolla, vaaraa aiheuttavien asioiden

merkitsevyydellä, odotetulla hoitotuloksella tai hoitointervention aiheellisuudella, on merkitystä potilaan osallistumiseen virheiden ennaltaehkäisyssä. (Longtin ym. 2010.) Potilaan kokemukset hoitosuhteesta vaikuttavat potilaan osallistumiseen terveydenhuollon eri prosesseihin ja sitä kautta potilasturvallisuuteen (Thompson 2007).

Potilaiden tahto osallistua haittatapahtumien ehkäisyyn vaihtelee eri tapahtumiin tai tilanteisiin liittyen (Marella 2007). Potilaat osallistuvat todennäköisemmin päätöksentekoon, jossa lääketieteen erityisosaamista ei tarvita (Davis ym. 2007, Longtin ym. 2010), sekä saadessaan riittävää informaatiota päätöksenteon tueksi esimerkiksi hoitoa linjaaviin kysymyksiin. Päätöksen suuruus ja potilaan kokema hyöty arvioidusta hoidon lopputuloksesta vaikuttavat potilaiden osallistumiseen. Suurin osa potilaista haluaa osallistua erittäin merkittäviin päätöksentekotilanteisiin esimerkiksi toteutetaanko lääkärin suosittelema leikkaushoito vai ei. Sen sijaan (Longtin ym. 2010.) Potilaat kokevat helpommaksi osallistua hoitoonsa kysymällä informatiivisia kysymyksiä hoitavalta ammattilaiselta, esimerkiksi hoitajaksonsa pituudesta tai toimenpiteen kulusta kuin haastavaksi koettuja kysymyksiä esimerkiksi henkilöstön käsien pesusta ennen toimenpiteitä (Marella 2007, Davis ym. 2011) tai potilaan henkilöllisyyden identifioinnista ennen hoitotapahtumia (Marella 2007).

2.3.2. Potilasturvallisuuden varmistamista estävät tekijät

Tavoite, jossa potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset toimivat yhdessä vaaratapahtumisen vähentämiseksi, on haasteellinen (Walrath & Rose 2007). Potilaan osallistuminen terveydenhuollon prosesseihin vaatii potilaan roolin tarkastelua. Paternalistinen malli, jossa potilas nähdään passiivisena, oman tervehtymisprosessinsa sivustaseuraajana tai kykenemättömänä päätöksentekijänä, on vanhanaikainen näkemys (Longtin ym. 2010). Osa potilaista ei kuitenkaan hyväksy aktiivista potilasroolia ja haluavat kieltäytyä osallistumasta päätöksentekoon (Longtin ym. 2010) tai esimerkiksi lääkehoitoonsa (Walrath & Rose 2007). Päätöksenteon esteenä on usein tiedon puute (Longtin ym. 2010). Potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden varmistamiseen vähenee, mikäli hän kokee oman tietotasonsa riittämättömäksi (Schwappach 2010). Päätöksentekoprosesseissa potilaan osallistumista vähentää luottamuksen puute omiin kykyihin, korkea ikä, alempi

sosioekonominen luokka tai koulutus, sekä etninen, afroamerikkalainen tai latinalaisamerikkalainen, alkuperä (Longtin ym. 2010). Toisaalta osa potilaista kokee, että lääkehoidon turvallisuudesta vastaaminen kuuluu hoitajan tehtäviin (Walrath & Rose 2007).

Potilaan osallistumattomuuteen potilasturvallisuuden varmistamiseen voi olla syynä pelkkä tahto tai se, että potilas ei kykene osallistumaan (Walrath & Rose 2007) tai hänen osallistumisensa on rajoittunutta (Weingart ym. 2004). Potilas voi uupumuksensa tai muiden huoliensa vuoksi olla liian väsynyt osoittamaan kiinnostusta esimerkiksi lääkehoitoaan kohtaan (Walrath & Rose 2007). Jotkut sairaudet, kuten Alzheimer, heikentävät potilaan kognitiivista kapasiteettia, jolloin potilas on kykenemätön osallistumaan potilasturvallisuutta huomioiviin tilanteisiin (Davis ym. 2007, Weingart ym. 2004). Sairauden vakavuus ja akuutti luonne sekä lyhyt sairaalassaoloaika laskevat potilaan mahdollisuuksia osallistua virheiden vähentämiseen (Weingart ym. 2004).

Potilaiden osallistuminen hoidon turvallisuuden varmistamiseen vaihtelee. Osallistuminen on hyvin epätodennäköistä, jos potilas joutuu kyseenalaistamaan lääkärin tai hoitajan toimintaa, tai mikäli tilanne on potilaalle kokonaan uusi ja vieras. (Davis ym. 2011.) Potilas saattaa pelätä loukkaavansa ammattihenkilöä tai kieltää todellisuuden siitä, että vaaratapahtuma ylipäättään voi sattua omalle kohdalle (Walrath & Rose 2007). Terveystieteiden ammattihenkilön ammattinimikkeellä on merkitys potilaiden rohkeuteen esittää kysymyksiä potilasturvallisuuskäytänteistä. Erään tutkimuksen mukaan kaikki potilaat olivat valmiita kysymään hoitajalta heidän käsien perustaan ennen hoitotoimia, kun vain kolmasosa kysyi samaa asiaa lääkäriltä. (Davis ym. 2007.) Lisäksi potilaan osallistumista potilasturvallisuuden varmistamiseen vähentää omiin huoliin syventyminen, heikko lukutaito, kulttuurin ja kielen aiheuttamat muurit sekä niin sanottu ”sokea usko” hoitaviin ammattihenkilöihin. (Walrath & Rose 2007.)

Terveystieteiden henkilöstön asenteet, uskomukset ja käyttäytyminen vaikuttavat merkittävästi potilaiden osallistumiseen potilasturvallisuuden varmistamiseen. Merkittävänä esteinä potilaiden osallistumiseen ovat potilaiden ja ammattihenkilöiden tiedolliset erot, perinteiset roolit ja valtasuhteet. (Thompson 2007, Walrath & Rose 2007, Longtin ym. 2010.) Ammattihenkilöiden on usein vaikea luopua perinteisistä rooleistaan ja

siirtää valtaa potilaille. Henkilöstön ylläpitämää valtaa kuvastaa suljettujen kysymysten esittäminen, joihin vastataan kyllä tai ei-vaihtoehtoin, informaation määrän ja sen yksityiskohtaisuuden rajoittaminen sekä autoritäärisen- tai ammattikielen käyttäminen. Edellä mainittu suhtautuminen potilaaseen vähentää potilaan mahdollisuutta osallistua keskusteluun hoidosta, asettaa potilaan alistaiseen asemaan ja vähentää hänen autonomiaansa. (Walrath & Rose 2007.) Lisäksi potilaiden osallistumishalukkuutta potilasturvallisuuteen on todettu laskevan ammattihenkilöiden heikot vuorovaikutustaidot, kiireinen ilmapiiri (Walrath & Rose 2007) sekä henkilöstön käyttämä käskävä puhetyyli nöyryyttävin termein; ole kiltti, ole yhteistyökykyinen (Longtin ym. 2010).

Organisaatiokulttuurilla, normeilla ja suvaitsevaisella asenteella on merkitystä potilaan osallistumiseen terveydenhuollon prosesseissa. Hoitoympäristö, jonka organisaatiokulttuurissa potilas nähdään passiivisessa roolissa, vähentää potilaan tahtoa osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen. Potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden varmistamiseen on epätodennäköistä, mikäli hoitohenkilökunta osoittaa, etteivät he ole kiinnostuneita potilaan omasta aktiivisuudesta (Longtin ym. 2010) tai suhtautuvat välttelevästi potilaan huoliin vuorovaikutustilanteissa. Lisäksi sairaalaympäristö potilaan hoitopaikkana vähentää potilaan osallistumista potilasturvallisuuden varmistamiseen, johtuen potilaiden kokemasta kommunikoinnin vaikeudesta ammattihenkilöiden kanssa. (Davis ym. 2007.)

2.4. Potilasturvallisuuden vaarantuminen

Potilasturvallisuuteen kiinnitetystä laajenevasta huomiosta huolimatta haittatapahtuma saattaa esiintyä lähes missä tahansa terveydenhuoltojärjestelmän interventiossa (Jha ym. 2010). Terveydenhuollon keskeiset prosessit, esimerkiksi potilaan lääkehoito, muodostavat merkittävän osan potilasturvallisuudesta. Lääkehoidon osuus hoitotoiminnoissa on suuri, mikä altistaa mahdollisille haittatapahtumille. Yhdysvalloissa on arvioitu vuosittain tapahtuvan 1,5 miljoonaa lääkkeisiin liittyvää haittatapahtumaa, jotka olisi ollut ennaltaehkäistävässä (Walrath & Rose 2007), sekä miljoona lääkinnällisestä laitteesta johtuvaa haittatapahtumaa (Jha ym. 2010).

Tutkittaessa hoidon turvallisuutta on osoitettu, että potilaat ovat taipuvaisia omaksumaan ja ylläpitämään potilasturvallisia menettelytapoja. Tämä edellyttää yhteistyön toteutumista terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, ja että potilas ymmärtää menettelytapojen edistävän heidän omaa hoidon turvallisuuttaan. Potilaat haluavat selityksiä asioille, joita he eivät ymmärrä. He haluavat saada mahdollisuuden esittää kysymyksiä odottamattomista toimenpiteistä, tuntemattomista lääkkeistä tai saada tärkeissä päätöksissä toisen mielipiteen toiselta lääketieteen asiantuntijalta. (Marella ym. 2007.) Toisaalta kaikki potilaat eivät näe merkittäväksi kääntyä toisen lääkärin puoleen, vaan kokevat jatkuvuuden hoitosuhteessa vahvistavan heidän turvallisuuden tunnettaan (Pandhi & Saultz 2006). Mikäli hoidon jatkuvuuden merkitystä tarkastellaan osana potilasturvallisuutta, hoitosuhteen vaihtuminen saattaa vähentää potilaiden huomiota sekä kiinnostusta hoidon turvallisuusaspekteihin. Lääkärin näkökulmasta lyhyissä hoitosuhteissa hoidon jatkumattomuus rajoittaa hänen mahdollisuuksiaan ennakoita ja korjata hoidon puutteita. (Pandhi ym. 2008.)

2.4.1. Potilasturvallisuuden vaarantuminen potilaan ja läheisen näkökulmasta

Viime vuosina terveydenhuollon turvallisuustutkimus on keskittynyt virheistä oppimiseen haittatapahtumien välttämiseksi. Näkökulma korostaa ammattilaisten toimintaa jättäen huomiotta potilaiden kokemukset, vaikka haittatapahtumista ja niiden seurauksista kärsivät eniten juuri potilaat. (Guijarro ym. 2010.) Potilaiden kokemat haitat vaaratapahtumista voidaan jaotella psyykkisiin-, fyysisiin-, ja taloudellisiin haittoihin. Psyykkisinä haittoina tarkoitetaan potilaiden kokemia vihan, turhautumisen ja väheksytyksi tulemisen tunteita, fyysisinä haittoina potilaan kipua tuntemuksia tai muita fyysisiä vammoja esimerkiksi aiheutuneita mustelmia. Taloudelliset haitat koskevat erilaisia rahallisia menetyksiä. (Kuzel ym. 2004.)

Hoitovirheitä ja potilaan kokemia yleisimpiä haittoja terveydenhuollossa on tutkittu potilaiden kokemusten perusteella. Tutkimuksessa merkittävimminä ongelmina näyttäytyivät lääkärin ja potilaan väliset hoitosuhteet, joissa kunnioituksen puute, välinpitämättömyys sekä potilaiden vaikeudet päästä lääkärin vastaanotolle, nousivat esiin. Vähäisempinä ongelmina potilaat kokivat erilaiset tekniset ongelmat tai diagnoosiin sekä hoitoon liittyvät puutteet. (Kuzel ym. 2004.) Potilaat, joiden hoito on monimutkaista ja

haastavaa, arvioitiin olevan suuremmassa riskissä altistua vaaratapahtumille, koska heidän hoitoprosessiinsa osallistui suurempi määrä eri erikoisalojen lääkäreitä. Yhdysvalloissa kolmasosa potilaista uskoo kokeneensa hoidossaan tai suoritettussa toimenpiteessä virheen. He kertovat saaneensa väärää lääkettä, virheellisen testituloksen tai he ovat kokeneet viivästystä poikkeavan testituloksen kuulemiseen. (Schoen ym. 2005.)

Tutkimus, jossa käsiteltiin lääketurvallisuutta potilaat huomioivat kokemiaan lääkehoidon puutteita. Vaaratapahtumista kertoi potilaiden kokemukset lääkkeiden joutumisesta väärälle potilaalle, lääkkeen antamisen unohdukset sekä lääkkeen toimittaminen väärään aikaan. (Weingart ym. 2004.) Potilaiden esittämät lääkehoitoon liittyvät kysymykset voivat ennaltaehkäistä haittatapahtumia. Potilaan aktiivisella osallistumisella lääkehoitoprosessiin voidaan vaikuttaa lääkehoidon turvallisuuteen. Tutkimuksen mukaan potilaat kysyivät useammin lääkkeiden käyttötarkoitusta kuin tarkistivat lääkkeen oikeaa annosta tai oikeaa lääkevalmistetta. (Walrath & Rose 2007.)

Tutkittaessa sairaaloiden haittatapahtumia potilaiden näkökulmasta, potilaat ovat olleet yksimielisiä siitä, että haittatapahtumat liittyivät terveydenhuollon hallintaan. Täsmällisemmin eriteltynä potilaat liittivät haittatapahtumien syyt ammattilaisten ylitöihin ja ajantasaisuuden vaatimukseen. Useimmat potilaat painottivat suurimmaksi tekijäksi epäonnistumisen tiimiyhteistyössä. (Guijarro ym. 2010.) Infuusiolaitteisiin liittyvässä haittatapahtumatutkimuksessa potilaat kuvasivat ongelmia hoitoon liittyvässä viestinnässä. Potilaiden kokemuksen mukaan lääkäreiden tuli kehittää taitojaan potilaiden informoinnissa perustaen ne potilaan huolenaiheisiin. Potilaat kokivat myös luottamuspulaa hoitavan henkilökunnan osaamisen taitoihin infuusiolaitteiden käytössä. (Quinn 2003.) Koetulla haittatapahtumalla on todettu olevan vaikutusta potilaiden luottamukseen lääkäreitä ja sairaaloita kohtaan. Vaaratapahtuma kokemus heikentää potilaan luottamusta lääkärin määräämää hoitoa kohtaan, jonka seurauksena potilaat saattavat laiminlyödä hoitonsa jatkoseurantaa tai hoito-ohjeiden noudattamista. (Guijarro ym. 2010.)

2.4.2. Potilaan ja läheisen potilasturvallisuustietoisuus

Potilaan oma potilasturvallisuustietoisuus on tärkeää, koska hän on oman hoitonsa keskeinen turvallisuustekijä. On tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset välittävät tietoa, varmistavat potilaan tiedon oikeellisuuden ja tukevat käyttämään sitä omassa hoidossaan. Potilaan omalla tiedolla ja toiminnalla on vaikutusta potilasturvallisuuden varmistamisessa. Potilaan tietoisuus riskeistä auttaa häntä toimimaan oikein ja ennakoimaan turvallisuusriskejä. Tieto ei ole pelkästään potilaan subjektiivinen oikeus, vaan keskeinen osa hänen voimavarojaan. (Leino-Kilpi 2009.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2011b) on laatinut ohjeistuksen potilaalle ja hänen läheiselleen, jossa potilasta neuvotaan varmistamaan, että hoitohenkilökunnalla on hänestä oikeat tiedot. Ohjeissa kannustetaan, että potilas pyytää henkilökuntaa kertomaan hänelle hoitovaihtoehdoista ja olemaan omatoiminen etsimällä tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Ohjeissa kehoitetaan ottamaan hoitohenkilökunnan kanssa puheeksi, mikäli potilas tai läheinen huomaa puutteita potilasturvallisuudessa. Terveydenhuollon organisaatioissa tulisi varmistaa, että potilaat uskaltavat sanoa, jos he arvelevat jotain menevän hoidossaan väärin. Potilaille tulee olla mahdollisuus ilmoittaa hoidossa tapahtuneista vaaratilanteista anonyymisti. (Kinnunen 2009.) Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ ja siihen liittyvä asetus (341/2011) edellyttävät potilaiden osallisuuden korostamista terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden kehittämisessä sekä niiden menettelytapojen sopimisessa, joilla potilas voi antaa palautetta potilasturvallisuuden puutteista (STM 2011).

Potilaiden läheisillä on usein yksityiskohtaista tietoa potilaan lääkityksestä, sairaushistoriasta ja toiminnallisesta tilasta, jota tulee hyödyntää hoidon laadun parantamiseen. Potilaiden ja läheisten avulla on pystytty identifioimaan vakavia haittatapahtumia toimintatapoihin ja lääkehoitoon liittyen. Potilaiden ja läheisten huomion kiinnittäminen virheiden tarkkailuun ja tunnistamiseen tehostaa potilasturvallisuutta, sillä osa hoitoprosessien haittatapahtumista jää terveydenhuollon ammattilaisilta huomaamatta. (Friedman ym. 2008.) Potilaille suunnattujen potilasturvallisuussuosituksen tarkoitus on kannustaa osallistumaan potilasturvallisuuden varmistamiseen. Ohjeissa neuvotaan usein, kuinka potilas voi suojautua mahdollisilta haittatapahtumilta käyttäessään terveydenhuollon palveluita. Huolimatta siitä, että potilaskeskeinen hoito korostaa

kumppanuutta ja tasavertaisuutta hoitosuhteissa, tulee ammattihenkilöiden kunnioittaa potilaiden yksilöllisiä eroja toiveissaan osallistua potilasturvallisuuden edistämiseen. (Walrath & Rose 2007.) Potilaat voidaan nähdä potilasturvallisuuden niin sanottuna puskurina, mutta vastuu heidän turvallisuudestaan tulee säilyä terveydenhuollon ammattihenkilöillä. Tämä tarkoittaa että, mikäli potilas ei halua tai kykene osallistumaan oman turvallisuutensa varmistamiseen, se ei tarkoita heikompi tasoisia terveydenhuollon palveluita. (Davis ym. 2007.)

2.5. Vaaratapahtumista oppiminen

Taustatekijöiden perusteellinen tarkastelu on vaaratapahtumiin liittyvässä analysoinnissa välttämätöntä. Ongelma muodostuu, jos virheistä ja läheltä piti –tilanteista ei oteta opiksi eikä turvallisuusvaroituksia huomioida. Henkilöstöä tulee rohkaista pohtimaan laajemmin niitä kysymyksiä, jotka edistävät turvallisia käytäntöjä, sekä keskustelemaan avoimesti havaituista ongelmista. Avoin vuorovaikutus edellyttää henkilöstön asennemuutoksen tapahtumista. (Amoore & Ingram 2002.)

Sairaalahoidossa tapahtuu virheitä. Potilashoitoon liittyvät virheet ja niistä aiheutuvat haitat ovat osoittautuneet varsin merkittäväksi terveydenhuollon ongelmaksi. Virheiden vakavuus vaihtelee, aiheuttaen potilaalle pahimmillaan vakavia haittoja tai jopa kuoleman. Hoitovirheitä sattuu kaikille ja useimmiten ne johtuvat järjestelmän heikkouksista tai häiriöistä. Valtaosa virheistä olisi estettävissä, mutta se edellyttää haittatapahtumien ja läheltä piti –tilanteiden perusteellista kartoittamista ja virheistä oppimista. Vaaratapahtumista oppimisessa ja potilasturvallisuuden edistämässä tehokkain strategia on tutkia systeemissä piileviä toiminnallisia ja rakenteellisia seikkoja, ei etsiä yksilöityjä syyllisiä. (Pasternack 2006, Kinnunen 2010, Guijarro ym. 2010.)

Oppivalla organisaatiolla on huomattava merkitys virheistä oppimisen prosessissa. Oppiva organisaatio muodostaa oppimista tukevan ympäristön olemalla samalla itse oppimisen kohde. Organisaation oppiminen kuvaa organisaation oppimistapoja, ja millaisia taitoja ja prosesseja se käyttää uuden tiedon tuottamiseen ja soveltamiseen. Virheistä oppimalla voidaan organisaation toimintaa kehittää, kun organisaatiota tarkastellaan yksilöistä ja

ryhmistä muodostuneena systeemisenä kokonaisuutena. Yksilöitä syyllistämällä ei löydetä todellisia virheen taustalla olevia syitä, jolloin virheistä ei opita. Systeemiajattelu lähestyy virheitä tavalla, jossa katsotaan kauemmas kuin yhden yksilön tekemään erehdykseen tai virheeseen. Systeemiä voidaan tarkastella avoimena, johon vaikuttavat muutkin organisaation elementit, kun yksilöä yksin ei nähdä virheen aiheuttajana. Systeemiajattelu antaa mahdollisuuden tarkastella organisaatiota järjestelmänä, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen, ja jossa osat ja niiden väliset suhteet vaikuttavat kokonaisuuteen, kykyyn muuttua, uusiutua ja kehittyä. (Kinnunen 2010.)

Systeeminäkökulma sopii hyvin viitekehikseksi potilasturvallisuuden kehittämiseen. Jotta haittatapahtumia voitaisiin ennaltaehkäistä, on ymmärrettävä, miksi niitä tapahtuu. Potilasturvallisuuden edistäminen vaatii katseen suuntaamista syvälle turvallisen hoidon edellytyksiin ja niihin vaikuttaviin organisaatioprosesseihin. Turvallisuuden kehittämisessä systeeminäkökulmasta pyritään organisaatiossa pitkäaikaisiin muutoksiin. Niiden avulla hallitaan toimintaan liittyviä riskejä ja turvallisuuteen vaikuttavia olosuhteita. (Helovuo ym. 2011.)

