

**Pilottitutkimus potilasturvallisuusmallin kehittämistä terveyttä edistävän sairaalan viitekehysessä.**

Potilas ja omainen osallisina hoitoon liittyvien haittojen selvittelyssä ja ehkäisyssä.

**Maria Hallman-Keiskoski**

Terveyskasvatuksen lisensiaattityö  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Kevät 2006

Pilottitutkimus potilasturvallisuusmallin kehittämistä terveyttä edistävän sairaalan viitekehyksessä. Potilas ja omaisen osallisina hoitoon liittyvien haittojen selvittelyssä ja ehkäisyssä.

Hallman-Keiskoski, Maria

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos  
2006

Sivuja 105, liitteitä 15.

Pilottitutkimuksen tehtävänä oli tutkia ja kehittää terveyttä edistävään sairaalaan soveltuva mallia hoidon haittojen selvittämiseksi ja ehkäisemiseksi. Tutkimuksessa sovellettiin James Reasonin systeemiteoreettisen mallin pohjalta terveydenhuoltoon kehitettyä nk. Vincentin tutkintamallia (A Protocol 1999). Erityispiirteinä tutkimuksessa oli potilaan ja omaisen ottaminen mukaan tutkimusprosessiin yhdessä henkilökunnan kanssa.

Tutkimusaineisto kerättiin Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja muissa potilaan hoitoon liittyvissä työyksiköissä vuonna 2004. Kolme potilastapausta poimittiin 2162 päivystyspotilaan joukosta henkilökohtaisen yhteydenoton perusteella. Aineisto muodostui potilaiden ja omaisten kertomuksesta, Vincentin tutkintamallin käytön kokemuksista ja tutkintaraporteista, yhteiskeskusteluista ja niihin osallistuneiden teemahaastatteluista. Kertomukset, yhteiskeskustelut ja teemahaastattelut tallennettiin ääninauhalle ja litteroitiin osaksi tutkimusaineistoa. Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä ja sisällön erittelyä.

Potilaan kertomuksissa kuvatut hoidon haitat koskivat kivun lievitystä, tutkimuksiin pääsyä, perushoidon ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan puutteita. Kertomukset avasivat uudenlaisen näkökulman koko hoitoketjun toimivuuteen. Vincentin tutkintamallin sovellus osoittautui työlääksi, mutta sen avulla saatiin esille järjestelmässä olevia turvallisuutta vaarantavia, ehkäistäviä puutteita. Yhteiskeskustelu toi uudenlaisen mahdollisuuden haittatilanteiden rakentavaan selvittelyyn ja vapautti henkilökuntaa syyllistämisen kulttuurista. Keskustelun johtajan rooli osoittautui merkitykselliseksi.

Pilottitutkimuksen perusteella kehitettiin uusi, terveyttä edistävän sairaalan viitekehykseen soveltuva potilasturvallisuusmalli. Mallissa toimet kohdennetaan yhtäaikaaisesti organisaatioon, potilaisiin ja henkilökuntaan. Tutkimuksen tuloksena esitetään myös uusia potilasturvallisuuden laadun kehittämismahdollisuuksia. Jatkotutkimuksella tulisi selvittää mm. kulttuurimuutosta syyllistämisestä avoimuuteen, potilasturvallisuusjohtamista sekä potilaiden ja henkilökunnan hoidon haittoihin liittyviä selviytymiskeinoja.

Asiasanat: ennaltaehkäisy, hoitovirheet, laadunvarmistus, terveyden edistäminen

Pilot study of developing a patient safety model within the frame of reference of a health promoting hospital. Patient and relative involvement in dealing with and preventing adverse events associated with treatment.

Hallman-Keiskoski, Maria

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences, 2006

Pages 105, Enclosures 15.

The purpose of the pilot research was to study and develop a model applicable for a health promoting hospital for analysing and preventing adverse events associated with treatment. The so called Vincent's model of investigation, developed to health care based on the system theoretical model of James Reason, was applied in the study (A Protocol 1999). A special feature of the study was the involvement of the patient and relative in the research process together with the medical staff.