2.6. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Potilaan osallistumisella on voitu osoittaa positiivista kehitystä kroonisten sairauksien hoidossa ja päätöksenteossa. Siksi on perusteltu uskoa sen auttavan myös haittatapahtumien ennaltaehkäisyssä, vaikka tällaisesta sovelluksesta onkin vähemmän näyttöä. Potilaiden ”värvääminen” haittatapahtumien ennaltaehkäisyyn saattaa kuitenkin vaatia julkista keskustelua ja vakuuttelua pyrkimyksen oikeellisuudesta. Potilaan osallistuminen haittatapahtumien ehkäisyyn saatetaan muutoin tulkita terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnaksi tai sopimattoman vastuun asettamiseksi heikentyneessä ja vahingoittuneessa terveydentilassa olevalle yksilölle. Haittatapahtuma-analyytit ovat osoittaneet, että potilaat voivat auttaa ehkäisemään terveydenhuollossa tapahtuvia haittoja puuttamalla terveydenhuollon prosesseihin. (Longtin ym. 2010.) Potilaan ja läheisten osallistuminen hoitoon ehkäisee terveydenhuollossa esiintyviä haittatapahtumia ja potilaat kykenevät identifioimaan puutteita hoidon laatua koskevilla kysymyksillä (Weingart ym. 2004, Friedman ym. 2008). Vaaratapahtumien tunnistamisessa on tärkeää huomioida myös

läheltä piti –tilanteet, jotka ilman potilaan tai läheisen huomiota saattavat jäädä terveydenhuollon ammattilaisilta huomaamatta (Friedman ym. 2008).

Potilaiden osallistuminen oman turvallisuutensa parantamiseen hoitotilanteissa edellyttää riittävää tiedonsaantia. Mikäli potilaat haluavat osallistua potilasturvallisuuden parantamiseen, tulee heidän tietää ja ymmärtää, mitkä toimintatavat edistävät turvallisuutta. Potilaiden tulee saada tietoa keinoista ja tavoista, joilla potilasturvallisuutta voi huomioida ilman pelkoa, että he samalla kyseenalaistavat hoitavan henkilökunnan pätevyyden ja taidot. Henkilökunta voi positiivisen palautteen avulla vahvistaa potilaan omaa toimintaa potilasturvalliseen suuntaan. (Marella ym. 2007.) Yhteenveto tutkimukseen valituista tutkimuksista ja niiden keskeisistä tuloksista on esitetty tutkimuksen liitteenä, (Liite 1).

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan ja läheisen kokemuksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta sekä selvittää, millaisia keinoja heillä on osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää potilasturvallisuutta käytännön hoitotyössä potilaan ja läheisen näkökulmasta. Tutkimus antaa potilaalle ja läheiselle vaikuttamismahdollisuuden hoitamisen kehittämiseen.

Tutkimustehtävinä on:

1. Kuvata, miten potilaat ja läheiset ovat kokeneet potilasturvallisuuden vaarantuneen
2. Kuvata, millaisia näkemyksiä potilailla ja läheisillä on potilasturvallisuuden kehittämiseen
3. Kuvata, miten potilaat ja läheiset kokevat omat mahdollisuutensa osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Tämä tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullisen tutkimuksen keskeinen merkitys on lisätä ymmärrystä tutkimusilmioistä ihmisten omien kokemusten, käsitysten ja kuvauksien kautta (Kylmä & Juvakka 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009) tai antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta tutkimuskohteesta (Tuomi & Sarajärvi 2002). Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisuuden kuvaaminen mahdollisimman

kokonaisvaltaisesti ja neutraalisti, missä aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa (Hirsjärvi ym. 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Laadullinen tutkimusote on vakiintunut lähestymistapa ihmistieteissä, jossa yksilön ainutlaatuisten tuntemusten ja toiveiden kuuntelu ovat keskeisimpiä tunnuspiirteitä. Käyttöalueeksi sopivat hyvin tutkimusalueet, joista ei vielä tiedetä juuri mitään (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009), sillä pyrkimyksenä on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi ym. 2007.) Aineistonkeruu yksilöitä haastatteleamalla sopii sensitiiviseen ja henkilökohtaiseen tutkimusaiheeseen, jossa osallistuja ei ehkä halua keskustella aiheesta ryhmässä. Aineiston analyysi sisällönanalyysillä kuvaa laadulliselle tutkimukselle tyypillistä induktiivista luonnetta ja mahdollistaa potilasturvallisuuden yksilöllisten näkökulmien ymmärtämisen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Laadullisessa tutkimuksessa aineistot ovat yleensä otokseltaan pienehköjä, kun otoksen keskiössä ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset eikä tiedonantajien lukumäärä. Laadullisella tutkimuksella ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä. Kuitenkin aineiston laatu, tutkittavan ilmiön luonne ja tutkimusasetelma vaikuttavat, kuinka paljon tiedonantajia tarvitaan. Laadukasta aineistoa saadaan yleensä hyvin tietoa jakavilta osallistujilta, jotka tietävät tutkittavasta aiheesta ja joilla on aikaa asettua haastateltavaksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tämän tutkimuksen osallistujat valikoituivat erään sairaanhoitopiirin vaaratapahtumajärjestelmään ilmoituksen jättäneistä henkilöistä sekä haastatelluista tiedonantajista. Osallistujat haastatteluun valittiin sekä harkinnanvaraisuuteen että tarkoituksenmukaisuuteen perustuvalla otannalla. Tämän tutkimuksen haastatteluotoksen muodostivat potilaat (N=3) ja läheiset (N=3). Valmiin aineiston otos kattoi kaikki HaiPro – järjestelmästä poimitut potilaiden ja läheisten ilmoitukset (N=51).

Tutkimuksella on Pirkanmaan eettisen toimikunnan puoltava lausunto sekä tutkimuslupa kohdeorganisaatiosta. Tutkimuksesta tiedottaminen ja osallistujien rekrytointi tapahtui sekä suullisesti että kirjallisesti. Haastateltavat rekrytoitiin pääsääntöisesti puhelimitse. Vain yksi potilas kieltäytyi haastattelusta vaaratapahtuman herättämien tunteiden vuoksi. Tutkijan tavoitteena oli motivoida tutkimukseen osallistumista kertomalla tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja raportoinnista samalla kertaa. Tutkija korosti tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta, luottamuksellisuutta ja henkilötietojen salassapidettävyyttä. Osallistujien rekrytointi sujui nopeasti ja haastatteluajkojen sopiminen oli mutkatonta.

Harkinnanvaraisesti haastateltavaksi valittiin yksi potilas ja yksi läheinen tarkoituksen ja heidän potilasturvallisuusaktiivisuutensa perusteella. Haastateltavaksi pyydetyn läheisen ja potilaan tiedettiin kokeneen vaaratapahtuma, joka oli ollut selvittelyn alla sairaanhoitopiirissä tapahtuman vakavuuden vuoksi. Heidän osallistumisestaan tutkimukseen esitti tutkimusorganisaation edustaja. Neljä haastateltua, kaksi potilasta (N=2) ja kaksi läheistä (N=2), poimittiin satunnaisotannalla sairaanhoitopiirin vaaratapahtumajärjestelmästä (HaiPro). Otannassa mukana olleet henkilöt olivat jättäneet yhteystietonsa HaiPro -järjestelmään. Haastatteluun pyydettyjen osallistujien satunnaisen otannan suoritti tutkija. Haastatteluun osallistuvien sisäänottokriteerit olivat aikuisikä, suomenkieli sekä vaatimus, että haastateltava itse tai hänen läheisensä on kokenut vaaratapahtuman käyttäessään tutkimuksen kohteena olevan sairaanhoitopiirin terveydenhuollon palveluja.

4.3. Aineiston hankinta

Laadullisen aineiston keruumenetelmiksi sopivat havainnointi, haastattelut ja erilaiset elämänkerralliset lähestymistavat (Hirsjärvi ym. 2007). Lisäksi on mahdollista tutkia valmista kirjallista materiaalia (Eskola & Suoranta 1998). Tutkimuksen aineiston hankintamenetelmäksi valittiin aineistotriangulaatio, mikä tarkoittaa eri aineistojen keräämistä. Tällöin tavoitteena on tutkimusilmiön syvempi ja laajempi ymmärtäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tämä tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla sekä hyödyntämällä valmista aineistoa. Teemahaastattelu toimi puolistrukturoituna haastatteluna, jossa edettiin keskeisten etukäteen valittujen aihepiirien

varassa. Teemahaastattelulle tyypillisesti kysymysten tarkka muoto hieman vaihteli ja teemoihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä esitettiin huomioiden kuitenkin, että haastattelun aihepiirit pysyivät kaikille samoina. Haastattelut korostavat ihmisten tulkintoja asioista sekä heidän niille antamia merkityksiä. Teemahaastattelulle on ominaista, että haastateltavat ovat kokeneet tietynlaisen tilanteen ja haastattelu suunnataan siten haastateltavien subjektiivisiin kokemuksiin. Tämän teemahaastattelun tavoitteena oli löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tutkittavat ilmiöt ja niitä kuvaavat peruskäsitteet hahmottuvat perehdyttäessä teoriaan ja aikaisempaan tutkimustietoon. Teemahaastattelua suunniteltaessa ei laadita yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-alueuettelo, joihin varsinaiset haastattelukysymykset kohdistuvat. Teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alakäsitteitä tai –luokkia. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Haastatteluihin perehdyttiin tutustumalla menetelmää käsittelevään kirjallisuuteen. Tutkija on haastattelutilanteessa sekä osallistuva että tutkiva persoona, jossa tutkijalta vaaditaan oman osuuden minimoimista ja puolueettomuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Haastattelun onnistuminen edellyttää luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta. Käytännössä luottamuksen aikaansaaminen haastattelussa on tasapainottelua empatian osoittamisen ja yhteisyyden rakentamisen sekä toisaalta haastattelutilanteen tehtävään ja roolijakoon suuntautumisen välillä. Empatian osoittaminen on tärkeää erityisesti tilanteissa, joissa haastateltava kertoo ongelmallisista kokemuksistaan. (Ruusuvoori & Tiittula 2005.) Tämä tutkimuksen teema-alueet rakennettiin peilaamalla niitä aikaisempaan tutkimustietoon. Lisäksi tutkija käytti tutkimustehtävien käsitteitä ja omaa intuitiotaan teema-alueiden kohdentamiseen.

Haastattelun etuna tutkimusaineiston hankintamenetelmänä oli joustavuus. Tutkijalla oli mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, pyytää täsmennystä ja käydä keskustelua haastateltavien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, Moule & Goodman 2009.) Haastattelun tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2002). Teemahaastattelu ei edellytä haastateltavilta tiettyä yhteistä kokemusta, vaan kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Teemahaastattelussa korostetaan haastateltavien elämysmaailmaa ja heidän määritelmiään tilanteista. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Laadullisen

tutkimusmenetelmän avulla saatu tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, josta se on hankittu (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkijan tavoite oli saada tiedonantajat paljastamaan avoimesti omia kokemuksiaan, näkemyksiään, mielipiteitään ja tuntemuksiaan. Tutkija esitti haastateltaville selventäviä kysymyksiä ja keskustelun loppuvaiheessa kaikille tehtiin jatkokysymys: ”Haluaisitko vielä lisätä jotain?”

Valmis aineisto koostui potilaiden ja läheisten HaiPro -ilmoituksista, joita sairaanhoitopiiriin oli jätetty vuodesta 2007 heinäkuun 2012 loppuun mennessä (N=57). Ilmoitusten sisäänottokriteerit olivat suomen-, ruotsin-, tai englanninkieli, ilmoittajana potilas tai läheinen, tapahtumatyyppinä läheltä piti -tilanne tai haittatapahtuma sekä vaatimus, että ilmoitus oli käsitelty tapahtuman kohteena olleessa toimintayksikössä. Poissulkukriteerinä toimii muu kuin suomen- ruotsin tai englanninkieli. Kaksi HaiPro -ilmoitusta hylättiin. Toinen oli järjestelmän ylläpitäjän testi-ilmoitus ja toinen kaksoiskirjaus. Lisäksi neljä ilmoitusta poistettiin aineistosta, koska ilmoitusten tekijät haastateltiin. Ilmoitusten poistaminen oli välttämätöntä, jotta aineistossa ei esiintyisi kenenkään tiedonantajan näkemykset kahta kertaa. Yksi vaaratapahtumailmoitus oli potilasasiamiehen kirjaama. Tämä ilmoitus tulkittiin potilaan jättämäksi ilmoitukseksi. Lopullisen tutkimusaineiston (N=51) muodosti potilaiden (N=27) ja läheisen (N=24) ilmoitukset, jotka olivat suomenkielisiä (N=35) ja ruotsinkielisiä (N=16). Yhtään englanninkielistä ilmoitusta ei ollut.

Tutkija suoritti haastattelut elokuussa 2012. Teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia osallistujiin, ja siksi haastattelupaikan valintaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. Haastattelupaikan tulee olla osallistujalle rauhallinen ja turvallinen. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Viisi tutkimushaastattelua toteutettiin sairaalassa tutkijan työhuoneessa, jossa rauhallinen ja häiriötön ympäristö haastattelun ajaksi voitiin varmistaa. Yksi haastattelu toteutettiin haastateltavan kotona tämän pyynnöstä. Potilaat ja läheiset haastateltiin erikseen. Haastattelut sovittiin sellaiseen ajankohtaan, joka soveltui parhaiten osallistujille. Haastatteluihin oli varattu aikaa yksi tunti. Varsinainen haastattelu vaihteli 30-45 minuutin välillä. Haastatteluun varattua aikaa pidensi ennen ja jälkeen haastattelua käytävä vapaamuotoinen keskustelu. Teemahaastattelu on usein luonteeltaan niin henkilökohtaista, ettei ole sopivaa lopettaa keskustelua äkkinäisesti, kun tutkijan omat tavoitteet on saavutettu. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Haastattelun aluksi tutkija kertasi vielä suullisesti

tutkimustiedotteen asiat (Liite 2.) sekä antoi tiedotteesta oman kappaleen haastateltaville. Lisäksi osallistujia pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomake (Liite 3.) tutkimukseen ja pyydettiin suullinen lupa haastattelun nauhoittamiseen. Osallistujat suhtautuivat myönteisesti nauhoittamiseen saatuaan tiedoksi, että tutkimuksen raportoinnin jälkeen nauhoite hävitetään eikä sitä tutkijan lisäksi kukaan ulkopuolinen kuuntele.

Haastattelun tallentaminen on välttämätöntä (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tämän tutkimuksen kaikki haastattelut nauhoitettiin, sillä haastattelun aikana tehtävät muistiinpanot eivät olisi riittävän yksityiskohtaiset analysointia varten. Nauhoittamisen ansiosta tutkija pystyi keskittymään täysin haastateltavan puheeseen ja esittämään mahdollisesti tarkentavia kysymyksiä. Nauhoittaminen antaa tutkijalle mahdollisuuden myöhemmin tarkistaa tekemiään tulkintoja sekä parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja raportointia. (Ruusuvuori & Tiittula 2005.)

4.4. Aineiston analyysi

Tämä tutkimuksen analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi sopii erittäin hyvin monitahoisten ja sensitiivisten ilmiöiden analysointiin, mikä on hoitotieteen tutkimukselle ominaista (Elo & Kyngäs 2008). Sisällönanalyysi on metodi, jota voidaan käyttää kvalitatiiviseen ja kvantitatiiviseen aineistoon. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko deduktiivisesti, jolloin aineistoa tarkastellaan teoriasta käsin tai induktiivisesti, joka on aineistolähtöinen tarkastelutapa. Tutkimuksen tarkoitus määrittää kumpaa lähestymistapaa käytetään. Mikäli tutkimuksesta ei ole riittävästi aikaisempaa tietoa tai tieto on pirstaleista, on lähestymistapa induktiivinen. (Elo & Kyngäs 2008.)

Aineiston induktiivinen lähestymistapa korostaa siirtymistä yksittäisistä, erityisistä huomioista kohti yleisempiä huomiota yhdistäen ne laajemmaksi kokonaisuudeksi tai yleiseksi lausumaksi. (Kylmä & Juvakka 2007, Elo & Kyngäs 2008.) Keskeinen piirre sisällönanalyysissä on tekstin luokittelu pienempiin sisältökategorioihin (Elo & Kyngäs 2008), jossa yksityiskohtaisesti tarkastellaan ja kuvataan aineiston sisältöä sanallisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002). Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan

analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysillä pyritään luomaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa ja se sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Analyysin valmisteluvaiheessa ennen tutkimusaineiston analyysia tulee määrittää analyysiyksikkö (Elo & Kyngäs 2008). Se voi olla sana, lause, lausuma, ajatuskokonaisuus (Kyngäs & Vanhanen 1999). Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät (Elo & Kyngäs 2008). Tutkijan tulee myös määrittää kohdistuuko aineiston analyysi ilmeiseen sisältöön vai myös aineiston piilosisältöihin. Piilevän sisällön tarkoitus on kiinnittää huomio haastateltavien sanattomaan viestintään; hiljaisiin hetkiin, nauruun tai huokauksiin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Elo & Kyngäs 2008.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto analysoitiin laajasti valiten analyysiyksiköksi kaikki olennaiset ja selkeät ilmaisut yksittäisistä sanoista ajatuskokonaisuuksiin.

Analysointityön aluksi tutkija litteroi nauhoitetut haastattelut mahdollisimman pian haastatteluiden toteutumisen jälkeen. Litteroinnissa nauhoitetut haastattelut muutetaan kirjoitettuun tekstimuotoon (Kylmä & Juvakka 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Äänitteestä kirjoitettiin ylös sanasta sanaan kaikki puhuttu teksti sekä haastateltavien erityiset huokaukset, puheen painotukset tai –tautot sekä naurun ilmaukset. Nämä tutkija merkitsi litteroituun tekstiin lihavoituna tai sulkeisiin kirjoitettuna, jolla pyrittiin ilmentämään haastateltavien antamia merkitys-yhteyksiä ja huomioimaan niitä aineiston analysoinnin ja tulkinnan yhteydessä. Litteroituaan haastattelut tutkija kuunteli nauhoitteet jokaisen haastattelun osalta uudelleen ja teki tarkennuksia sekä korjauksia kirjoitettuun tekstiin, jotta vastaavuus äänitteeseen saatiin hyväksi. Haastattelut herättivät tiedonantajissa paljon tunteita, joita tutkija kirjasi itselleen muistioon. Lisäksi tutkija kirjasi ylös omia kokemuksiaan ja havaintojaan haastattelutilanteesta voidakseen hyödyntää reflektiivisiä ajatuksiaan aineiston analysoinnissa. Analysoitavaa aineistoa kuudesta haastattelusta saatiin yhteensä 48 sivua litteroitua tekstiä, josta löydettiin tutkimustehtäviä kuvaavia alkuperäisiä lausumia 98. Vaaratapahtumailmoituksista löydettiin 108 analyysiin mukaan otettua alkuperäistä lausumaa.

Induktiivisessa sisällön analyysissä on keskeistä järjestää kvalitatiivinen aineisto pelkistämisen, ryhmittelemisen ja abstrahoinen avulla (Kyngäs & Vanhanen 1999, Elo & Kyngäs 2008). Litteroinnin jälkeen tutkija luki haastattelutekstit sekä vaaratapahtumailmoitukset useasti läpi muodostaakseen aineistosta kattavan kokonaiskuvan samalla alleviivaten ja marginaaliin merkintöjä tehden. Muistiinpanoilla ja alleviivauksilla merkittiin aineistosta nousevat tärkeät ilmaisut. Laadullisen tutkimuksen aineistoa tarkasteltiin mahdollisimman avoimesti ja aineistolle esitettiin lukemisen yhteydessä kysymys, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkija tarkensi kysymyksiä tutkimuskysymysten suuntaisiksi, kuten millaisia kokemuksia potilailla ja läheisillä on potilasturvallisuuden kehittamisestä tai varmistamisesta. Tutkija antoi tutkimuskysymyksille värikoodit ja lukemisen yhteydessä alleviivasi aineistosta merkittäviä tutkimuskysymyksiin viittaavia sanoja, lauseita tai ajatuskokonaisuuksia. Tässä tutkimuksen vaiheessa tutkijalle alkoi muodostua selkeä kokonaiskuva tutkimusaineiston sisällöstä. Analyysia tehdessään tutkija pyrki mahdollisimman objektiiviseen ja neutraaliin aineiston tarkasteluun, jotta hänen omat käsityksensä eivät ohjaisi analyysia.

Analyysivaihetta, jossa tutkija kerää alkuperäisistä lausumista olennaisia ilmauksia, kutsutaan aineiston pelkistämiseksi (Elo & Kyngäs 2008). Pelkistämässä aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois (Tuomi & Sarajärvi 2002). Alkuperäiset ilmaisut koodattiin tutkimusaineiston mukaan (A= vaaratapahtumailmoitus, B= haastattelu) ja kirjoitettiin erilliseen Word -tiedostoon niin, että ne olisivat uudelleen löydettävissä alkuperäisestä tekstistä. Lisäksi aineiston alkuperäisille ilmaisuille annettiin värikoodit. Lausunnot pelkistettiin aineiston käsittein ja kirjoitettiin taulukkoon. Pelkistetyt ilmaisut pyrittiin pitämään alkuperäistä merkitystä kuvaavina. Liian pitkälle menevää pelkistystä varottiin, jolloin vaarana saattaa olla aineistosta etäännyminen (Elo & Kyngäs 2008). Tutkija joutui analyysin edetessä palaamaan uudelleen aineiston pelkistämiseen ja tarkistaa pelkistettyjen ilmausten sanamuotoja liian aikaisen tulkinnan välttämiseksi. Aineistoon uudelleen ja uudelleen palaaminen hidasti analyysin etenemistä, mutta paransi sen luotettavuutta. Seuraavassa kuvioissa (Taulukko 1.) on esitetty esimerkkejä alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaus

Pelkistetty ilmaus

”Infomaatiota tulee eri tuuteista aika paljon”

Tiedonsaannin runsaus eri tiedotusvälineistä

”Kannattaa antaa tietoa”

Tiedon jakamisen kannattavuus

”Silleen ylimielisesti mulle vastattiin”

Ylimielinen vastaaminen

”Henkilökunnan asennetta korjattava”

Henkilökunnan asenteiden korjaaminen

”Kohtelun parantaminen. Ylimielinen käytös”

Ylimielisen käytöksen ja kohtelun parantaminen

”Erittäin välinpitämätön kohtaaminen, todella, se oli alle nollan”

Erittäin välinpitämätön kohtaaminen

”Kerroin henkilökunnalle asiasta”

Henkilökunnalle asiasta kertominen

”Omaiset huomasivat kanyylin vuotavan ja ilmoittivat hoitajille”

Läheisten huomio ja ilmoitus hoitajalle vuotavasta kanyylista

”Varmasti jokainen vanhempi puuttuu asiaan, jos huomaa jotain olevan väärin”

Läheisten puuttuminen huomaamaansa virheeseen

”Lääkitys antamatta ajallaan.”

Lääkkeen antaminen väärään aikaan

”Minulla oli riski saada viisinkertainen annos lääkettä.”

Riski viisinkertaisesta lääkeannoksesta

”Poikamme sai toisen potilaan lääkkeit.”

Lääkkeen antaminen väärälle potilaalle

Taulukko 1. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä

Tutkimuksen aineiston analyysia jatkettiin pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelyllä. Pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin luokkiin sekä nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Luokkien muodostaminen yhdistää tietyt havainnot, mutta samalla sulkee pois eri kategoriaan kuuluvat ilmaisut. Luokkien muodostaminen sisältää aina tutkijan omaa tulkintaa. Ryhmitellyistä luokista saatiin muodostettua alakategoriat. (Elo & Kyngäs 2008.) Pelkistäminen ja alakategorioihin ryhmittely tehtiin erikseen haastatteluaineistolle sekä valmiille aineistolle muodostaen kummastakin omat tiedostot. Seuraavassa kuviossa (Taulukko 2.) on esimerkkejä pelkistettyjen ilmausten ryhmiin luokittelusta.

Pelkistetty ilmaus**Ryhmitelty ilmaus**

Tiedonsaannin runsaus tiedotusvälineistä
Tiedon jakamisen kannattavuus

Potilasturvallisuusasioista tiedottaminen
potilaalle ja läheiselle

Ylimielinen vastaaminen
Henkilökunnan asenteiden korjaaminen
Ylimielisen käytöksen ja kohtelun
parantaminen
Erittäin välinpitämätön kohtaaminen

Potilaan ja läheisen kokemus huonosta kohtelusta

Henkilökunnalle asiasta kertominen
Läheisten huomio ja ilmoitus hoitajalle
vuotavasta kanyylista
Läheisten puuttuminen huomaamaansa
virheeseen

Henkilökunnan informointi virheen tai poikkeaman
huomaamisesta

Lääkkeen antaminen väärään aikaan
Riski viisinkertaisesta lääkemannoksesta
Lääkkeen antaminen väärälle potilaalle

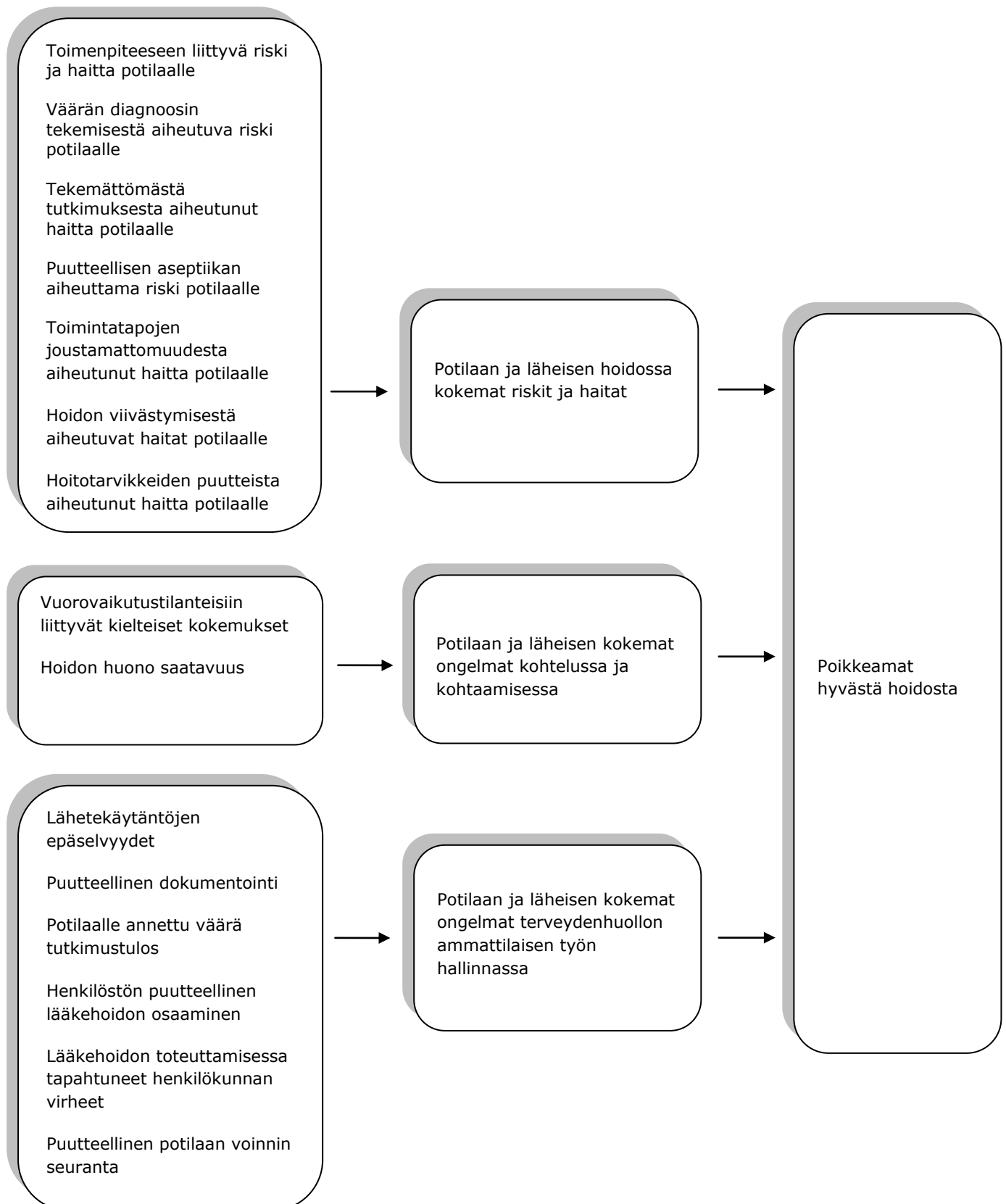
Lääkehoidon toteuttamisessa tapahtuneet
henkilökunnan virheet

Taulukko 2. Esimerkkejä aineiston ryhmittelystä

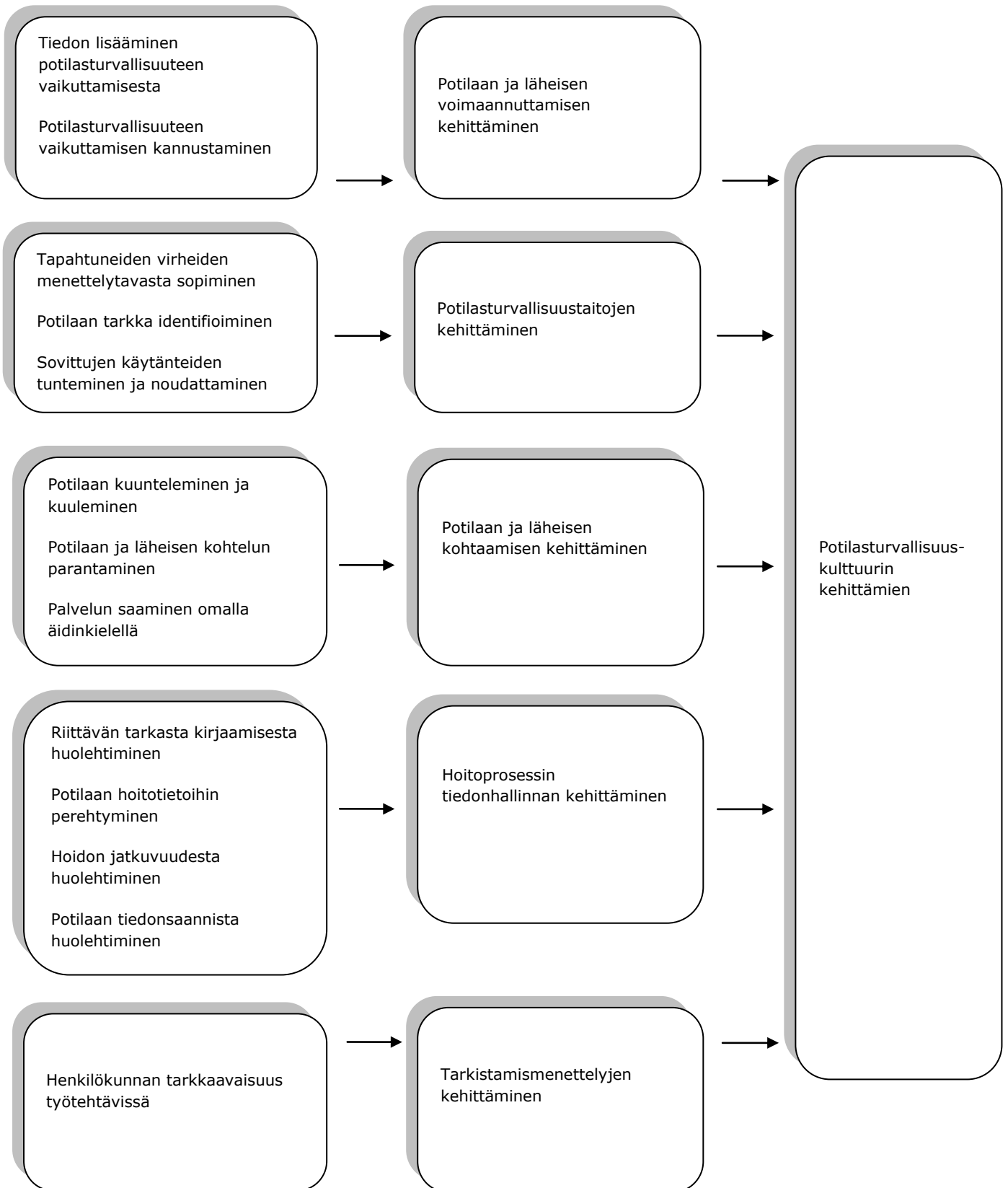
Aineiston ryhmittelyn jälkeen alakategorioihin tutkimuksen analyysiprosessi jatkui analyysin viimeiseen vaiheeseen, aineiston abstrahoitettiin eli käsitteellistämiseen. Abstrahoinnissa edettiin teoreettisiin käsitteisiin, jossa käsitteellistämistä jatkettiin yhdistelmällä luokituksia, niin kauan kuin se aineiston sisällön kannalta oli mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, Elo & Kyngäs 2008.) Tässä vaiheessa tukija yhdisti haastatteluaineiston ja valmiin aineiston alakategoriat, joissa oli löydettävissä samankaltaisuuksia. Analyysi jatkui siten, että samansisältöisiä alakategorioita yhdistettiin muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategoriat nimettiin niin, että ne kattoivat alakategorioihin kuuluvien käsitteiden sisällöt. Yläkategorioiden löytyminen edellytti jatkuvaa vuoropuhelua aineiston ja tutkimustehtävien kanssa. Analyysin tarkoitus oli luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2002). Tämän tutkimuksen sisällönanalyysin tuloksena muodostui tutkimustehtävittäin kolme yhdistävää kategoriaa, jotka olivat poikkeamat hyvästä hoidosta, potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen sekä potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät.

Tämän tutkimuksen tulososassa tutkija esittää suoria lainauksia havainnollistaakseen haastateltavien kokemuksia sekä antaen mahdollisuuden lukijalle arvioida tutkimuksen analysointia ja luotettavuutta. Haastateltavien ajatuksien raportoinnissa käytetään monikkomuotoa heidän anonyymiteettinsä suojaamiseksi, vaikka kyseessä olisi yhden tiedonantajan kokemus. Tutkimustuloksissa raportoitiin potilaiden ja läheisten kokemukset pääsääntöisesti yhdessä. Tutkija joutui tekemään aineiston analysointiin liittyviä tulkintoja ja valintoja, sillä osa potilaiden ja läheisten vastauksista olisi voitu liittää useampaan kuin yhteen tutkimustehtävään. Yhteenveto aineiston analysoinnista on esitetty tutkimuksen liitteenä, (Liite 6.)

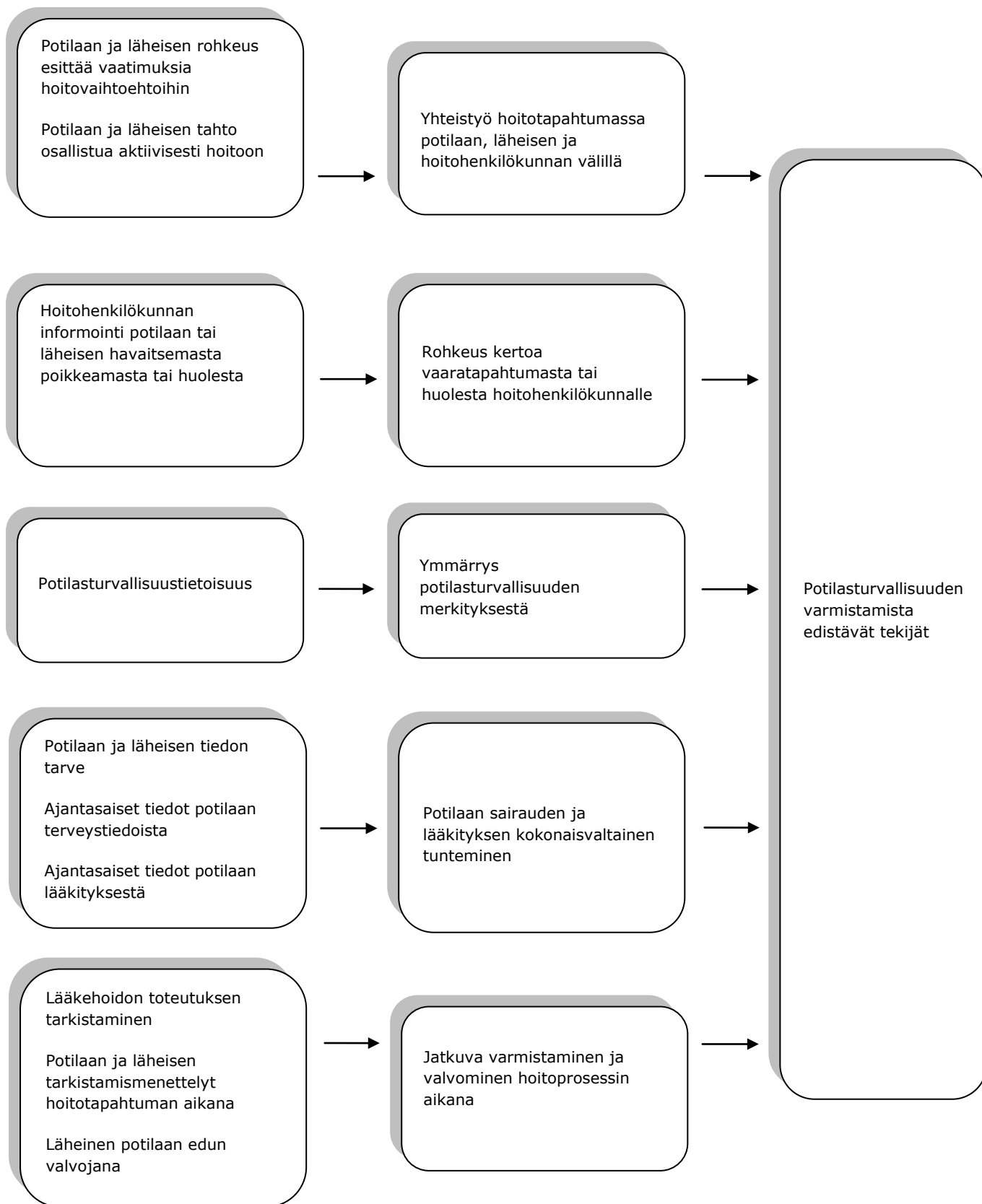
Seuraavissa kuvioissa (Kuviot 2-4.) on kuvattu tutkimustehtävittäin aineistosta muodostetut alakategoriat, yläkategoriat sekä yläluokista muodostetut yhdistävät kategoriat.



Kuvio 2. Poikkeamat hyvästä hoidosta



Kuvio 3. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen



Kuvio 4. Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät

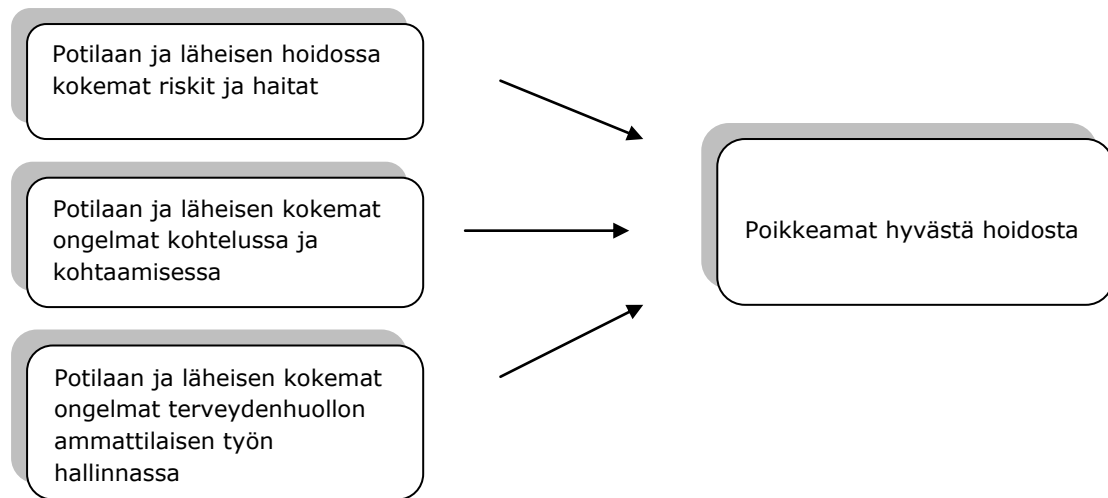
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1. Osallistujien taustatiedot

Tutkimushaastatteluihin osallistui viisi naista ja yksi mies (N=6). Haastateltujen potilaiden (N=3) ja läheisten (N=3) iät jakaantuivat 27 ja 75 ikävuoden välille. Keski-ikä oli 51 vuotta. Kaikki haastatteluihin osallistuneet potilaat ja läheiset olivat kokeneet vaaratapahtuman, joka oli tyypiltään haittatapahtuma. Vaaratapahtumat olivat tapahtuneet tutkimuksen kohteena olevassa sairaanhoitopiirissä. Valmiin, vaaratapahtumajärjestelmästä poimitun, aineiston (N=51) osalta taustatietoja iän ja sukupuolen osalta ei ollut mahdollista tunnistaa. Vaaratapahtumailmoituksista oli potilaan (N=27) tekemiä ja läheisen (N=24).

5.2. Poikkeamat hyvästä hoidosta

Tutkimusaineistosta poimittiin potilaiden ja läheisten hoidon aikana kokemia vaaratapahtumia, joissa he kuvasivat hoidon riskitilanteita ja vaaratapahtuman seurauksena syntyneitä haittoja. Potilaat ja läheiset kokivat usein ongelmia kohteluun ja kohtaamiseen liittyen erilaisten hoitotapahtumien aikana. Lisäksi potilaat ja läheiset tekivät huomioita terveydenhuollon ammattilaisten eriarvoista osaamista työn hallinnassa. Näistä tekijöistä muodostuivat potilaiden ja läheisten kokemukset hyvää hoitoon liittyvistä poikkeamista. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Poikkeamat hyvästä hoidosta

5.2.1. Potilaan ja läheisen hoidossa kokemat riskit ja haitat

Potilaan ja läheisen hoidossa kokemat riskit ja haitat kuvattiin potilaan näkökulmasta, jossa huomioitiin läheisten kokemukset potilaalle tapahtuneesta vaara- tai haittatapahtumasta. Useimmiten riskit ja haitat koettiin liittyvän lääketieteellisiin toimenpiteisiin, jolloin potilaalle oli toimenpiteen tai leikkauksen seurauksena syntynyt haitta. Osa haitoista liittyi kivun kokemuksiin tai riskiin väärästä toimenpiteeseen joutumisesta. Potilaat ja läheiset kuvasivat tilanteita, joissa heille oli syntynyt vaaratapahtumasta pysyvä haitta. Haittatapahtuma syntyi, kun hoitotapahtumassa oli sattunut hoitovirhe tai hoidon kannalta merkittävä hoitotoimenpide oli jäänyt kokonaan tekemättä. Vaaratapahtumien seurauksena syntyneet vakavat haitat vaikuttivat potilaiden elämään pysyvästi.

”Neurologinen vika todettiin syntyneen leikkauksessa.”

”Se oli järkyttävä sen leikkauksen jälkeen, mitä kaikkea tässä kädessä oli, se oli kiputila.”

”Tässä menee kaksi pitkää hermoa, niin se on toisen katkaissut. Ja sitten mä en saa

sitä suoraksi. Se on tunnoton, tämä yksi sormi.”

”Toimenpiteessä pistettiin neljä kertaa. On aivan ilmiselvää, että ei saa olla neulatyyny. Ei turhaan saa kipua tuottaa.”

”Oli suuri riski, että olin joutua väärän leikkauksen kohteeksi.”