The research material was gathered in 2004 at the emergency policlinic of the Central Finland Central Hospital and in other patient nursing units. Three patient cases were picked from among a total of 2162 emergency patients based on a personal contact. The material consisted of the accounts of the patients and relatives, experiences on the use of the Vincent's model of investigation and investigation reports, and common discussions and thematic interviews of the discussion participants. Accounts, common discussions and thematic interviews were recorded on audio tape and transcribed to form a part of the research material. The analysis method used was content analysis and classification.

Adverse events associated with treatment described in the patient accounts were related to pain relief, access to examinations, shortcomings in the basic health care and the operation of the public health care system. The accounts opened a new point of view to the performance of the entire treatment chain. Application of the Vincent's model of investigation turned out to be difficult; however, it could be used to bring out the system's shortcomings constituting a safety risk and hence requiring prevention. The common discussion gave a new possibility for a constructive analysis of adverse situations and relieved the staff from the culture of guilt. The role of the discussion leader turned out to be significant.

Based on the pilot study, a new patient safety model suitable for the frame of reference of a health promoting hospital was developed. The model allocates the activities simultaneously to the organisation, patients and medical staff. Also, in the results of the study, new possibilities are set forth for developing patient safety. Suggestions for further study include, for example, change of culture from guilt to openness, patient safety management, and survival methods of patients and medical staff related to adverse events of treatment.

Key words: prevention, adverse events, quality assurance, health promotion

## SISÄLLYSLUETTELO

1. Johdanto.....	1
2. Hoidon laatu, potilasturvallisuus ja hoidon haitat.....	3
2.1 Potilas ja hoidon laadun kehittäminen.....	3
2.2 Potilasturvallisuuden lähtökohdat.....	6
2.3 Hoidon haitat.....	7
2.3.1 Hoidon haitan käsite .....	7
2.3.2 Hoidon haittoihin liittyvät tutkimukset.....	9
3. Systemiteoreettiset mallit hoidon haittojen ehkäisyssä.....	13
3.1 Systemiteoreettisen ajattelun perusteet .....	13
3.2 Hoidon haittojen selvittelymallit .....	17
3.3 Vincentin tutkintamalli .....	19
4. Terveyttä edistävän sairaalan viitekehys.....	23
4.1 WHO:n kansainvälinen verkosto ja sen päämäärät.....	23
4.2 Hoidon haitat terveyttä edistävän sairaalan viitekehyksessä .....	25
5. Tutkimuksen empiirinen toteutus.....	28
5.1 Tutkimustehtävä ja -ongelmat .....	28
5.2 Tutkimusprosessi ja aineiston muodostuminen.....	29
5.3 Menetelmälliset valinnat ja aineiston analyysi.....	34
6. Tulokset.....	36
6.1 Hoidon ei-toivotut seuraukset potilaiden kuvaamana.....	36
6.1.1 Kipuun liittyvät kokemukset .....	37
6.1.2 Perushoidon puutteet.....	39
6.1.3 Tutkimuksiin pääsy .....	40
6.1.4 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toiminnan puutteet .....	41
6.1.5 Muut potilaiden esiintuomat asiat.....	42
6.1.6 Pohdinta .....	43
6.2 Tutkinnan toteuttaminen Vincentin menetelmää käyttäen.....	47
6.2.1 Tutkinnan järjestäminen.....	47
6.2.2 Tutkinnan tulokset.....	48
6.2.3 Henkilökunnan arvio tutkimuksen toteutumisesta.....	53
6.2.5 Pohdinta .....	58
6.3 Yhteiskeskustelun toteutuminen .....	60
6.3.1 Käytännön toteutus.....	60
6.3.2 Osallistujien näkemykset keskustelusta.....	61
6.3.3 Pohdinta .....	68
6.4 Henkilökunnan kehittämisajatuksia pilottitutkimuksesta.....	70

7. Tutkimuksen yhteenveto, arviointi ja johtopäätökset .....	72
7.1 Tulosten yhteenveto.....	72
7.2 Tutkimuksen arviointi .....	75
7.2.1 Luotettavuustarkastelu.....	75
7.2.2 Tutkimuksen eettinen arviointi .....	78
7.3 Johtopäätökset.....	79
7.4 Jatkotutkimusaiheita.....	84
Lähdeluettelo.....	86