Potilaat ja läheiset kokivat, että sairauden väärä diagnosointi asetti riskin tulevalle hoidon suunnittelulle, pohjautuen väärään lääketieteelliseen arviointiin. He pelkäsivät, että heidän jatkohoito tai uusi vastaanottokäynti perustui väärään diagnoosiin ja dokumentoituna tämä johtaisi hoitotoimintojen vääriin valintoihin. Hoidon viivästymisen seurauksena syntyneinä haittoina potilaat ja läheiset kokivat sairautensa pitkittyneen ja vaikeutuneen sekä aiheuttaen heille voimistuneita oireita. Potilaat ja läheiset näkivät henkilöstön puutteellisen aseptisen toimintatavan riskinä turvalliselle hoidolleen. Lisäksi he kuvasivat joustamattomaan toimintatapaan liittyviä haittoja.

”Papereissani väärä diagnoosi voisi olla vaarallista, mikäli joudun sairaalahoitoon ja minua hoidettaisiin sen mukaan.”

”Minut ohjattiin lepäämään varsin likaisen näköiselle vuoteelle.”

”Mutta mä oon ehdottomasti sitä mieltä, ettei sitä pidä tehdä lapsen terveyden kustannuksella, koska sen voi tehdä todella järkevästikkin. Ja mun ajatusmaailmaan ei tällöinen käytäntö mahdu.”

5.2.2. Potilaan ja läheisen kokemat ongelmat kohtelussa ja kohtaamisessa

Terveydenhuollon henkilöstön asenteellinen suhtautuminen ja puutteellinen arvostus potilaita ja läheisiä kohtaan nousi potilaiden ja läheisten kokemuksissa merkittäviksi tekijöiksi. He liittivät negatiiviset kokemukset saamaansa kohteluun tai tiettyyn kohtaamiseen hoitotapahtumassa. Potilaat ja läheiset kokivat henkilöstön sosiaaliset ihmissuhdetaidot puutteellisina ja liittivät kielteiset kokemukset hoidollisiin

vuorovaikutustilanteisiin. Henkilöstön käyttäytyminen oli koettu ylimielisenä tai tönkeänä. Potilaat ja läheiset tunsivat itsensä usein arvottomiksi ja henkilöstön asenteet välinpitämättömiksi. Samansuuntaisia tunteita potilaat ja läheiset kuvasivat kertoessaan hoitoon pääsyn ongelmista. Potilaat ja läheiset kokivat, että heidän terveysongelmansa kyseenalaistettiin tai heidät hoitoonohjattiin tarpeettomasti muualle. Negatiivisia tuntemuksia herättivät tilanteet, joissa potilaat ja läheiset kokivat luottamuksen tai avoimuuden puutteita henkilöstöä kohtaan. Lisäksi potilaat ja läheiset esittivät salassapidon ongelmia, jolloin heidän yksityisistä, sairauteen liittyvistä asioista, oli keskusteltu päiväsalissa. Terveystieteiden henkilöstön kohtaamiseen liittyvät ongelmat koettiin useimmiten lääkäreiden vastaanottotilanteissa, mutta myös hoitohenkilöstön asenteissa ja suhtautumisessa potilaita ja läheisiä kohtaan koettiin tarvetta parantamiseen.

”Värsta i hela den här historien är just bemötande av läkaren. Det var nästan traumatiskt.”

”Hoitajan käytös oli hyökkäävää ja puolustelemaa kysyessäni suuresta lääkeannoksesta.”

”Att sådant nonchalans och ilsket bemötande ska man aldrig behöva få uppleva.”

”Olin osallisena onnettomuudessa. Käyntini sairaalassa kyseenalaistettiin henkilökunnan taholta, kun ei ollut näkyvää kipua.”

5.2.3. Potilaan ja läheisen kokemat ongelmat terveydenhuollon ammattilaisen työn hallinnassa

Terveydenhuollon ammattilaisten työhallinnan ja osaamisen tason potilaat ja läheiset kokivat vaihtelevan. Työnhallinnan ongelmat liittyivät tiedonhallinnan asettamiin haasteisiin, lääkehoidon toteutuksessa tapahtuneisiin virheisiin sekä hoidon seurannan puutoksiin. Tiedonkulun ongelmia koettiin lähetekäytännöissä. Potilaan hoitoon liittyvä tutkimuslähete oli tekemättä tai lähettämättä eteenpäin. Muita tiedonkulun ongelmia koettiin dokumentoinnin puutteina tai virheinä. Potilaan sairauskertomuksesta puuttui

merkintä vastaanottokäynnistä tai vastaavasti sairauskertomukseen oli kirjattu asiakirjateksti tutkimuksesta, joka todellisuudessa oli vielä tekemättä. Potilaat ja läheiset kaipasivat huolellisempaa dokumentointia. Terveystieteiden henkilöstön perustehtäviin kuuluu potilaan voimien seuranta ja tarkkailu. Tähän vastuuseen liittyen kuvattiin puutteita potilaan peruselintoimintojen tarkkailussa.

”Luvattu lähete ei ole mennyt eteenpäin.”

”Käynnistäni ei ollut tekstiä.”

”Potilaalle määrätty asiaankuuluva peruselintoimintojen tarkkailu puuttui kokonaan.”

Lääkehoidon toteutuksessa tapahtuneet virheet ilmenivät useissa potilaiden ja läheisten jättämissä vaaratapahtumailmoituksissa sekä melkein kaikissa haastatteluissa. Lääkehoidon virheet liittyivät useimmiten lääkkeiden antamiseen väärään aikaan tai väärälle potilaalle. Sairaanhoidon opiskelijoiden toteuttaman lääkehoidon valvonnan potilaat ja läheiset kokivat riittämättömänä. Lisäksi he olivat tyytymättömiä lääkkeiden määräämiseen liittyvään lääkehoidon osaamisen hallintaan. Potilailla ja läheisillä oli kokemuksia, joissa lääkemääräys oli annettu väärästä valmisteesta tai potilaalle välttämätön lääke oli asetettu tauolle.

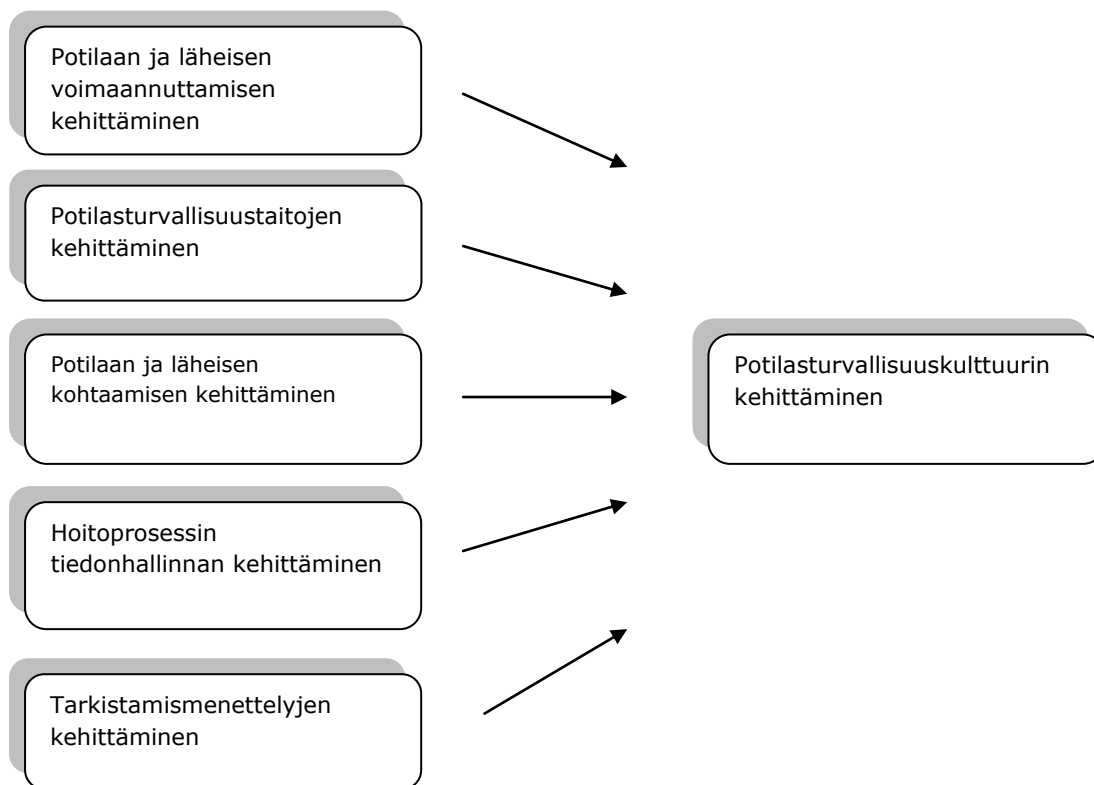
”Poikamme sai toisen potilaan lääkkeet.”

”Lääkitys oli antamatta ajallaan.”

”Pariin kertaan meinattiin määrätä väärää antibioottia, väärää määrää.”

5.3. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen sisältää potilaiden ja läheisten näkemykset siitä, miten potilasturvallisuutta tulisi heidän kokemuksensa perusteella kehittää terveydenhuollossa. Aineistosta nousseet potilasturvallisuuden kehittämisalueet vastasivat potilaiden ja läheisten kokemuksiin vaaratapahtumista. Potilasturvallisuustaitojen kehittäminen liitettiin terveydenhuollon ammattihenkilöiden potilasturvallisuuden periaatteiden ja toimintatapojen osaamiseen ja tuntemiseen. Lisäksi potilaita ja läheisiä tuli voimaannuttaa informoimalla enemmän potilasturvallisuuteen vaikuttamisesta sekä tukea osallistumaan potilasturvallisiin käytänteisiin. Potilaiden ja läheisten kohtaamisen kehittäminen koettiin yhtenä painopistealueena. Lisäksi hoitoprosessin tiedonhallinnalliset taidot ja henkilöstön tarkistamismenettelyt nähtiin kehittämistyön keskiössä. Edellä mainituista tekijöistä muodostui kokonaisuus, joka kuvaa potilasturvallisuuden kehittämisen tarpeita terveydenhuollon ammattilaisten toiminnassa potilaiden ja läheisten näkökulmasta. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Potilaskulttuurin kehittäminen

5.3.1. Potilaan ja läheisen voimaannuttamisen kehittäminen

Vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä potilaiden ja läheisten voimaannuttamista osallistuvan roolin kautta tulisi huomioida entistä paremmin. Vaaratapahtumajärjestelmän näkyvyyttä ja tunnettavuutta pitäisi potilaiden ja läheisten mukaan parantaa. He kokivat tarvitsevansa perustietoa potilasturvallisuudesta esimerkiksi tiedottamisen tai informoinnin keinoin. Lisäksi potilaat ja läheiset kaipasivat yksityiskohtaisempaa tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttamisesta hoitoprosessinsa aikana. Henkilöstön tarjoamaa henkilökohtaista tukea ja kannustusta osallistua potilasturvallisuuden edistämiseen pidettiin tärkeänä. Potilaat ja läheiset pelkäsivät, että jättäessään palautetta HaiPro-järjestelmään, se saattaisi vaikuttaa heidän myöhempään hoitoonsa. Potilaat ja läheiset ajattelivat, että vaaratapahtumailmoituksia tulisi määrällisesti jättää runsaasti, jotta niillä olisi sairaalan toimintatapoihin vaikuttava merkitys.

”Niin se tiedottaminen. Tehdään julkiseksi se, että päättäjät täällä on kiinnostuneita potilasturvallisuus asioista ja haluavat parantaa sitä. Sillä lailla saataisiin ihmisetkin mukaan.”

”Oli aika vaikea löytää se HaiPro. Piti vähän seikkailla siellä netissä, että löysi sen. Siihen ei ollut selkeää linkkiä.”

”Kerrottaisiin se potilasturvallisuustieto henkilökohtaisesti, mutta niin, että siinä olisi enemmän semmoinen välittävä ja henkilökohtainen ote. Esitteen lukee helpommin, jos hoitaja on ensin kertonut siitä. A4:n ilmoitustaululla, jää helposti huomioimatta.”

”Potilasturvallisuuden varmistamisesta pitää saada enemmän tietoa. Tieto ei saa olla missään odotustiloissa tai ilmoitustaululla tai lipaston nurkassa, vaan ihan siellä huoneissa, pöydällä. Jokaiselle potilaallehan se tieto pitäisi antaa, niin ehkä se voisi olla jokaisella pöydällä.”

5.3.2. Potilasturvallisuustaitojen kehittäminen

Potilaiden ja läheisten kokemusten mukaan vaaratapahtumien käsittelyssä virheiden avoin myöntäminen ja pahoitteleminen, on äärimmäisen tärkeää. He toivoivat, että henkilöstö oppii tapahtuneista virheistä ja peittelyn sijaan jakavat niistä tietoa muille työryhmän jäsenille. Potilaat ja läheiset pitivät tärkeänä, ettei vaaratapahtuma enää toistuisi ja toinen potilas joutuisi kokemaan samaa virhettä kuin mikä heille oli tapahtunut. Yhtenä potilasturvallisuuden tärkeänä käytäntönä nähtiin potilaan tarkka identifiointi ja henkilöllisyyden tarkistaminen jokaisessa hoitotapahtumassa. Potilaat ja läheiset kokivat puutteita henkilöstön yhteisissä toimintatavoissa, joiden tarkoitus oli lisätä potilasturvallisuutta. Heidän kokemuksensa mukaan henkilöstön tuli kiinnittää erityistä huomiota sovittujen käytänteiden tuntemiseen sekä kehittää toimintaohjeiden systemaattista noudattamista. Erityisesti aseptisten toimintaohjeiden parempi tunteminen ja noudattaminen nousi potilaiden ja läheisten havainnoissa.

”Hoitohenkilökunnan pitäisi pystyä sanomaan, jos on tapahtunut virhe ja että omaisten pitäisi tietää se, eikä sitä saisi peitellä.”

”Jag önskar att sköterskorna skall kontrollera namn och signum åtminstone en gång, eller helst flera gånger.”

”Olenlaisin asia eli aseptiikka oli kaikilta osin pielessä. Jos kaikkialla toteutettaisiin aseptiikan ja hygienian ohjeistusta, pääsisimme eteenpäin kohti yhteistä päämäärää näiden asioiden suhteen.”

5.3.3. Potilaan ja läheisen kohtaamisen kehittäminen

Potilaat ja läheiset pitivät tärkeänä, että heitä kuunnellaan ja kuullaan hoitoprosessin aikana. He kokivat tärkeäksi, että heidän toiveitaan huomioidaan ja mielipiteitään arvostetaan. Potilaiden ja läheisten näkemysten mukaan heidän kuuntelemisensa tulisi nähdä hyödyllisenä ja positiivisena sen sijaan, että heidän sanomaansa ei uskota tai sille ei anneta painoarvoa. Potilaat ja läheiset kokivat, että heidän kertomansa perusteella henkilöstö voi vaikuttaa ja puuttua ajoissa mahdollisen vaaratapahtuman ennaltaehkäisyyn. Ongelmallisena asiana potilaat ja läheiset näkivät terveydenhuollon hierarkkisuuden ja eriarvoisuuden ammattiryhmien välillä. He kokivat sen näkyvän hoitosuhteissa avoimen vuorovaikutuksen puuttumisena sekä henkilöstön välisissä työryhmissä. Potilaan hoidossa ymmärretyksi tuleminen oli keskeinen tekijä. Potilaat ja läheiset kokivat, että palvelu sairaalahoidon aikana tuli tapahtua potilaan omalla äidinkielellä, ja että henkilöstön tulisi hallita molemmat kotimaiset kielet yhtä hyvin.

”Enemmän pitäisi kuunnella eikä pidä ajatella hoitajana tai lääkärinä, että et sä tiedä mistään mitään.”

”Läheisen kuunteleminen potilaan taustatiedoista vaaratilanteiden vähentämiseksi.”

”Mä painotan, että vaaratilanteet eivät tule vähenemään, mikäli omaista ei kuulla. Omaista, joka tietää potilaan historian ja tietää, mitä on tapahtunut. Häntä ei nyt kuultu. Häntä pitää kuulla. Perusasiat, missä ne on!?”

”Sairaalan henkilökunnan pitäisi hallita sekä suomen että ruotsin kielen yhtä hyvin.

5.3.4. Hoitoprosessin tiedonhallinnan kehittäminen

Hoitoprosessin tiedonhallinnan kehittäminen syntyi potilaiden ja läheisten kokemista asiakirjahallinnan puutteista. Potilaat ja läheiset kokivat, että henkilöstön tulisi huolehtia paremmin riittävän tarkasta kirjaamisesta sairauskertomukseen. He esittivät, että potilaan mahdolliset riskitiedot merkittäisiin punaisella huomiovärillä ja korostivat läheisen antamien tietojen dokumentointia. Potilaat ja läheiset kokivat, että henkilöstön tulisi tuntea paremmin heidän hoitotietonsa. Hoitotietojen tunteminen liitettiin tarkoituksenmukaisen jatkohoidon suunnitteluun sekä tarvittavien kirjallisten kotihoito- ja potilasohjeiden antamiseen. Potilaat ja läheiset huomioivat, että potilaan hoidon turvallisuutta voidaan parantaa hoidon jatkuvuuden kautta. He tarkoittivat mahdollisuutta tavata samaa lääkäriä uudelleen välttämällä tällä tavalla toistuvan sairaushistoriansa kertomisen jokaisella vastaanottokäynnillä. Potilaat ja läheiset ilmoittivat kaipaavansa henkilöstöltä selkeäkielistä, totuudenmukaista ja avointa informointia sekä toivoivat perusteluita tai kannanottoja hoidollisissa asioissaan.

”Tarkoitan, että potilasta informoitaisiin selvästi ja totuudenmukaisesti.”

”Mera ansvar av personalen för patientens fortsatta vård.”

”Kutsussa ei ollut liioin mitään potilasohjetta.”

5.3.5. Tarkistamismenettelyjen kehittäminen

Potilaiden ja läheisten kokemusten mukaan hoitavan henkilökunnan tuli olla erityisen tarkkaavainen kaikissa hoitotilanteissa sekä potilaan voinnin seurannassa. Potilaat ja läheiset ilmoittivat, että henkilöstön valpas huomiointikyky ja tarkka huolellisuus ovat ensiarvoisen tärkeitä tekijöitä työtehtäviä hoidettaessa. He korostivat tarkistamisen merkitystä eri hoitoprosessin vaiheissa.

”Henkilökunnan tulee olla ennen kaikkea valpas, tarkkaavainen ja tarkka.”

”Henkilökunnalla tulee olla huolellisuus mukana kaikessa, mitä he tekevät.”

”Nogrannhet av personalen.”

5.4. Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät

Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät kuvaavat potilaiden ja läheisten kokemuksia ja ajatuksia siitä, miten he arvioivat mahdollisuutensa osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen. Haastatelluita potilailta (N=3) ja läheisiltä (N=3) kysyttiin, olivatko he valmiita omalla toiminnallaan osallistumaan potilasturvallisuuden varmistamiseen. Haastatelluista suurin osa oli ehdottomasti sitä mieltä, että he haluavat osallistua potilaan hoidon turvallisuuden varmistamiseen. Toisaalta potilaat ja läheiset kokivat, että potilasturvallisuuden varmistaminen ja turvaaminen kuuluu ainoastaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäviin eikä potilaan tai läheisen pitäisi joutua pohtimaan hoitonsa turvallisuustekijöitä vaan luottaa ammattilaisten osaamiseen.

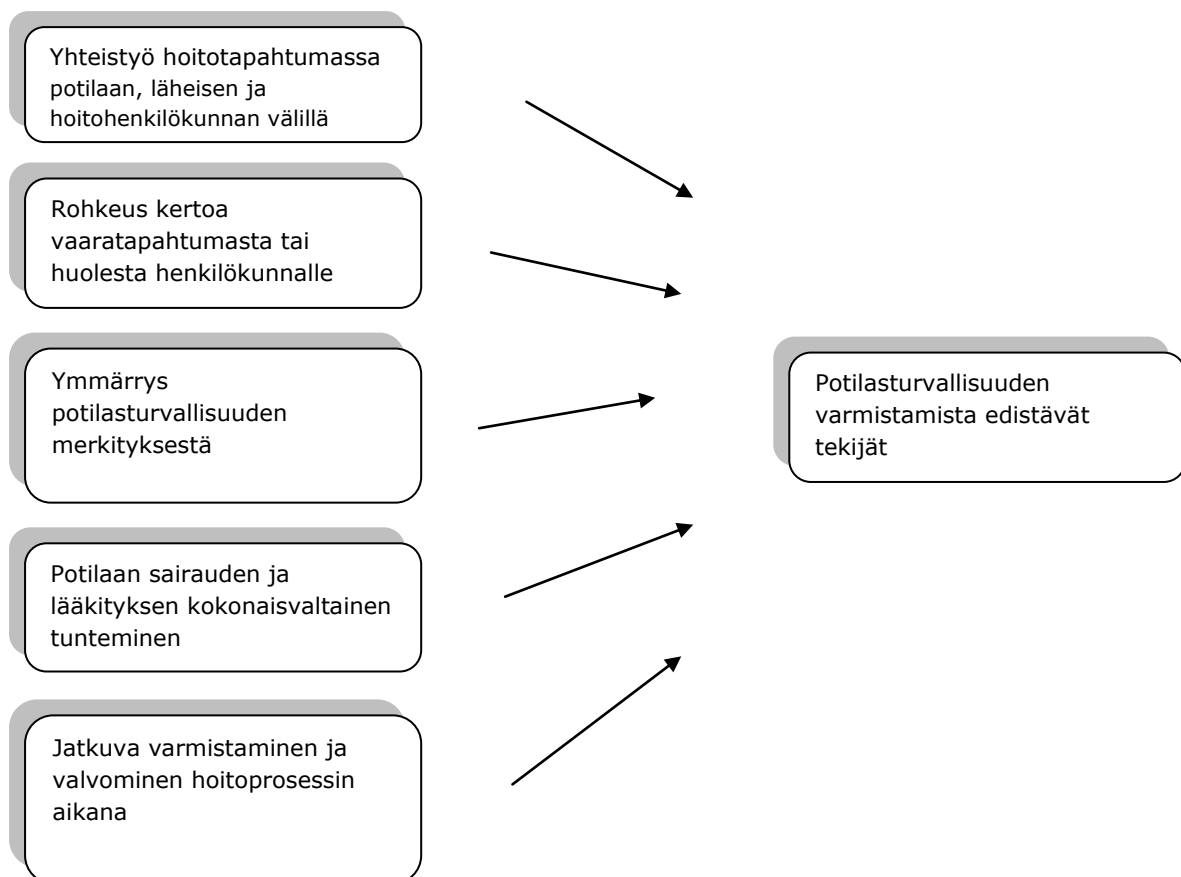
”Totta kai, eiköhän jokainen potilas halua, että oma turvallisuus on turvattu aina.”

”Niin, ei se nyt ole ensimmäisenä ajatuksena kyllä ole se, että minä tarkkailen tilannetta ja katson, missä mahdollisesti voisi olla nyt vaaratapahtuma.”

Potilaiden ja läheisten kokemusten perusteella potilasturvallisuuden varmistamista edistäviksi tekijöiksi löydettiin yhteistyö hoitotapahtumassa potilaan, läheisen ja hoitohenkilökunnan välillä, rohkeus kertoa vaaratapahtumasta tai huolesta henkilökunnalle sekä ymmärrys potilasturvallisuuden merkityksestä. Lisäksi potilasturvallisuuden varmistamiseen huomioitiin potilaan sairauden ja lääkityksen kokonaisvaltaisen tuntemisen merkitys sekä potilaan ja läheisen jatkuva valmius varmistaa sekä valvoa potilaan etuja hoitoprosessin aikana (Kuvio 7.)

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria



Kuvio 7. Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät

5.4.1. Yhteistyö hoitotapahtumassa potilaan, läheisen ja hoitohenkilökunnan välillä

Potilaat ja läheiset pitivät tärkeänä, että he uskalsivat hoidollisissa vuorovaikutussuhteissaan ilmaista mielipiteitään ja tahtoaan suoraan sekä voimakkaasti. He kokivat, että potilaan pitää voida esittää vaatimuksia hoitonsa suhteen ja siksi tietoisuus hoidossa suunnitelluista toimenpiteistä sekä niiden perusteluista, oli tärkeää. Potilaat ja läheiset kokivat, että heille tuli kertoa hoitoon liittyviä asioita sekä he esittivät vaatimuksia koskien potilaan hoitoon osallistuvia henkilöitä. Potilaat ja läheiset olivat kieltäneet terveydenhuollon ammattilaista osallistumasta potilaan hoitotapahtumaan, mikäli heillä oli aikaisempi negatiivinen kokemus yhteistyöstä kyseisen ammattihenkilön kanssa. Potilaat ja läheiset kokivat hoitoon liittyvien vaatimustensa esittämisen tärkeänä, koska uskoivat muutoin virheiden mahdollisuuden kasvavan tekemättä jääneinä tehtävinä. Potilaat ja läheiset kokivat, että kysymällä ja kyseenalaistamalla asioita sinnikkäästi, he paremmin varmistavat omaa turvallisuuttaan ja hoidon tarpeidensa huomiointia. Periksiantamatonta asennettaan läheiset osoittivat vaatimalla mahdollisuutta viipyä potilaan luona kunnes hänen vointi tasaantuu.

”Potilasta pitäisi vahvistaa kyseenalaistamaan. Joka kerta, kun potilaalle tehdään jotakin, niin hänen pitää tietää, miksi tehdään näin, ja jos jotain ei tehdä, miksi ei tehdä.”

”Vaadin hoitohenkilökunnalta ja vaadin lääkäreiltä. Jos potilas ei osaa vaatia, ollaan hakoteillä.”

”Potilaalla on oikeus valita. Nyt on parempi, että tulee joku joka on tässä tosi taitava.”

Potilaat ja läheiset kokivat merkittäväksi vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä oman tahtonsa ja vaikutusmahdollisuutensa potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Vaikuttamishalukkuuden taustalla oli potilaan ja läheisen näkemys tai tieto siitä, että heidän kokemuksellaan olisi merkitystä tehtäviin hoitovalintoihin ja mahdollisen haitan ennaltaehkäisyyn. Potilaat ja läheiset halusivat vaikuttaa konsultaatiopyyntöihin, tutkimuksen ja toimenpiteen tekemiseen, toiseen sairaalaan siirtämiseen tai kivun

lievityksen eri vaihtoehtoihin. Yhteistyössä tehtyä hoitosuunnitelmaa hoitavan lääkärin kanssa pidettiin tärkeänä hoidon turvallisuuden näkökulmana.

”Pyysin, että asiastani konsultoitaisiin toista lääkäriä.”

”Hoitosuunnitelma tehdään aina yhdessä hoitavan lääkärin ja potilaan kanssa.”

5.4.2. Rohkeus kertoa vaaratapahtumasta tai huolesta henkilökunnalle

Potilaat ja läheiset kokivat oman roolinsa merkittävänä vaaratapahtumista kertomisessa henkilökunnalle. He huomasivat voivansa vaikuttaa potilaan turvallisuuteen kertomalla välittömästi tekemistään poikkeavista havainnoista tai huolenaiheista henkilökunnalle. Potilaat ja läheiset kokivat, että heidän oma aktiivisuus poikkeamien raportoinnissa on merkittävä potilasturvallisuutta edistävä tekijä. Toisaalta he arvioivat, että kaikilla potilailla tai läheisillä ei ole samanlaisia valmiuksia tai ymmärrystä turvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Läheisenä toimineet vanhemmat olivat vakuuttuneita, että jokainen äiti tai isä puuttuisi asioiden kulkuun, mikäli he havaitisivat virheen olevan tapahtumaisillaan lapsensa hoidossa. Potilasturvallisuuden varmistaminen vaati potilailta ja läheisiltä rohkeutta kertoa ääneen heränneistä huolenaiheistaan. He halusivat luottaa henkilökunnan osaamiseen ja arviointikykyyn, vaikka pelko väärästä menettelytavasta oli käynyt mielessä. Potilaat ja läheiset kokivat, että kynnyks poikkeamista kertomiseen tulee olla matala, sillä he uskoivat pienillä asioilla olevan merkitystä potilasturvallisuuteen.

”Omaisat huomasivat kanyylin vuotavan ja ilmoittivat hoitajille.”

”Jos itse huomaa jotain, niin heti pitää ottaa yhteyttä henkilökuntaan ja kertoa huomioistaan. Jos huomaa jotain semmoista normaalista poikkeavaa, niin keroot siitä, eikä jää vain odottamaan, että henkilökunnan pitää huomata se.”

5.4.3. Ymmärrys potilasturvallisuuden merkityksestä

Potilaiden ja läheisten omaa potilasturvallisuustietoisuutta pidettiin edellytyksenä potilasturvallisuuteen vaikuttamisessa ja varmistamisessa. Potilaan ja läheisen itsenäinen tiedonhaku ja valveutuneisuus nostettiin merkittävään asemaan. Potilaan ja läheisen vaikuttamismahdollisuuksia potilaan turvallisuuden varmistamiseen pidettiin parempana, mikäli heillä oli runsaasti tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttamisen keinoista.

”Itsenäinen tiedonhaku on oleellista. Sillä voi vaikuttaa. Mitä enemmän sä tiedät asioista, sitä vähemmän sä luulet.”

5.4.4. Potilaan sairauden ja lääkityksen kokonaisvaltainen tunteminen

Läheiset ja potilaat kokivat osana hoidon turvallisuuden varmistamista potilaan terveystietojen tuntemisen ja muistamisen. Potilaat ja läheiset esittivät, että ajankohtaiset sairaus- ja lääkitystiedot tulisi pitää kirjallisesti mukana. Vanhemmat pitivät tärkeänä lapsensa sairauteen perehtymistä lääkäriltä saatujen hoito-ohjeiden avulla.

”Kaikki pitää lähteä itsestä. Pitää olla tiedot ja taidot itsestä, että tietää.”

”Olisi hyvä, että jokaisella olisi tiedossa esim. lapulla, mitä allergioita on, ihan ne perustiedot itsestä.”

Potilasturvallisuuden varmistamiseen vaikuttavaksi tekijäksi tunnistettiin potilaiden ja läheisten tiedontarve sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa. Tiedontarvetta koettiin sairausepäilyjen poissulkemisessa, potilaan voinnin muutoksissa sekä toimintaohjeiden mukaisten menettelyjen selvityspyynnöissä.

”Halusin kysyä voiko kyseessä olla aivokalvontulehdus tai olisiko tarvetta tutkia sen mahdollisuutta.”

” Begära en grundlig undersökning av händelserna.”

”Pyysin selvitystä, onko menetely ohjeen mukaisesti.”

Lääkehoito liittyy useimpien potilaiden hoitoon ja siinä esiintyviä vaaratapahtumia ilmoitettiin tutkimusaineistossa määrällisesti eniten. Potilaat ja läheiset kokivat erittäin merkitykselliseksi oman lääkehoitonsa tuntemisen. He pitivät tärkeänä tietää, mitä lääkkeitä potilaalle oli määrätty, mihin tarkoitukseen kyseistä lääkettä käytettiin ja milloin ja miten lääkettä tuli ottaa.

”Sanoin hoitajalle, että kuinka sä tuot mulle tämän lääkkeen. Tämä pitää ottaa ravinnon kanssa.”

”Jag frågade, varför medicin hade påbörjats?”

5.4.5. Jatkuva varmistaminen ja valvominen hoitoprosessin aikana

Potilaat ja läheiset tunnistivat tekijöitä, joita aktiivisesti tarkistamalla ja varmistamalla he pystyivät edistämään potilasturvallisuuden toteutumista. Potilaat ja läheiset kuvasivat, että heidän tuli valvoa lääkehoidon toteutusta virheiden ennaltaehkäisemiseksi. Lisäksi potilaat ja läheiset kertoivat tarkistaneensa potilaalle määrätyn lääkkeen annostuksen lääkeoppaasta (Farmaca Fennica) sekä kokeneemalta lääkäriltä. Potilaat ja läheiset kertoivat pyytäneensä lääkehoidon tarkistamista sairauskertomuksesta, kun uskoivat potilaan olevan vaarassa saada liian suuri lääkeannos. Lisäksi lääkehoidon tarkistamispyynnöt liittyivät riittämättömäksi koettuihin hoidon vasteisiin.

”Lääkitys olisi annettu väärin, jos en olisi puuttunut asiaan”

”Pyysin hoitajaa tarkistamaan lääkityksen.”

”Huomasin reseptistä, että siitä puuttui lääkekuurin kesto kokonaan. Mä ajattelin, että kyllä se on tärkeää tietää kauanko sitä lääkettä annetaan, ja että annetaanko sitä puoli purkkia vai koko purkki. Siinä on iso ero. ”

Potilaat ja läheiset kokivat tarkistamisen merkityksen liittyvän myös muihin hoitamisen prosesseihin kuin lääkehoitoon. He kuvasivat tarkistaneensa sekä huomauttaneensa hoitajan puutteellisesta aseptisestä toimintatavasta ja pyytäneet mahdollisuutta puhdistaa hoitovälineet omatoimisesti. Potilaat ja läheiset kuvasivat tarkkaavaisuuden ja valppauden merkitystä hoitotapahtumien ja hoidon seurannassa.

”Omaisiet huomauttivat asiasta hoitajalle, kysyen eikö hän puhdistaa sprillä.”

”Potilaalta vaaditaan tarkkuutta.”

”Ajattelin soittaa. Ja soitin sairaalaan varmistuakseni asiasta.”

Läheiset kokivat, että heidän tulisi olla ajallisesti pidempään potilaan luona ja toimia hänen etujensa valvojana ja puolestapuhujana hoidon aikana. Läheiset pitivät tärkeänä olla varmistamassa, että suunnitellut hoitotoimet toteutuvat. Toisaalta läheiset ilmaisivat huolensa epäsuorasti, ihmettelevien kysymysten varassa, tai pyysivät nähdä potilaan hoitoon liittyviä dokumentteja.

”Asia vaivasi minua, pyysin anestesia-omakkeen nähtäväksi. Siinä oli elintoimintojen tarkkailu määrätty, jota ei toteutettu.”

Läheiset kokivat oman roolinsa merkityksen potilaan voinnin ja kipujen kertojana sekä tunteiden tulkitsejana hoitohenkilökunnalle potilaan voinnin heiketessä.

”Kun tuntee sen oman läheisensä, niin osaat kertoa ja tulkita häntä. Kertoa kivuista ja kuvata, että kaikki ei ole nyt niin kuin pitää eli olla niin kuin asiantuntijana potilaan rinnalla. Omaisten pitäisi olla läsnä ja kamalaa sanoa, mutta pitämässä potilaan puolia.”

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen eettisyys

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2002). Tutkimuksen teossa tämä tarkoittaa, että tutkija ottaa huomioon eettiset kysymykset ja noudattaa hyviä, tiedeyhteisön tunnistamia toimintatapoja. Tutkimuksen tekemisessä rehellisyys, luotettavuus ja huolellisuus tutkimusprosessin aikana, tutkimustuloksia esitettäessä ja arvioitaessa, ovat keskeisessä asemassa. Tutkimuksen tekemisessä tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (TENK 2002.) Tässä tutkimuksessa eettisiä periaatteita noudatettiin kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa ja eettisiä kysymyksiä pyrittiin pohtimaan läpi koko tutkimuksen.

Tutkimustyön eettiset kysymykset korostuvat, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa tai kokemuksia (Vehviläinen-Julkunen 1997). Moulen ja Goodmanin mukaan (2009) tutkimuksen periaatteet liitetään totuudenmukaisuuteen, oikeudenmukaisuuteen, vahingon tai haitan tuottamattomuuteen osallistujille sekä hyödyllisyyteen ja luottamuksellisuuteen. Nämä tutkimuseettiset kysymykset huomioitiin tätä tutkimusta tehdessä.

Lähtökohtana tutkimukselle tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tätä itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudella. (Hirsjärvi ym. 2007.) Tutkija pyysi haastateltavia osallistumaan tutkimukseen. Haastatteluun osallistuvilta pyydettiin erillinen kirjallinen suostumus (liite 3), joita tehtiin kaksi samansisältöistä. Suostumuksen toisen kappaleen sai tutkimukseen osallistuja ja toinen kappale jäi tutkijalle. Suostumuslomakkeessa potilas tai läheinen suostui vapaaehtoisesti osallistumaan haastatteluun ja vahvasti suostumuksensa allekirjoituksellaan. Suostumuksesta huolimatta potilaalla tai läheisellä oli mahdollisuus kieltäytyä ja perua osallistumisensa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimukseen osallistujat saivat tietoonsa, että tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta heidän myöhempään hoitoonsa millään tavalla.

Suostumuslomakkeessa kysyttiin potilaan tai läheisen henkilötunnusta tai syntymäaikaa sekä osoitetta. Näistä henkilötiedoista, ikää ja sukupuolta, käytettiin tutkimuksen osallistujien taustatietoina tutkimusraportissa, mutta huomioiden, ettei yksittäinen henkilö ole tutkimusraportista tunnistettavissa, eikä potilaan tai läheisen identiteettiä voida raportista tietää tai päätellä. Potilas tai läheinen sai informaatiota sekä suullisesti että kirjallisesti tietojen luottamuksellisesta käsittelystä ja henkilöllisyyden salassa pysymisestä. Haastattelutilanteessa haastateltavilla oli mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle. Lisäksi haastatteluun osallistuvat saivat kirjallisen tutkimustiedotteen (Liite 2), jossa annettiin tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, miten haastatteluun osallistujat ovat valikoituneet sekä yleisesti tutkimuksen kulusta. Tutkimuksen tiedotteessa kerrottiin, että tutkimukseen osallistuvalla ei koidu tutkimuksesta haittaa ja että tutkimusaineistoa käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti. Tutkija kertoi haastateltaville myönnetystä tutkimusluvasta ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Osallistujille annettiin tutkimustiedotteessa tutkijan yhteystiedot mahdollisten lisäkysymysten tai yhteydenottojen varalle.

Tutkimusaineiston ja suostumuslomakkeessa muodostuvien henkilötietojen säilyttämisestä ja suojaamisesta huolehti tutkija. Tutkimusaineiston haastattelunauhut ja suostumuslomakkeet hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Valmiin, HaiPro –järjestelmästä poimitun aineiston, omistaa sairaanhoitopiiri, joten sen säilyttäminen ja suojaaminen järjestelmässä kuuluu organisaation vastuulle. Tutkimustulokset raportoidaan pro gradu –tutkielmassa. Haastateltavat saivat tiedon tutkimustulosten hyödynnettävyydestä tutkimustiedotteessa.

Tutkimusaihe, potilasturvallisuus, ei ole eettisesti erityisen arkaluontoinen, mutta tärkeä. Sen sijaan potilasturvallisuuteen liittyvä vaaratapahtuman kokemus on potilaalle tai läheiselle hyvin yksityinen ja sensitiivinen. Tutkimukseen osallistuminen saattoi auttaa haastateltavia koetun vaaratapahtuman käsittelyssä ja tutkija tunnisti osan haastatteluista saavan hoidollisia tunnuspiirteitä. Tutkija huomioi hienotunteisesti kipeäksi koettuja aihealueita antaen tilaa haastateltaville sekä mahdollisuuden kertoa rauhassa asiaan liittyviä kokemuksia. Haastattelun jälkeen tutkija kysyi tutkimukseen osallistuvilta heidän

kokemuksiaan haastattelusta. Kaikki haastateltavat kokivat haastattelun positiivisena tapahtumana.

Tutkimuksen hyödyllisyys ohjasi tutkimusaiheen valintaa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa potilasturvallisuudesta potilaan ja läheisen näkökulmasta sekä hyödyntää heidän näkemyksiään käytännön hoitotyössä. Tutkimushaastatteluun osallistumisesta ei aiheutunut potilaalle tai läheiselle haittaa tai riskiä. Osallistujan ihmisarvoa kunnioitettiin autonomian kautta, jolloin potilaan ja läheisen oikeus tehdä itseään koskevia päätöksiä toteutui. Tutkimuksen voidaan arvioida olleen oikeudenmukainen jokaiselle osallistujalle, koska kukaan osallistujista ei saavuttanut yksilöityä hyötyä tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tiedonantajine toimivat potilaat ja läheiset, jolloin tutkimuskäytäntöön kuuluu eettisen ennakoarvioinnin ja lausunnon pyytäminen eettiseltä toimikunnalta. Tutkija sai puoltavan lausunnon Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta tutkimuksen toteuttamiselle sekä tutkimusluvan kohdeorganisaation johdolta.

6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on keskeinen osa tutkimusta. Siinä tarkastellaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksessa on pystytty tuottamaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu tulee kohdistaa tutkimusprosessin eri vaiheisiin (Kylmä & Juvakka 2007) ja nähdä luotettavuuden arviointi kokonaisuutena (Tuomi & Sarajärvi 2002). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007). Seuraavassa tarkastelen tutkimuksen luotettavuutta näiden periaatteiden kautta.

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sitä, että nämä osoitetaan tutkimuksessa. Tutkijan on siis varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkimusilmiöstä. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkija on riittävän pitkään tekemisessä tutkittavan ilmiön kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla vaaratapahtuman kokeneilta potilailta ja läheisiltä sekä poimimalla vaaratapahtumien

ilmoitusjärjestelmästä potilaiden ja läheisten tekemät ilmoitukset. Haastattelu tutkimuksen aineiston hankintamenetelmänä kuvasi tiedonantajien subjektiivista kokemusta ja tietoa potilasturvallisuuden vaarantumisesta sekä varmistamisesta, mikä tuki tutkimusmenetelmän valintaa ja luotettavuutta. Teemahaastatteluun valitut teema-alueet antoivat tutkijalle vapauden syventäviin lisäkysymyksiin haastattelun aikana, jossa haastateltava saattoi tarkentaa näkemyksiään. Tutkija huomioi aktiivisesti lisäkysymysten muotoilua varoen ohjaamasta haastateltavia tietynlaisten vastausten antamiseen. Vaaratapahtuma kokemus oli haastateltaville hyvin henkilökohtainen ja myös arkaluontoinen tapahtuma. Tutkija pyrki luomaan haastattelutilanteeseen luottavan ilmapiirin, jotta haastateltava kokisi voivansa turvallisesti kertoa aidoista kokemuksistaan.

Laadullisen tutkimuksen ajatus on osallistujien näkökulman ymmärtämisessä. Luotettavuutta pohdittaessa on hyvä huomioida, että tutkimukseen osallistuva ei välttämättä tunne tutkittavan ilmiön koko todellisuutta, ainoastaan oman kokemuksensa osalta. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkija selvitti jokaisen haastattelun aluksi, mitä vaaratapahtumalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Se, miten jokin ilmiö konkretisoituu haastateltavan ajatuksissa, riippuu haastateltavasta itsestään ja hänen elämäntilanteestaan (Hirsjärvi & Hurme 2004).

Arkoja ja vaikeita aiheita tutkittaessa tutkijan tulee pohtia tarkoin valitsemaansa tutkimusmenetelmää. Jotkut tutkijat ovat sitä mieltä, että tällaisissa aiheissa strukturoituihin kyselylomakkeisiin saattaisi olla helpompi vastata kuin haastattelijalle, koska silloin tiedonantaja jää anonyymiksi ja tarkoituksellisen etäiseksi (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus tuki kuitenkin luotettavien ilmausten saamista. Haastateltavien kyky kuvata kokemuksiaan vaihteli, mikä saattoi vaikuttaa aineiston rikkauteen. Valmiin aineiston osalta potilaat ja läheiset olivat vapaaehtoisesti jättäneet ilmoituksen kokemastaan vaaratapahtumasta tai läheltä piti - tilanteesta. Sähköiseen järjestelmään jätetty ilmoitus oli antanut potilaille ja läheiselle aikaa pohtia vaaratapahtuma tilannetta pidemmän aikaa ja täsmentää ajatuksiaan rauhassa, joista halusivat jättää palautetta sairaanhoitopiiriin. Toisaalta potilaat ja läheiset eivät tienneet, että heidän jättämänsä ilmoitusta voidaan hyödyntää tutkimuskäyttöön.