Liitteet	1. Pääasialliset hoitoon liittyvät ongelmat
	2. Hoitoon liittyvät ongelmat ja myötävaikuttavat tekijät
	3. Haastattelun jälkeinen tarkistuslista myötävaikuttavista tekijöistä
	4. Potilaan teemahaastattelu
	5. Omaisen teemahaastattelu
	6. Henkilökunnan teemahaastattelu
	7. Tiedote potilaalle
	8. Tiedote potilaalle tutkimuksesta
	9. Potilaan suostumus tutkimukseen
	10. Tiedote omaiselle tutkimuksesta
	11. Tiedote henkilökunnalle tutkimuksesta
	12. Yhteydenotot tutkimuksen johdosta
	13. Yhteydenottoajankohta
	14. Potilastapausten kuvaus keskussairaalan epikriisitietojen mukaan
	15. Tutkintahaastattelu

Liitteistä (nro 7, 8, 10 ja 11) on poistettu tarkat ajankohdat sekä yhteystiedot

## 1. JOHDANTO

Tutkimukseni tarkoituksena on tutkia ja kehittää terveyttä edistävän sairaalan käyttöön soveltuvaa mallia hoidon haittojen selvittelyyn ja ehkäisyyn. Erityinen lähtökohtani on potilaan ja omaisen mukaan ottaminen koko tutkimusprosessiin ja yhteistyön rakentaminen tapahtumiin liittyneen henkilökunnan kanssa. Selvittelytyön kannalta oleellista on se, että potilaan mukaan ottaminen kirkastaa kuvaa koko hoitoketjusta. Hoidon haitat määrittyvät näin potilaan kokemusmaailmasta eivätkä pelkästään lääketieteellisin perustein.

Lähestyn tutkimusongelmia laadullisella tutkimusotteella syventymällä kolmeen yksittäiseen potilastapaukseen. Jokaisen potilastapaukseen kuuluvat selvittelyvaiheet: 1. Potilaan ja omaisen kertomus 2. Tutkinta 3. Yhteiskeskustelu, jossa potilas ja omainen yhdessä työntekijöiden ja asiantuntijoiden kanssa keskustelevat tapahtumista sekä 4. Yhteiskeskustelun osallistujien haastattelut. Kertomusten, keskusteluiden ja haastattelujen litteroidut ääninauhat on analysoitu laadullista sisällönanalyysiä käyttäen.

Olen työskennellyt vuodesta 1991 alkaen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen asiantuntijaylihoitajana. Tämä työ on vienyt minut mukaan WHO:n kansainväliseen Health Promoting Hospitals (HPH) – verkostoon, jossa viimeiset vuodet olen saanut toimia Suomen HPH-koordinaattorin tehtävässä (Health Promoting Hospitals 2005). Osaltani olen näin voinut vaikuttaa myös Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n toiminnan käynnistämisessä (Suomen terveyttä edistävät sairaalat 2005). Kun laki potilaan asemasta ja oikeuksista astui voimaan, nimettiin minut sairaanhoitopiirimme yleissairauksien potilasasiamieheksi, oman työn ohella. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) Tässä tehtävässä kohtasin usein potilaita, jotka toivoivat, ettei kenellekään toiselle sattuisi samaa kuin heille. Koin epäonnistuneeni työssäni, koska ymmärsin, ettei sairaanhoitoon kuulunut virheistä oppimisen kulttuuri. Pystyin auttamaan hetkellisesti tapahtumiin osallisia, mutta virheille altistavat rakenteet eivät muuttuneet.

Illich (1975, 21-25) toi esille Moserin (1969) kohutun käsitteen iatrogenisestä sairaudesta, jolle potilas altistuu lääketieteellisen hoidon seurauksena. Vasta parinkymmenen vuoden jälkeen asia on tunnustettu, ja arvostettujen kansainvälisten tutkimusten mukaan noin 10 % potilaista saa sairaalassa hoitoon liittyvän haitan (Wilson ym. 1995, Schiøler ym.2001, Vincent ym. 2001, Davis ym. 2002). Näistä haitoista arviolta puolet olisi kuitenkin mahdollista ehkäistä.