Tutkimuksen *vahvistettavuus* liittyy itse tutkimusprosessiin. Se edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteissään. Vahvistettavuus on hieman ongelmallinen kriteeri laadullisessa tutkimuksessa, koska toinen tutkija voi samalla aineistolla päätyä eri tulkintaan. Todellisuuksia on monta, ja se ominaisuus hyväksytään laadullista tutkimusta arvioitaessa. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti sisällön analyysillä. Tutkija pyrki tarkastelemaan aineistoa puolueettomasti ja esittämään tutkimusprosessin vaiheet selkeästi. Tutkimuksen raporttiin liitettiin esimerkkejä aineiston analyysin vaiheista, aineiston pelkistämisestä, ryhmittelyistä sekä kategorioiden muodostamisesta. Aineiston analyysivaiheessa tutkija palasi useita kertoja alkuperäisaineistoon luokitusten tarkistamiseksi. Tässä yhteydessä pelkistettyjä ilmaisuja korjattiin ja alakategorioita nimettiin uudelleen kuvaamaan paremmin alkuperäisiä ilmauksia. Tutkimuksen tuloksiin liitettiin haasteltujen alkuperäisilmauksia, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen luotettavuutta tutkijan tekemien tulkintojen suhteen. Lisäksi tutkimuksen liitteenä on yhteenveto aineiston analyysistä (Liite 6).

Tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. Tällaista avointa tarkastelua kutsutaan *refleksiivisyydeksi*. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkijan arvolähtökohtien ja ennakkokäsitysten tiedostaminen olivat onnistuneen tutkimuksen tekemisen edellytys, sillä arvot ja ennakkokäsitykset muovaavat, miten tutkittuja ilmiöitä pyritään ymmärtämään. (Hirsjärvi ym. 2007.) Tässä tutkimuksessa tutkija pyrki objektiivisuuteen tiedostamalla ja erottamalla omat uskomuksensa ja asenteensa tutkimuskohteesta niin, että tutkijan tiedoilla ja aikaisemmalla työkokemuksella ei olisi vääristävä vaikutusta tutkimuksen analyysiin tai tuloksiin. Tutkijan neutraalin asenteen säilyttäminen oli tärkeää, koska tutkija työskenteli tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa. Tutkija pyrki ymmärtämään tasapuolisesti haastateltavien henkilöiden näkemyksiä ja kielellisiä ilmaisuja sekä esittämään tutkimustulokset johdonmukaisesti ja ymmärrettävästi.

Tutkijan kokemattomuus tutkimuksen tekemiseen saattoi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Aloittelevalle tutkijalle eri tutkimusprosessin vaiheissa sattuneet virheet ovat mahdollisia. Kriittisiä vaiheita on monia. Aineiston keruumenetelmä saattaa tuottaa

köyhän aineiston, analysointivaiheessa vaadittu käsitteellinen ajattelukyky voi olla puutteellista tai tutkimustuloksista tehtävät johtopäätökset voivat olla liian merkityksettömiä uuden tiedon tuottamisessa. Tutkija pyrki välttämään näitä luotettavuutta heikentäviä tekijöitä tutkimusprosessin menetelmäkirjallisuuteen perehtyen ja tukeutuen tutkimusprosessimalleihin sekä ohjaukseen. Yhteinen kieli tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien välillä on tärkeä ymmärtämisen ja luotettavuuden mittari. Tämä tutkimus toteutettiin kaksikielisessä sairaanhoitopiirissä ja tiedettiin, että valmis aineisto on molemmilla kotimaisilla kielillä tuotettua. Tutkijalla oli kuitenkin riittävät ruotsin- ja englanninkielen taidot aineiston analyysia ja ymmärrystä varten. Haastattelut toteutettiin luotettavuuden vahvistamiseksi tutkijan äidinkielen mukaan suomenkielellä. Näin varmistettiin, että erilaiset merkitykset haastateltavien kielellisistä ilmaisuista ymmärrettiin oikein.

Tutkimuksen neljäs luotettavuuden kriteeri, siirrettävyys, tarkoittaa tutkimustulosten *siirrettävyyttä* muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007). Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin kuvausta. Tämä mahdollistaa sen, että toinen tutkijan voi seurata prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan kantaa analyysin kattavuuteen ja tutkimuksen luotettavuuteen (Eskola & Suoranta 1998). Tutkija reflektoi näin omaa toimintaansa ja ajatteluaan. Tutkimusteksti voidaan ymmärtää rekonstruoiduksi logiikaksi, jonka voidaan tulkita tarkoittavan uudelleen muotoiltua, rakennettua todellisuutta. Luotettavuusnäkemys syntyy siitä, kuinka pätevästi tutkimustekstissä kuvataan tutkittua kohdetta. On muistettava toisaalta aineiston ja toisaalta siitä tehtävien päätelmien luotettavuuden erottaminen. Tärkeää on kertoa tarkasti siitä, mitä aineiston keräyksessä ja sen jälkeen on tapahtunut. (Eskola & Suoranta 1998.) Tässä tutkimuksessa haastateltujen osalta kuvattiin taustatiedot iän ja sukupuolen osalta. Tulokset eivät kuvaa vain yhden sukupuolen näkemyksiä tai tiettyä ikää.

Valmiisiin tutkimusaineistoihin tulee suhtautua kriittisesti ja niiden luotettavuutta on arvioitava lähdekritiikin kannalta. Valmiita aineistoja on usein muokattava, yhdisteltävä tai tulkittava (Hirsjärvi ym. 2007) kuitenkin niin, että laadulliselle tutkimukselle tyypillinen aineiston avoin lähestymistapa säilyy (Kylmä & Juvakka 2007). Valmiita aineistoja

voidaan käyttää erilaisiin tarkoituksiin, muun muassa niiden sisällön kuvailuun ja selittämiseen. (Hirsjärvi ym. 2007.) Tämän tutkimuksen aineisto muodostui osittain valmiista HaiPro -aineistosta. Potilaiden ja läheisten jättämien vaaratapahtumailmoitusten käyttökelpoisuus oli perusteltua omakohtaisten kokemusten kuvaamisessa. Kun potilas tai läheinen on jättänyt ilmoituksen vaaratapahtumasta, voidaan olettaa, että hän haluaa muutosta tai olla vaikuttamassa potilasturvallisuuskysymyksiin. Siksi tukijan oli perusteltua luottaa potilaisiin ja läheisiin tiedonantajina eikä epäillä, että he haluaisivat jättää jotain merkittävää sanomatta.

Laadullinen tutkimuksessa aineisto on riittävä, kun samat asiat haastatteluissa alkavat kertautua (Hirsjärvi ym 2007) ja tutkimustehtävien kannalta ei uutta tietoa enää synny. (Eskola & Suoranta 1998). Tässä tutkimuksessa haastateltujen potilaiden ja läheisten kokemuksiin liittyvät asiat alkoivat kertaantua sekä potilasturvallisuuden vaarantumisen että varmistamisen osalta, vaikka myös yksilöllisiä kokemuksia löydettiin. Tutkijan tuli hyväksyä, että löydetty tieto tai tulos saattoi olla epätäydellistä, mutta edistää silti ymmärrystä tutkittavasta aihepiiristä ja antaa välineitä käytännön kehittämistyöhön (Kylmä & Juvakka 2007). Tulosten avulla potilaiden ja läheisten kokemuksia potilasturvallisuudesta voidaan ymmärtää paremmin.

6.3. Tutkimuksen tulosten tarkastelu ja hyödyntäminen

Tutkittaessa potilasturvallisuutta vaaratapahtumien näkökulmasta saa potilasturvallisuuden tarkastelu helposti negatiivisen sävyn. Potilasturvallisuus tulee kuitenkin ymmärtää laajana kokonaisuutena, tietoisuutena ja osaamisena, joka liittyy myös hoitotapahtumiin, jossa kaikki sujuu hyvin tai suunnitellusti. Tässä tutkimuksessa potilasturvallisuuden tarkastelu kohdistui vaaratapahtumiin eli poikkeaviin hoidollisiin tilanteisiin hoitoprosessin aikana, joka aiheutti potilaalle haittatapahtuman tai läheltä piti –tilanteen. Vaaratapahtumista saatu palaute on tärkeää hoidon kehittämisessä turvallisemmaksi.

Potilasturvallisuus käsitteen potilaat ja läheiset tunsivat hyvin, mutta sen sijaan vaaratapahtuma käsite oli osalle haastateltavista vieras. Tutkija selvitti kaikille haastatelluille vaaratapahtuma käsitteen sisällön varmistaakseen, että osallistujat

ymmärtävät tutkimusilmiön viitekehyksen. Potilaat ja läheiset tunnistivat useita yhteneviä elementtejä potilasturvallisuuden kehittämiseksi tai varmistamiseksi, mutta myös yksilöllisiä näkemyksiä esitettiin. Toisaalta potilaat ja läheiset kokivat vaikeaksi tunnistaa tekijöitä, joihin heidän tulisi kiinnittää huomiota hoitotapahtumissa. Potilaat ja läheiset eivät aina tunnistaneet toteuttamiaan varmistamismenettelyjä potilasturvallisiksi teoiksi.

Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa on kyse siitä, että potilaiden turvallisuudesta välitetään aidosti ja että toimintaan liittyviä vaaroja pyritään ymmärtämään ja ennakoimaan (Reiman ym. 2009). Organisaatioiden potilasturvallisuussuunnitelmissa tulee olla määriteltynä menettelytavat, joilla potilas ja läheiset voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteista. Potilaalle ja läheiselle on tärkeä antaa tietoa potilasta kohdanneesta haittatapahtumasta, sillä he saattavat tarvita tukea seuraamusten ymmärtämiseksi ja työstämiseksi (THL 2011a) sekä turvattomuuden ja pettymyksen tunteiden käsittelemiseksi. Tässä tutkimuksessa ilmenneet potilaiden ja läheisten vaaratapahtumakokemukset tukivat aikaisempaa tietoa avoimuuden merkityksestä vaaratapahtumista kertomisessa sekä myöntämisessä. Potilaat ja läheiset kokivat, että henkilökunnan tulee kertoa vaaratapahtumista mitään salaamatta sekä pitivät tärkeänä henkilökohtaista anteeksipyytämistä. Schoen ym. (2005) löysivät samansuuntaisia tuloksia, jossa potilaat arvostivat keskusteluita virheistä ja haittatapahtumista, mutta suurin osa tutkimukseen osallistuneista koki, että terveydenhuollon henkilöstö ei kertonut heille tapahtuneista virheistä. Guijarro ym. (2010) mukaan potilaat arvostivat avoimuutta haittatapahtumiin julkisen tiedottamisen keinoin, kun taas ammattilaisten suhtautuminen julkiseen tiedottamiseen oli skeptisempää hoitovirheriitujen pelossa. Tässä tutkimuksessa vaaratapahtumien julkisuus koettiin merkittäväksi potilaiden ja läheisten potilasturvallisuustietoisuuden lisäämisessä.

Potilaan kokema hyvä hoito on aina subjektiivista. Tutkimustuloksissa potilaiden ja läheisten kokemat vaaratapahtumat ilmensivät heidän pettymystään hoitotapahtumaan. Potilaiden ja läheisten jättämien vaaratapahtumailmoitusten ja haastattelujen kautta tutkimuksessa luotiin ymmärrys kokemuksista, joissa hoitotilanne ei ollut sujunut parhaalla mahdollisella tavalla. Vaaratapahtumailmoitus oli potilaan ja läheisen keino antaa palautetta. Toisaalta haastatellut osallistujat tahtoivat jättämänsä ilmoituksen toimivan samalla keinona henkilöstön vaaratapahtumista oppimiseen. Osallistujat toivoivat, että

kertoessaan avoimesti omasta vaaratapahtumastaan siitä saatua tietoa hyödynnetään tavalla, joka estää vastaavan tapahtuman toistumista muille potilaille. Potilaat ja läheiset uskoivat, että vaaratapahtumailmoituksia tulee olla paljon ilmoitettuna samantyyppisistä tapahtumista, ennen kuin ne vaikuttavat toimintatapojen muuttumiseen sairaalaympäristössä.

Potilaat ja läheiset kokivat vaikeaksi jättää sairaalaan palautetta vaaratapahtumailmoituksen kautta. Tutkimukseen haastatellut henkilöt pelkäsivät hoidosta jätetyn negatiivisen tai rakentavan palautteen vaikuttavan kielteisesti heidän myöhempään hoidon saatavuuteen. He pelkäsivät leimautuvansa hankaliksi potilaiksi palautteensa johdosta. Angood ym. (2010) tutkimuksessa ilmeni samansuuntaisia tuloksia siitä, että hyvään potilasturvallisuuskulttuuriin liittyy rohkeus pyytää palautetta potilailta ja läheisiltä heidän saamastaan hoidosta ja kohtelusta. Nämä elementit tulee nähdä arvokkaina ja hyödyntää toiminnan tarkastelussa ja kehittämisessä.

Potilasturvallisuuden vaarantuminen oli potilaille ja läheisille hyvin henkilökohtainen tapahtuma. Epävarmuuden, pelon ja hämmennyksen tunteet olivat voimakkaita heidän kertoessaan kokemastaan vaaratapahtumasta. Osa potilaista koki turhautumista pohtia vaaratapahtumaa yhä uudelleen. Potilaiden ja läheisten oli vaikea uskoa vaaratapahtuman toteutumisen mahdollisuuteen hoidon aikana, vaikka he samalla ymmärsivät inhimillisiä virheitä tapahtuvan. Omakohtainen vaaratapahtumakokemus satutti ja herätti tunteita laaja-alaisesti vihan, pettymyksen ja katkeruuden kautta ymmärtävään myötäelämiseen virheen tehnyttä terveydenhuollon ammattihenkilöä kohtaan. Potilailla ja läheisillä oli lähtökohtainen tarve uskoa ja luottaa terveydenhuollon ammattihenkilön osaamiseen sairautensa hoidossa, mutta vaaratapahtumakokemus horjutti tätä luottamusta. Vaaratapahtumien aiheuttamat haitat jättivät pitkäksi aikaa pettymyksen ja epävarmuuden tunteen terveydenhuoltoa kohtaan. Pikkulasten vanhemmat pelkäsivät epämiellyttävän hoitokokemuksen aiheuttavan sairaalakamoa, joka seuraisi lasta pitkälle elämässä. Rathert ym. (2011) tutkimuksessa ilmeni, että potilaat suosivat passiivista roolia potilasturvallisuuden varmistamisessa. Potilaat luottivat mieluummin turvallisen hoidon saamiseen sairaalassa kuin täyttivät odotukset aktiivisesta toimijasta turvallisuuden varmistamisessa.

Tässä tutkimuksessa potilaiden ja läheisten kokemuksia kuvattiin poikkeamina hyvästä hoidosta, ongelmina kohtelussa ja kohtaamisessa sekä ongelmina terveydenhuollon ammattilaisten työhallinnassa. Henkilöstön työnhallintaan liittyvät ongelmat ilmenivät tiedonhallinnan vaikeuksina, turvallisen lääkehoidon virheinä ja potilaan voinnin seurannan puutteina. Reiman ym. (2009) mukaan hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa on tärkeää perustyön hallitseminen hyvin ja, että siihen liittyviä epävarmuustekijöitä ymmärretään. Helovuon (2010) totesi, ettei potilasturvallisuuden voida ajatella perustuvan ainoastaan yksittäisen ammattihenkilön kliiniseen osaamiseen tai virheettömään suoritukseen. Haittatapahtumien taustalla on nähtävä usein muut kuin henkilökunnan pätevyyteen liittyvät tekijät. Vaaratapahtumiin johtavien poikkeamien tiedetään syntyvän tiedonkulun katkoksista, väärinymmärryksistä, unohduksista ja yhteistoiminnan ongelmista. Potilaan turvallinen hoito edellyttää koko hoitopolun ajan sujuvaa yhteistyötä, tiedonkulun varmistamista, tehokasta resurssien käyttöä ja selkeää työnjakoa (Helovuon ym. 2011).

Potilaiden ja läheisten kokemat vaaratapahtumat heijastuivat tutkimustuloksissa ilmeneviin potilasturvallisuuden kehittämisaikoihin. Potilaiden ja läheisten kokemuksen mukaan potilasturvallisuutta tuli kehittää monipuolisesti rakentuen koko organisaation potilasturvallisuuskulttuurin huomioimiseen. Aikaisemmasta kirjallisuudesta ja tutkimuksista löytyy samansuuntaisia tuloksia. Potilasturvallisuutta tulee pyrkiä ymmärtämään kokonaisvaltaisesti organisaation jokaisella tasolla niin että, turvallisuuden kehittämisestä otetaan vastuuta ja turvallisuuteen koetaan voitavan vaikuttaa (Reiman ym. 2009). Angood ym. (2002) totesivat tutkimustuloksissaan, että organisaatioiden potilasturvallisuuskulttuurin kehittyminen ja ymmärtäminen ovat potilasturvallisuuden edistämisen kulmakiviä. He tunnistivat potilasturvallisuuden kehittämisen kriittisiksi menestystekijöiksi johtamisen, resurssit, erilaiset järjestelmät ja rakenteet organisaatiossa. Guijarro ym. (2010) sekä Kinnunen (2010) osoittivat, että potilasturvallisuuden kehittämisessä tehokkain strategia on tarkastella haittatapahtumia systeemin epäonnistumisena sen sijaan, että syyllisiä etsitään yksittäisistä terveydenhuollon ammattilaisista. Tässä tutkimuksessa potilaat ja läheiset kokivat riittävät henkilöstöresurssit merkittäväksi potilasturvallisuustekijäksi. Potilaiden voinnin seurantaan ja hoidon tarkkailuun koettiin tarvittavan enemmän henkilökuntaa. Potilaiden ja läheisten mielestä työn määräästä johtuva kiire ei saanut asettua potilasturvallisuuden esteeksi.

Tutkimuksessa potilaat ja läheiset kokivat merkittäväksi sairaalan johdossa toimivien päättäjien julkisen kiinnostuksen potilasturvallisuuden kehittämistä kohtaan. He uskoivat, että johdon esimerkki lisää yleisesti ihmisten kiinnostusta ja osallistumista potilasturvallisuuden varmistamiseen. Johnson & Maulsby (2007) korostivat johdon näkyvää roolia potilasturvallisuuden suunnittelun ja toteuttamisen edistämässä. Angood ym. (2010) tutkimustulokset osoittivat johdon aseman olevan merkityksellinen riskien hallinnassa ja verkostoitumisessa. He osoittivat arvokkaaksi tekijäksi muilta organisaatioilta ja toimijoilta oppimisen sekä tiedon hyödyntämisen turvallisemman potilashoidon edistämiseksi.

Tämä tutkimus osoitti, että potilaiden ja läheisten oli vaikea luottaa vaaratapahtumien vähenemiseen, koska kokivat, että uusia vaaratapahtumatyyppejä tunnistetaan koko ajan lisää. Toinen vaaratapahtumien vähentymisen este koettiin henkilöstön osaamisen rajojen tunnistamattomuudessa. Potilaat ja läheiset uskoivat vaaratapahtumien kautta syntyvien haittojen lisääntyvän, mikäli terveydenhuollon henkilöstö ei tunnista omia valtuuksiaan ja tarvittaessa pyydä apua kokeneemalta ammattilaiselta. Potilaiden ja läheisten näkemykset potilasturvallisuuden kehittämisestä liittyivät terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan ja siihen, mihin heidän huomionsa potilasturvallisuuden edistämässä tulisi kiinnittää. Potilaiden ja läheisten roolin hyödyntäminen ja tarkastelu potilasturvallisten käytänteiden kehittämisessä jäi potilaiden ja läheisten näkemyksissä vähäiseksi.

Tässä tutkimuksessa merkittävänä laatueroiksi nousi potilaan ja läheisen kohtaaminen ja kohtelu. Erilaisissa vastaanotto- ja hoitotilanteissa potilaiden ja läheisten kokemukset kohtelusta herättivät tunteita arvottomuudesta ja välinpitämättömyydestä sekä koettiin jopa traumaattisina tilanteina. Potilaille ja läheisille oli tärkeää tulla kuulluksi ja tuntea, että heidän mielipiteitään arvostetaan ja uskotaan. He halusivat vaikuttaa hoitoonsa, mutta kokivat, että heidän sanomaansa vähätellään tai jätetään huomiotta. Potilaat ja läheiset kokivat asemansa avuttomaksi sairaalassa. Henkilöstön asenteissa ja kohtelussa heijastuva ylimielinen käytös koettiin potilaan arvoa alentavana käsittämättömänä asiana. Potilaat ja läheiset esittivät, että henkilöstön ihmissuhdetaitojen kehittymiseen tulisi kiinnittää huomiota sekä muistuttaa suhtautumisesta potilaisiin hoitopalveluja käyttävänä asiakkaana. Potilaat ja läheiset kaipasivat potilastietojensa salassapitoa sen sijaan, että

niistä puhutaan avoimesti muiden potilaiden kuullen. Myös aikaisemman tutkimuksen mukaan potilasturvallisuuden kehittämistä on ollut merkittävää tarkastella potilaslähtöisyyden sekä ammattilaisten käyttäytymisen näkökulmista. Angood ym. (2010) mukaan laadukkaan hoidon ja potilastyytyväisyyden välinen yhteys oli ilmeinen. Asiakastyytyväisyys kytkeytyi lähes aina korkealaatuiseksi koettuihin palveluihin. Terveydenhuollossa potilaslähtöisyys edellyttää yhteistyön merkityksen ymmärtämistä jokaisessa uniikissa hoitotilanteessa. Tässä tutkimuksessa potilaat ja läheiset pitivät tärkeänä, että he voivat vaikuttaa potilaan hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Samaan tutkimustulokseen päätyi Angood ym. (2010), jotka raportoivat potilaiden ja perheiden aidon kuuntelun merkityksestä sekä rohkaisusta tukea heitä osallistumaan hoidollisiin vuorovaikutustilanteisiin.

Tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat ja läheiset pitivät tärkeänä potilasturvallisuustietoisuuden kehittämistä. He olivat myös sitä mieltä, että ihmisillä on nykyään enemmän tietoa potilasturvallisuuteen vaikuttamisen keinoista julkisen tiedottamisen ansiosta. Potilaat ja läheiset tiesivät terveydenhuollossa tapahtuvan paljon vaaratapahtumaan johtavia virheitä, mikä asetti heidän mukaansa vaatimuksia aktiivisen potilasroolin kehittymiselle. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden ja läheisten tiedot potilasturvallisuudesta vaihtelee, mikä vahvisti käsitystä jatkuvan informoinnin tarpeesta. Potilaita ja läheisiä on tärkeää ohjata turvallisuutta lisäävien tarkistamismenettelyjen käyttämiseen. Potilasturvallisuustietoisuutta lisäävien esitteiden ja oppaiden tarve on olemassa, joiden avulla potilaat ja läheiset voivat oppia osallistumaan oman turvallisuutensa varmistamiseen hoitoprosessinsa aikana. Potilaat ja läheiset kaipasivat potilasturvallisuusajattelunsa kehittämiseen ja tunnistamiseen henkilöstön tukea ja ohjausta. Lisäksi he korostivat henkilöstön potilasturvallisuusosaamisen ylläpitämistä. Samansuuntaisia tutkimustuloksia raportoivat Johnson & Maultsby (2007) esittäessään potilasturvallisuuskulttuurin merkitystä terveydenhuollon koulutuksen ja tutkimuksen kehittämisen osa-alueina. Heidän mukaan koulutusta tulisi suunnata turvallisuusnäkökulmiin ja riskitietoisuuteen. Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa on määritelty, että potilasturvallisuuden edistämisen tulee kuulua terveydenhuollon perus-, jatko- sekä täydennyskoulutukseen (STM 2009).

Tutkimustuloksissa ilmeni potilaiden ja läheisten huomioita poikkeamista, jotka liittyivät henkilöstön toimintatapojen ja toimintaohjeiden puutteelliseen tuntemiseen sekä noudattamiseen. Aseptisten toimintatapojen ja organisaatioin sisäisten ohjeiden tuntemus ei vastannut potilaiden ja läheisten mielestä ideaalitilaa. Osa potilaista koki, että myös potilaan ja läheisen tulee huolehtia omasta aseptisestä käyttäytymisestään niin, että se ennaltaehkäisee mikrobirtuntojen syntymistä sairaalassa. Potilasturvallisuuden kannalta nähtiin tärkeänä, että hoitotoiminta vastaa niitä menetelmiä ja ohjeita, mitä turvallisesta toiminnasta on annettu. Kirjallisuus tukee näitä tutkimustuloksia. Toimintaperiaatteiden hallinta perustuu siihen, että turvallisuutta edistävien tekijöiden toimintamekanismit on ymmärretty ja sisäistetty. Potilasturvallisuuden edistämiseen ei riitä, että ohjeistetaan tai otetaan käyttöön uusi toimintatapa, vaan henkilöstön tulee ymmärtää miten ja miksi se parantaa potilaan turvallisuutta. Ratkaisevan tärkeää on, että kaikki, joita uusi ohje koskee, sitoutuvat sen käyttöön. (Helovuo ym. 2011.)

Gallant ym. (2002) ovat tutkineet hoitajan ja potilaan välistä hoitosuhdetta kumppanuuden näkökulmasta. Kumppanuuden tärkein merkitys oli potilaan voimaantumisen tunteessa. Tällöin potilaan toimintakyky ja osallistuminen oman edun tarkkailuun hoitotapahtumassa kasvaa paremman itseluottamuksen ja asioiden hallinnan kokemuksen kautta. Suomessa terveydenhuollon ammattilaisia ohjataan potilaan voimaannuttamiseen hoidossa tapahtuman yhteistyön ja yhteisymmärryksen kautta. Voimaannuttaminen edellyttää riittävää neuvontaa ja tiedonsaantia ammattilaisilta, jossa potilaan hoitoon liittyvät riskitasot pyritään arvioimaan sekä tunnistamaan ja niistä keskustellaan ja niitä käsitellään yhteistyössä potilaan kanssa. (THL 2011a.)

Tässä tutkimuksessa todettiin, että potilaat ja läheiset kykenevät tunnistamaan hoitoonsa liittyviä turvallisuuspuutteita, vaikka osa haastatelluista koki sen haasteelliseksi. He tunnistivat potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä sekä löysivät keinoja, joiden avulla he itse pystyivät osallistumaan potilasturvallisuuden varmistamiseen. Schwappachin (2010) mukaan potilaan osallistuminen vaihteli oman turvallisuutensa varmistamisessa. Tähän vaikuttivat potilaan kokema osaamisen tunne, uskomus mahdollisuudesta ennaltaehkäistä vaaratapahtumia sekä havainnot turvallisuuskäyttäytymisen vaikuttavuudesta.

Potilaiden ja läheisten oma aktiivisuus erilaisin tarkistamismenettelyin hoitotapahtumien aikana nousi potilasturvallisuuden varmistamisen kulmakiveksi. Potilaiden ja läheisten tekemät huomiot olivat merkittäviä, sillä erittäin haitallisilta vaaratapahtumilta saatettiin välttyä potilaiden ja läheisten tarkkaavaisuuden ansiosta. Lisäksi henkilökunnan toimintaa eri hoitoprosessin vaiheissa voidaan helpottaa ja parantaa kehittämällä erilaisia tarkistamismenettelyjä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tutkimuskohteena olleessa sairaanhoitopiirissä potilasturvallisuuden kehittämiseen. Tutkimustulokset vahvistavat potilaan ja läheisen aktiivisemmän roolin edistämisen merkitystä osaksi turvallista hoitotapahtumaa. Hoidon turvallisuuteen tarvitaan kaikkien hoitoprosessissa vaikuttavien henkilöiden panostusta, valpasta huomiokykyä ja osaamista. Tunnistamalla hoidon turvallisuuden vaaratekijöitä ja varautumalla mahdollisiin uhkatilanteisiin potilas saa laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa, johon hän myös itse osallistuu aktiivisesti.

Vaaratapahtumajärjestelmän näkyvyyttä ja tunnettavuutta tulisi parantaa ja henkilöstöä kannustaa potilaiden ja läheisten henkilökohtaiseen informointiin potilasturvallisuuden varmistamisessa. Potilasturvallisuuden perusosaamisen kehittämistä tulee jatkaa systemaattisesti ja pyrkiä kytkemään se sairaalan tunnistamien potilasturvallisuusriskien hallintaan. Laadullisessa tutkimuksessa saatuja tuloksia ei voida yleistää, mutta tutkimustuloksia voitaneen hyödyntää sairaalaolosuhteissa Suomessa, kun tutkimusaineisto kuvailee potilaiden ja läheisten kokemia vaaratapahtumia.

6.4. Jatkotutkimusehdotukset

Potilasturvallisuuteen liittyvän tutkimustiedon jatkaminen potilaan ja läheisen näkökulmista on perusteltua, koska tutkimustietoa potilaan näkökulmasta on vasta vähän ja läheisen näkökulmasta ei lainkaan. Kattavan hoitotieteellisen tiedon saamiseksi potilasturvallisuutta tulee tutkia edelleen näistä näkökulmista eri tutkimusmenetelmin sekä pohtia ilmeneekö eri erikoisalojen välillä eroa potilasturvallisuuden painopisteissä. Eri tieteenalojen kanssa tehtävää tutkimusyhteistyötä tulisi kehittää kattamaan hyöty- ja vaikuttavuusnäkökumia, esimerkiksi potilasturvallisuuden kehittämistä saadun henkilökohtaisen hyödyn tai kustannusvaikuttavuuden näkökulmista.

Tutkimustuloksien pohjalta nousee jatkotutkimusaiheeksi henkilökunnan kokemukset ja asenteet potilaiden ja läheisten osallistumisesta potilasturvallisuuden edistämiseen ja vaaratapahtumien ehkäisyyn. Ammattihenkilöstön roolia potilaiden ja läheisten tukemiseen tulisi arvioida ja kehittää toimintamalli sen perusteella käytännön hoitotyöhön.

Suomessa vaaratapahtumien raportointiin käytetään muun muassa HaiPro vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmää. Tutkimusta tarvittaisiin siitä, miten organisaatioissa hyödynnetään potilaiden ja läheisten kehittämissuhteita systemaattisesti tai miten johto ymmärtää niiden käyttökelpoisuuden. Tutkimusta johdon suhtautumisesta potilasturvallisuuden kehittämiseen ei myöskään ole näyttöä. Potilasturvallisuuteen liittyvien suositusten tekeminen hoitotyöhön olisi tärkeää.

LÄHTEET

Amoore J. & Ingram P. 2002. Quality improvement report. Learning from adverse incidents involving medical devices. *British Medical Journal* 325, 272-275.

Angood P, Dingman J, Foley M, Ford D, Martins B, Regan P, Salamendra A, Sheridan S & Denham C. 2010. Patient and family involvement in contemporary health care. *Journal Patient Safety* 6, 38-42.

Aspden P, Corrigan J, Wolcott J & Erickson S. 2003. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care* Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. Saatavissa: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2003/Patient-Safety-Achieving-a-New-Standard-for-Care/PatientSafetyweb.pdf>. Luettu 01.02.12.

Davis R, Jacklin R, Sevdalis N & Vincent C. 2007. Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations* 10, 259-267.

Davis R, Sevdalis N & Vincent C. 2011. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *Quality and Safety in Health Care* 20, 108-114.

Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced Nursing* 62, 107-115.

Eskola J & Suoranta J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.

Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 30.01.2012.

Finlex 2010. Terveystuolilaki 30.12.2010/1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 30.01.2012.

Friedman S, Provan D, Moore S & Hanneman K. 2008. Errors, near misses and adverse events in the use emergency department: What can patients tell us? *Canadian Journal of Emergency Medicine* 10, 421-427.

Gallant M, Beaulieu M & Carnevale F. 2002. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing* 40, 149–157.

Guijarro M, Andres A, Mira J, Pergiduero E, Aibar C. 2010. Adverse events in hospitals: the patient's point of view. *Quality and Safety in Health Care* 19, 144-147.

Helovuoto A. 2010. Turvallisuuden hallinnan keinoja, tiimityö ja kommunikaatio – oppeja ilmailulta terveydenhuollolle. Tiivistelmäkirja. Hae uusia ideoita, löydä tuoreita tapoja. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Edita Prima, Helsinki.

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

Hirsjärvi S & Hurme H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2007. 13. painos. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Jha A, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I & Bates D. 2010. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality Safety Health Care* 19, 42-47.

Johnson K & Maulsby C. 2007. A plan for achieving significant improvement in patient safety. *Journal of Nursing Care Quality* 4, 164-171.

Keistinen T, Kinnunen M & Holm T. 2008. Vaaratapahtumien raportointi –järjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen Lääkärilehti* 63, 3785-3789.

Kinnunen M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa Kinnunen M & Peltomaa K. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidajaliitto, Helsinki, 117-138.

Kinnunen M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Acta Wasensia 230. Akateeminen väitöskirja. Liiketaloustiede, johtaminen ja organisaatiot. Vaasan yliopisto. Universitas Wasaensis. ISBN 978-952-476-323-3.

Knuuttila J, Ruuhilehto K & Wallenius J. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Helsinki.

Kohn L, Corrigan J & Donaldson M. (toim.) 1999. To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C. Saatavissa: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2003/Patient-Safety-Achieving-a-New-Standard-for-Care/PatientSafetyweb.pdf>. Luettu 01.02.2012.

Kuzel A, Woolf S, Engel J, La Veist T, Vincent C & Frankel R. 2004. Patients reports of preventable problems and harms in primary health care. Annals of Family Medicine 2, 333-340.

Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.

Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3-12.

Leino-Kilpi H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen M & Peltomaa K. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidajaliitto, Helsinki, 173-179.

Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donaldson L & Pittet D. 2010. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings* 85, 53-62.

Marella W, Finley E, Thomas A & Clarke J. 2007. Health care consumers' inclination to engage in selected patient safety practices: A survey of adults in Pennsylvania. *Journal Patient Safety* 3, 184-189.

Moule P & Goodman M. 2009. *Nursing research*. SAGE Publications Ltd. London.

Oranen M. 2007. Mitä mieltä!/? Lasten osallisuus lastensuojelun kehittämisessä. Lastensuojelun kehittämisohjelman raportti. Saatavissa:
<http://www.sosiaaliportti.fi/File/5a3129ac-bd59-46c7-b95f-379d04d1457c/Osallisuusraportti%20Oranen.pdf>. Luettu 02.03.2012

Paavilainen E, Salminen-Tuomaala M, Kurikka S & Paussu P. 2009. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2217-2224.

Pandhi N & Saultz J. 2006. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *Journal of the American Board of Family Medicine* 19, 390-397.

Pandhi N, Schumacher J, Flynn K & Smith M. 2008. Patients' perceptions of safety if interpersonal continuity of care were to be disrupted. *Health Expectations* 11, 400-408.

Pasternack A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122, 2459-2470.

Quinn C. 2003. Infusion devices: understanding the patient perspective to avoid errors. *Professional Nurse* 19, 79-83.

Rathert C, Huddleston N & Pak Y. 2010. Acute care patients discuss the patient role in patient safety. *Health Care Manage Review* 36, 134-144.

Reiman T, Pietikäinen E & Oedewald P. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen M & Peltomaa K. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki, 63-76.

Ruuhilehto K, Kaila M, Keistinen T, Kinnunen M, Vuorenkoski L & Wallenius J. 2011. HaiPro –millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 – 2009? Duodecim 127, 1033-1044.

Ruusuvuori J & Tiittula J. 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Schoen C, Osborn R, Huynh P, Doty M, Zapert K, Peugh J & Davis K. 2005. Taking the pulse of health care systems. experiences of patients with health problems in six countries. Health Affairs 3, 509-525.

Schwappach D. 2010. Engaging patient as vigilant partners in safety: A systematic review. Medical Care Research and Review 67, 119-148.

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Yliopistopaino, Helsinki. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf.

Luettu 08.01.2012.

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, Stakesin työpapereita 28/2006. Valopaino oy, Helsinki, 5-6. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T28-2006-VERKKO.pdf>. Luettu

08.01.2012.

STM, Stakes & Kuntaliitto 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Gummerus kirjapaino oy. Helsinki. Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>. Luettu 12.03.2012.

STM 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011 laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.

TENK 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Hyvä tieteellinen käytäntö –ohje 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Saatavissa: http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html. Luettu 05.02.2012.

THL 2011a. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.

THL 2011b. Potilasturvallisuus on yhteinen asia. Potilasturvallisuuden huonetaulu. Potilasturvallisuuden ohjausryhmä. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b24dff2-88b7-490f-af81-88c85031af92>. Luettu 10.01.2012.

Thompson A. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64, 1297-1310.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Walrath J & Rose L. 2007. The medication administration process –patients’ perspectives. *Journal Nursing care Quality* 23, 345-352.

Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Vehviläinen-Julkunen K & Paunonen M. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 26-34.

Weingart S, Toth M, Eneman J, Aronson M, Sands D, Ship A, Davis R & Phillips R. 2004. Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events. *Journal for Quality in Health Care* 16, 499-507.

WHO 2007. Call for more research on patient safety. Saatavissa: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr52/en/index.html>. Luettu 19.09.2012

WHO 2012. Patient safety. Saatavissa: <http://www.who.int/patientsafety/en/>. Luettu 09.02.2012.

Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Paavilainen R & Potinkara H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY, Helsinki.

Tutkimuksen tekijät Tutkimusvuosi ja paikka	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
Davis R, Sevdalis N & Vincent C. 2011 UK	Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate?	Laajentaa näkökulmaa kirurgisten ja medisiinisten potilaiden mieltymyksiin ottaa aktiivisempaa roolia potilasturvallisuus asioihin.	Tilastollinen	84% potilaista halusi osallistua potilasturvallisuusasioihin. Potilaiden kokemaan haluun osallistua vaikutti vaadittu toiminta sekä se, liittyikö osallistuminen johonkin tiettyyn toimenpiteeseen lääkärin tai hoitajan kanssa. Potilaat olivat vähemmän halukkaista osallistumaan haasteellisiin tilanteisiin. Lääkärin ja hoitajan kannustus auttoi potilaita kysymään haasteelliseksi koettuja kysymyksiä.
Guijarro M, Andres A, Mira J, Pergiduro E, Aibar C. 2010 Espanja	Adverse events in hospitals: the patient's point of view	Arvioida vaaratapahtumien esiintymistä, syitä, seurauksia ja hallintaa potilaan näkökulmasta.	Kirjallisuuskatsaus	Potilaat kokivat pääsääntöisesti olonsa turvallisiksi sairaalassa, joskin he ymmärsivät käsitteen riski eri tavalla kuin asiantuntijat. Vaaratapahtumien tunnistamisessa potilaan raportoima tieto omista kokemuksistaan on luotettava keino ja samalla niiden kuuleminen edistää potilaskeskeistä hoitoa. Kommunikaatio hoitosuhteissa on keskeinen tekijä vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä. Potilaat uskoivat, että suurin osa vaaratapahtumista liittyy terveydenhoidon hallintaprosessiin. Potilaiden mielestä syyt haittatapahtumiin liittyivät usein ammattilaisten ylitöihin ja tiimityön puutteisiin. Potilaat kaipaivat haittatapahtumasta selvitystä ja anteeksipyyntöä.
Kinnunen M. 2010 Suomi	Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa	Tarkastella organisaation virheistä oppimisen prosessia sekä oppimisen mahdollistajia ja sitä estäviä tekijöitä.	Laadullinen	Organisaation virheistä oppiminen hahmottui viisiportaisena prosessina yksilö-, työyhteisö- ja organisaatiotasolla ja niiden rajapinnoilla. Avoimuus, luottamuksellinen ilmapiiri ja keskustelu mahdollistavat virheistä oppimista. Johtajat ovat avainasemassa sekä oppimista tukevan ilmapiirin luomisessa että oppimisprosessin vastuuttamisessa. Virheistä syyllistäminen estää oppimista ja vaikeuttaa niiden todellisten syiden selvittämistä. Virheiden esiintuomista ja tiedon siirtämistä

				voidaan helpottaa tietojärjestelmän avulla.
Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donaldson L & Pittet D. 2010 Sveitsi	Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety	Kuvata potilaan osallistumista potilasturvallisuuteen, julkaistun näytön perusteella ja tehdä yhteenveto potilasturvallisuuden implementointiin vaikuttavista tekijöistä.	Kirjallisuuskatsaus	Potilaan osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat potilasroolin hyväksyminen, asian koettu merkitys, riittävät tiedot, ymmärrys intervention tarkoituksesta ja tehokkuudesta, sairauden vaikeus sekä henkilökohtaiset ominaisuudet. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöt vaikuttavat omalla suhtautumisellaan ja toiminnallaan potilaan osallistuvuuteen potilasturvallisuusasioihin. Yhteinen vastuu, tehokas kommunikointi ja palaute todettiin ennaltaehkäisevän haittatapahtumia.
Rathert C, Huddleston N & Pak Y. 2010 Kanada	Acute care patients discuss the patient role in patient safety	Kuvata potilaan uskomuksia heidän roolistaan potilasturvallisuuteen.	Laadullinen	Useita teemoja potilaan rooliin liittyen löydettiin. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan tulee seurata hoitohenkilöstön antamia ohjeita. Lisäksi potilaan tulisi esittää kysymyksiä ja saada informaatiota terveydentilastaan ja hoidostaan. Potilaat uskoivat, että heidän pitää voida luottaa siihen, että he saavat asianmukaista hoitoa.
Schwappach D. 2010 Sveitsi	Engaging patient as vigilant partners in safety: A systematic review	Kuvata potilaiden sitoutumista haittatapahtumien ennaltaehkäisyyn ja arvioida, mitä vaikutusta potilaan osallistumiseen panostamisella on.	Kirjallisuuskatsaus	Yleisellä tasolla potilaat suhtautuivat positiivisesti sitoutumisessaan potilasturvallisuuden edistämiseen, mutta heidän todelliset aiheet sekä käyttäytyminen vaihteli suuresti. Potilaiden sitoutumisen keskiössä näyttäytyi omat tiedot ja taidot, tapahtumien ennaltaehkäistävyys ja toiminnan vaikuttavuus. Potilaat tarvitsisivat lisää tietoa valistuskampanjoiden kautta. Potilaiden osallistuminen potilasturvallisuuteen voi onnistua, mikäli toiminnan huomio kiinnitetään käyttäytymisen muutoksiin ja toteutetaan herkästi terveydenhuollon eri toimintaympäristöissä.
Marella W, Finley E, Thomas A & Clarke J. 2007 USA	Health care consumers' inclination to engage in selected patient safety practices: A survey of adults in Pennsylvania.	Arvioida terveydenhuollon asiakkaiden taipumusta ylläpitää valittuja potilasturvallisuus käytänteitä.	Tilastollinen kysely	Asiakkaiden taipumus ylläpitää potilasturvallisia käytänteitä vaihteli. Asiakkaat kysyivät mielellään selitystä odottamattomista toimenpiteistä tai yleensä asioista, joita he eivät ymmärtäneet. Lisäksi he

				kysyivät mielellään heille tuntemattomista lääkkeistä sekä pysyivät toista mielipidettä tärkeisiin päätöksiin. Vähemmän taipuvaisia asiakkaat olivat kysymään oman identiteetin tunnistamista ennen toimenpidettä tai terveydenhuollon työntekijöiden käsien pesusta.
Walrath J & Rose L. 2007 USA	The medication administration process –patients’ perspectives.	Tunnistaa potilaiden havaintoja lääkehoidon hallinnasta sairaalassa ja kuinka he itse osallistuvat lääkehoidon prosessiin	Laadullinen	Potilaat olivat hyvin tietoisia hoitajien vaikutuksesta lääkehoidon prosessiin. Viisi teemaa identifioitiin potilaiden kokemusten perusteella. Näitä olivat tiedonhalu, itsensä suojeleminen, tietoisuus ympäristöstä, luottamus lääkehoitoprosessin toteuttajiin sekä itse lääkehoitoprosessin parantaminen. Potilaiden oma halu osallistua lääkehoitoprosessiin vaihteli.
Pandhi N, Schumacher J, Flynn K & Smith M. 2008 USA	Patients’ perceptions of safety if interpersonal continuity of care were to be disrupted	Selvittää vaihtelee potilaiden näkemykset turvallisuudesta, mikäli heidän hoitosuhteiden jatkuvuudessa on häiriöitä.	Tilastollinen kyselytutkimus	12% vastanneista koki turvattomuutta hoitavan lääkärin vaihtuessa. Useimmat näistä olivat naisia, sairastivat kroonista sairautta ja heidän hoitosuhde samaan lääkäriin oli jatkunut pitkään. Ne vastanneista, jotka osallistuivat aktiivisesti päätöksentekoon ja luottivat lääkäriinsä, tunsivat epätodennäköisemmin turvattomuutta.
Friedman S, Provan D, Moore S & Hanneman K. 2008 Kanada	Errors, near misses and adverse events in the use emergency department: What can patients tell us?	Määrittää pystyvätkö potilaat tai heidän läheisensä tunnistamaan haittatapahtumia päivystyksessä.	Laadullinen	Potilaiden haastatteluissa tunnistettiin 10 haittatapahtumaa, 8 läheltä piti tilannetta. Yhtään hoitovirhettä ei tunnistettu. Tutkimuksen johtopäätöksiä esitettiin, että potilaat pystyivät tunnistamaan hoitoonsa liittyviä haittatapahtumia, mutta monet näistä tapahtumista jäivät rekisteröimättä. Potilaiden ja heidän läheisiä opettamalla tunnistamaan haittoja voidaan potilasturvallisuutta tehostaa.
Davis R, Jacklin R, Sevdalis N & Vincent C. 2007 UK	Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement?	Esittää viitekehys, joka kattaa sekä tiedetyt sekä oletetut tekijät, jotka vaikuttavat potilaan osallistumiseen potilasturvallisuuteen.	Kirjallisuuskatsaus	Löydettiin viisi kategorialla, jotka vaikuttavat potilaan osallistumiseen potilasturvallisuuteen. Kategoriat oli luokiteltu potilaaseen -, sairauteen -, terveydenhuollon ammattilaisiin -,

				terveydenhuollon toimintaympäristöön -, sekä tehtävään liittyviin tekijöihin.
Thompson A. 2007 UK	The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy.	Kuvata tutkimuksiin perustuvia malleja potilaan osallistumisesta terveydenhuollon palveluihin.	Laadullinen	Osallistuminen nähtiin potilaiden ja ammattilaisten yhteistyönä, joka toteutui ainoastaan vastavuoroisena ja dialogisena hoitosuhteena sekä yhteisinä päätöksentekoina. Kaikki potilaat eivät halua osallistua. Osallistuminen riippuu sairaudesta ja sen vakavuudesta, erilaisista persoonallisista tekijöistä ja potilaan suhteesta terveydenhuollon ammattilaisiin. Nämä tekijät muodostavat peruselementit potilaan osallistumisen ymmärtämiseen, jota ammattilaisten, poliittisten päättäjien ja tutkijoiden tulisi hyödyntää.
Pandhi N & Saultz J. 2006 USA	Patients' perceptions of interpersonal continuity of care.	Arvioida potilaiden havaintoja hoitosuhteen jatkumisesta ja määrittää, mikä potilasryhmä arvostaa sitä ja missä kontekstissa.	Kirjallisuuskatsaus	Suurimalle osalle potilaista hoitosuhteen jatkuvuus oli tärkeää erityisesti ns. haavoittuvissa potilasryhmissä. Potilaat arvostivat hoitosuhdetta lääkäriinsä kanssa, lääkärin tietoa heidän tilanteestaan ja voinnistaan, sekä kykyä keskustella heidän huolistaan. Ajan kanssa hoitosuhde samaan lääkäriin lisäsi luottamusta. Hoidon jatkuvuutta ei kuitenkaan arvostettu jokaisessa potilasryhmässä ja kaikissa hoitoympäristöissä.
Schoen C, Osborn R, Huynh P, Doty M, Zapert K, Peugh J & Davis K. 2005 USA	Taking the pulse of health care systems. experiences of patients with health problems in six countries.	Tutkia terveydenhuollon ilmiöitä turvallisuuteen, yhteistyöhön, pitkäaikaissairauksiin sekä hoitoon pääsyn kysymyksissä.	Tutkimusmenetelmien triangulaatio; tilastollinen kysely, haastattelu.	Enemmän kuin yksi neljästä potilaasta koki, että riskitekijöitä ei ollut heille sairaalahoidon aikana täysin selvitetty. Merkittävä osa potilaista sanoi, että heidän lääkitystään ei lääkäri ollut tarkistanut kuluneen vuoden aikana. Yksi kuudesta potilaasta kertoi, että lääkäri harvoin tai ei koskaan aseta yhteisiä tavoitteita heidän hoidolleen eikä anna selkeitä hoito-ohjeita. Hoitoon pääsy koettiin nopeaksi.
Kuzel A, Woolf S, Engel J, La Veist T, Vincent C & Frankel R. 2004 USA UK	Patients reports of preventable problems and harms in primary health care.	Kehittää potilaskeskeinen typologia	Laadullinen	38:ssa haastattelussa kuvattiin 221 ongelmatilannetta, joista 37% liittyivät hoitosuhteisiin ja 29% hoitoon pääsyyn. 70:iin ongelmatilanteista liittyi psykologisia ilmiöitä; vihaa, turhautumista, vähättelyä, hoitosuhteen

				menettämistä ja luottamuksen puutetta lääkäriin. Potilaiden kokemista fyysisistä haitoista 23% liittyi kipuun, mustelmiin, voinnin heikkenemiseen tai lääkkeiden sivuvaikutuksiin.
Weingart S, Toth M, Eneman J, Aronson M, Sands D, Ship A, Davis R & Phillips R. 2004 USA	Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events.	Tutkia potilaan osallistumisen vaikutuksia lääkehoidon turvallisuuteen.	Tilastollinen	11% potilaista oli tietoisia, että lääkeshoidon virheitä tapahtuu sairaalahoidon aikana. 29% hoitajista kertoi, että vähintään yksi lääkevirhe voitiin ehkäistä, mikäli potilas tai perheenjäsen tunnisti virheen. Potilaiden osallistumista potilasturvallisuuteen vähensi heidän sairauden vakavuus, kognitiivinen heikkous sekä lyhyt sairaalassaoloaika. Vastaavasti potilaan ja perheen osallistumista lisäsi, kun potilaalla ei ollut useita samanaikaisia sairauksia, hän saattoi luottaa perheen hoitoon osallistumiseen ja hänellä oli tyydyttävä toiminnallinen tila.
Gallant M, Beaulieu M & Carnevale F. 2002 Islanti	Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship	Kuvata kumppanuuden ominaisuuksia ja seurauksia sekä valaista miten ja miksi hoitajan ja potilaan välinen kumppanuus ilmenee.	Laadullinen. Käsiteanalyysi.	Hoitajan ja potilaan välinen kumppanuus syntyi tasa-arvoisesta ajattelusta ja sitä edisti ihmisarvon kunnioittaminen hoitosuhteissa. Kumppanuuden piirteet olivat rakenteellisia ja prosessinomaisia. Kumppanuuden päätarkoitus oli potilaan voimaannuttaminen, millä ymmärrettiin potilaan parantunutta kykyä toimia omaksi parhaakseen.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA**02.04.2012****Potilaiden ja läheisten kokemuksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja varmistamisesta**

Pyydän Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan potilaan ja läheisen kokemuksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta ja varmistamisesta. Tutkimukseen osallistumaan pyydetty haastateltavat ovat valikoituneet osittain harkinnanvaraisesti ja osittain sattumanvaraisen otoksen kautta. Sovelluitte tutkimukseen, koska olette jättäneet yhteystietonne sairaanhoitopiiriin HaiPro -järjestelmään tehdessänne vaaratapahtuma ilmoituksen sairaalassa tapahtuneesta omastanne tai läheisenne vaaratapahtumasta. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teillä on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena kuvata potilaan ja läheisen kokemuksia potilasturvallisuuden vaarantumisesta sekä selvittää, millaisia keinoja heillä on osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuotetun tiedon avulla kehittää potilasturvallisuutta käytännön hoitotyössä potilaan ja läheisen näkökulmasta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Teitä haastatellaan sairaanhoitopiiriin tiloissa, rakennuksessa K3, yhteisesti sopimanamme aikana. Haastattelutilaisuus järjestetään Teille kerran ja aikaa haastatteluun on varattu yksi tunti. Haastattelun aluksi tutkija esittäytyy ja selvittää teille haastattelun tarkoituksen. Hän kertoo Teille suullisesti tutkimuksesta, antaa kirjallisen tiedotteen ja tutustuttuanne rauhassa näihin, tutkija pyytää Teiltä kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkija informoi teitä vielä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja henkilötietojenne suojaamisesta. Haastattelu jatkuu varsinaiseen tutkimusaiheeseen ja haastattelukysymyksiin. Haastattelu nauhoitetaan. Ennen varsinaisia haastattelukysymyksiä tutkija kertoo Teille, mitä vaaratapahtumalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Haastattelun päätteeksi Teillä on mahdollisuus esittää vielä kysymyksiä sekä Teille annetaan tutkijoiden yhteystiedot, mikäli Teille herää myöhemmin kysymyksiä tutkimukseen liittyen.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta tutkimus antaa Teille mahdollisuuden potilaana tai läheisenä vaikuttaa hoitamisen kehittämiseen. Tutkimuksesta ei aiheudu teille haittaa. Tutkimushaastatteluun kuluva aikaanne tai matkakorvauksia haastatteluun saapumisesta ei korvata.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Haastattelussa kertomianne asioita ja mielipiteistänne käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimustulokset analysoidaan ja raportoidaan niin, ettei yksittäisten henkilöiden tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimukseen osallistuvien haastattelut nauhoitetaan. Tutkija säilyttää haastattelunauhat koko tutkimuksen ajan huolellisesti, ulkopuolisilta suojattuna ja hävittää haastattelunauhat tutkimuksen päätyttyä asianmukaisesti.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Haastatteluun osallistuville ei erikseen tiedoteta tutkimustuloksista. Tutkimustulokset raportoidaan pro gradu –tutkielmassa Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä sekä tutkimuksen kohteena olevassa sairaanhoitopiirissä.

Lisätiedot

Pyydän teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta Tanja Jaakolalle.
Puh. xx-xxxxxxx tai sähköposti:

Tutkijoiden yhteystiedot

Tanja Jaakola
Terveystieteiden maisteriopiskelija
Osoite
Puhelin
Sähköposti

Päivi Åstedt-Kurki
Professori

Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Tampereen yliopisto
Puhelin

Marina Kinnunen
Kauppatieteiden tohtori
Sairaanhoitaja
Sairaanhoitopiiri
Sähköposti

Mira Palonen
Terveystieteiden maisteri
Terveystieteiden tohtoriopiskelija
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Tampereen yliopisto
Puhelin

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

Liite 3.

POTILAIEN JA LÄHEISTEN KOKEMUKSIA POTILASTURVALLISUUDEN VAARANTUMISESTA JA VARMISTAMISESTA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

____.____.2012

____.____.2012

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

tutkittavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimenselvennys

nimenselvennys

tutkittavan henkilötunnus tai syntymäaika

osoite

Liite 4.

HAASTATTELUKÄYNNIT POTILAALLE

Vaaratapahtuman tunnistaminen

Tutkija selvittää potilaalle, mitä vaaratapahtumalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan.

1. Miten huomasitte vaaratapahtuman? Huomasitteko tapahtuneen itse, huomasiko läheisenne sen vai kertoiko henkilökunta teille tapahtuneesta virheestä?

Omat kokemukset vaaratapahtumasta

2. Millaisen vaaratapahtuman olette kokeneet?
3. Kuvaisitteko tarkemmin kokemaanne vaaratapahtumaa sairaanhoitopirissä?

Potilasturvallisuuden kehittäminen

4. Miten teidän mielestänne vastaavanlainen kokemaanne vaaratilanne voitaisiin jatkossa välttää?
5. Mitä muita keinoja teidän mielestänne potilaalla on vaikuttaa potilasturvallisuuteen?

Potilasturvallisuuden varmistaminen

6. Olisitteko te potilaana valmiita osallistumaan omalla toiminnallanne potilasturvallisuuden varmistamiseen?
7. Mitä keinoja teillä potilaana on osallistua potilasturvallisuuden ylläpitämiseen ja turvaamiseen?
(Millä keinoilla te voisitte ajatella potilaan voivan osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen?)

HAASTATTELUTEEMAT LÄHEISELLE

Vaaratapahtuman tunnistaminen

Tutkija selvittää läheiselle, mitä vaaratapahtumalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan.

1. Miten potilaana ollut läheisenne huomasi vaaratapahtuman? Huomasiko hän itse tapahtuneen, huomasiitteko te läheisenä sen vai kertoiko henkilökunta teille tapahtuneesta virheestä?

Läheisen kokemukset vaaratapahtumasta

2. Millaisen vaaratapahtuman potilaana ollut läheisenne on kokenut?
3. Kuvaisitteko tarkemmin läheisenne kokemaa vaaratapahtumaa Vaasan sairaanhoitopiirissä?

Potilasturvallisuuden kehittäminen

4. Miten teidän mielestänne vastaavanlainen läheisenne kokema vaaratilanne voitaisiin jatkossa välttää?
5. Mitä muita keinoja teidän mielestänne teillä läheisenä on vaikuttaa potilasturvallisuuteen?

Potilasturvallisuuden varmistaminen

6. Olisitteko te läheisenä valmiita osallistumaan omalla toiminnallanne potilasturvallisuuden varmistamiseen?
7. Mitä keinoja teillä läheisenä on osallistua potilasturvallisuuden ylläpitämiseen ja turvaamiseen?
(Millä keinoilla te voisitte ajatella läheisen voivan osallistua potilasturvallisuuden varmistamiseen?)

Poikkeamat hyvästä hoidosta

Ryhmitelty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	
Toimenpiteen tai leikkauksen seurauksena syntynyt haitta potilaalle Riski väärästä toimenpiteestä potilaalle Toimenpiteestä aiheutunut pysyvä haitta potilaalle Toimenpiteestä aiheutunut kipu potilaalle	Toimenpiteeseen liittyvä riski ja haitta potilaalle	Potilaan ja läheisen hoidossa kokemat riskit ja haitat	Poikkeamat hyvästä hoidosta	
Väärän diagnoosin tekeminen	Väärän diagnoosin tekemisestä aiheutuva riski potilaalle			
Hoidon kannalta ratkaisevan tutkimuksen tekemättömyys	Tekemättömästä tutkimuksesta aiheutunut haitta potilaalle			
Puutteellinen aseptinen toimintatapa Puutteellinen aseptiikka	Puutteellisen aseptiikan aiheuttama riski potilaalle			
Toimintatavan ehdottomuus	Toimintatapojen joustamattomuudesta aiheutunut haitta potilaalle			
Sairauden pitkittyminen ja vaikeutuminen hoidon viivästyksen seurauksena Hoidon viivästyminen aiheutuneet oireet	Hoidon viivästyisestä aiheutuvat haitat potilaalle			
Puutteellisista hoitotarvikkeista aiheutunut haitta potilaalle	Hoitotarvikkeiden puutteista aiheutunut haitta potilaalle			
Potilastietojen puutteellinen salassapito Luottamuksen puute Potilaiden ja läheisten kokemana negatiivinen kohtelu Henkilökunnan avoimuuden puute	Vuorovaikutustilanteisiin liittyvät kielteiset kokemukset			Potilaan ja läheisen kokemat ongelmat kohtelussa ja kohtaamisessa
Potilaiden ja läheisten kokemus huonosta hoitotoimenpiteestä Kokemus hoidon huonosta saatavuudesta	Hoidon huono saatavuus			Potilaan ja läheisen kokemat ongelmat terveydenhuollon ammattilaisen työn hallinnassa
Lähetekäytäntöjen epäselvyydet Puutteellinen dokumentointi Potilaalle annettu väärä tutkimustulos	Tiedonhallinnan ongelmat			
Henkilöstön puutteellinen lääkehoidon osaaminen Lääkehoidon toteuttamisessa tapahtuneet henkilökunnan virheet	Lääkehoidon toteutuksen virheet			
Puutteellinen potilaan voiminnan seuranta	Hoidon seurannan puute			

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämien

Ryhmitelty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Vaaratapahtumajärjestelmän näkyvyyden ja tunnettavuuden lisääminen Potilasturvallisuusasioista tiedottaminen potilaalle ja läheiselle Vaaratapahtumajärjestelmän käytön tukeminen Potilaan ja läheisen potilasturvallisuuteen osallistumiseen kannustaminen	Tiedon lisääminen potilasturvallisuuteen vaikuttamisesta Potilasturvallisuuteen vaikuttamisen kannustaminen	Potilaan ja läheisen voimaantumisen kehittäminen	Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen
Virheiden myöntäminen ja pahoitteleminen Avoimuus virheistä oppimisessa	Tapahtuneiden virheiden menettelytavasta sopiminen		
Potilaan henkilöllisyyden tarkistaminen Aseptisten toimintatapojen tunteminen Toimintatapojen huolellisuus Toimintaohjeiden noudattaminen	Potilaan tarkka identifiointi Sovittujen käytänteiden tunteminen ja noudattaminen	Potilasturvallisuustaitojen kehittäminen	
Potilaan kuunteleminen huomioiden hänen toiveitaan Läheisen kuunteleminen Potilaan ja läheisen mielipiteiden arvostaminen ja huomioiminen Hierarkian haitallinen vaikutus avoimeen vuorovaikutukseen	Potilaan kuunteleminen ja kuuleminen Potilaan ja läheisen kohtelun parantaminen	Potilaan ja läheisen kohtaamisen kehittäminen	
Potilaan ja läheisen kokemus huonosta kohtelusta Henkilökunnan hyvä kielitaito	Palvelun saaminen omalla äidinkielellä		
Riskitietojen merkitseminen Läheisen antamien tietojen dokumentointi Potilaan sairauksertomustietojen tunteminen Potilaan tarkoituksenmukainen jatkohoidon suunnittelu Potilaan totuudenmukainen, riittävä, informointi Potilaan avoin informointi Kirjallisten potilasohjeiden antaminen	Riittävän tarkasta kirjaamisesta huolehtiminen Potilaan hoitotietoihin perehtyminen Hoidon jatkuvuudesta huolehtiminen Potilaan tiedonsaannista huolehtiminen	Hoitoprosessin tiedonhallinnan kehittäminen	
Henkilökunnan tarkkaavaisuus Henkilökunnan huolellisuus	Henkilökunnan tarkkaavaisuus työtehtävissä	Tarkistamismenettelyjen kehittäminen	

Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät

Ryhmitelty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Potilaan ja läheisen kyky tehdä hoitoaan koskevia vaatimuksia Potilaan kyky vaatia perusteluita Potilaan ja läheisen periksi antamaton asenne	Potilaan ja läheisen rohkeus esittää vaatimuksia hoitovaihtoehtoihin	Yhteistyö hoitotapahtumassa potilaan, läheisen ja hoitohenkilökunnan välillä	Potilasturvallisuuden varmistamista edistävät tekijät
Potilaan ja läheisen osallistuminen hoidon päätöksentekoon Potilaan ja läheisen tahto vaikuttaa hoitoon	Potilaan ja läheisen tahto osallistua aktiivisesti hoitoon		
Potilaan ja läheisen aktiivisuus tehdä huomiota ja kertoa havaitsemistaan poikkeamista henkilökunnalle Henkilökunnan informointi virheen tai poikkeaman huomaamisesta Henkilökunnan informointi huolen heräämisestä	Hoitohenkilökunnan informointi potilaan tai läheisen havaitsemasta poikkeamasta tai huolesta	Rohkeus kertoa poikkeamasta tai huolesta hoitohenkilökunnalle	
Itsenäinen tiedonhaku potilasturvallisuudesta	Potilasturvallisuus tietoisuus	Ymmärrys potilasturvallisuuden merkityksestä	
Potilaan ja läheisen informointi hoitoon liivissä asioissa	Potilaan ja läheisen tiedontarve	Potilaan sairauden ja lääkityksen kokonaisvaltainen tunteminen	
Potilaan tieto omista terveyteen liittyvistä asioista Läheisen tiedot potilaan sairaudesta	Ajantasaiset tiedot potilaan terveystiedoista		
Potilaan oma lääkehoidon tuntemus Tietoisuus omasta lääkityksestä	Ajantasaiset tiedot potilaan lääkityksestä		
Potilaan ja läheisen tarkistama lääkehoito Lääkityksen tarkistaminen	Lääkehoidon toteutuksen tarkistaminen	Jatkuva varmistaminen ja valvominen hoitoprosessin aikana	
Hoitajan aseptisen toimintatavan varmistaminen Potilaan ja läheisen tarkkaavaisuus Potilaan ja läheisen aktiivinen osallistuminen varmistamiseen Potilaan ja läheisen tahto varmistaa hoitoon liittyvä asia	Potilaan ja läheisen tarkistamisenennetyt hoitotapahtuman aikana		
Läheisen rooli potilaan hoidon seuraajana ja puolustajana	Läheinen potilaan edun valvojana		