Kiinnostus hoitovirheiden ja muiden hoidon haittojen ehkäisyyn on Suomessa virinnyt 2000-luvulla. Samanaikaisesti on monenlainen hoidon laadun tutkimus- ja kehittämistyö tullut tärkeäksi osaksi terveydenhuoltojärjestelmäämme. Potilasturvallisuuden kehittäminen osana hoidon laadun parantamista on tulevaisuuden haaste. Luvussa 2 kuvaan tähän tematiikkaan liittyviä asioita.

Suuronnettomuuksien tutkinnassa käytetään yleisesti menettelytapoja, jotka perustuvat nk. James Reason systeemiteoreettiseen malliin (Reason 1999, Reason 2000a). Reasonin teorian mukaan inhimillinen virhe tai erehdys on kaikille ihmisille mahdollista. Toiminnan ulkoiset puitteet, systeemi voidaan kuitenkin rakentaa sellaiseksi, että se pyrkii estämään mahdolliset vahingot. Englantilainen tutkijaryhmä on professori Charles Vincentin johdolla kehittänyt Reasonin teorian pohjalta terveydenhuollon sovelluksen (A Protocol 1999). Näitä asioita kuvaan luvussa 3. Tässä tutkimuksessa sovellan Vincentin mallia, siten että potilaan kertomuksesta nousevat hoidon haitat ovat mukana tutkinnassa.

Luvussa 4 kuvaan miten hoidon haittojen ehkäisy on osana kansainvälisen WHO:n Health Promoting Hospitals (HPH) – verkoston toimintaa (Health Promoting Hospitals 2005). Ennaltaehkäisyn näkökulma kuuluu oleellisena osana terveyttä edistävään sairaalaan. Terveyden edistäminen sairaalassa sisältyy potilastyöhön, mutta myös henkilökunnan hyvinvointi pitää turvata. Lisäksi hoito-organisaation pitää edistää terveyttä ja sairaalan merkityksen korostua alueen väestön terveyden edistämässä. Potilasturvallisuuden edistäminen muodostaa näin mielenkiintoisen haasteen sairaalalle, joka on sitoutunut terveyden edistämiseen.

Tästä tutkimuksesta piti tulla väitöskirjani, mutta tutkimusprosessin kuluessa, päädyin tässä vaiheessa sen raportoimiseen lisensointityönä. Aloittaessani työtäni tiesin, että

tutkimusaiheeni on haastava. Suunnittelemani laadullisen aineiston keruutapa tuntui sopivalta tutkimusongelmieni näkökulmasta, en kuitenkaan ymmärtänyt miten vaikeaa olisi löytää potilastapauksia tutkimukseen. Törmäsin konkreettisesti syyllisyyden ja syyllistämisen kulttuuriin: potilaat pelkäsivät, että tutkimukseen osallistuminen leimaa ja heikentää heidän tulevaa hoitoaan – henkilökunnalle lähestymistapa oli valtaosin uutta ja osa työntekijöistä pelkäsi joutuvansa syytettyjen penkille. Tutkijana olin kaikissa tutkimusvaiheissa mukana ja välillä myös aktiivina toimijana. Näin pääsin osalliseksi kaikista tutkimuksen nyansseista.

## **2. HOIDON LAATU, POTILASTURVALLISUUS JA HOIDON HAITAT**

### **2.1 Potilas ja hoidon laadun kehittäminen**

Terveys on yksi aikuisväestön tavoitelluimmista arvoista, silti useimmat meistä sairastuvat jossain vaiheessa elämäänsä. Sairaus voi ilmetä äkillisenä tapaturmana, oireina tai tautina, johon tarvitaan terveydenhuoltohenkilöstön apua. Sairaalan kokemus ei ole avainasemassa pelkästään hoitoon hakeutumisessa, vaan vielä olennaisempaa on potilaan kokemus jälkikäteen. Määrällisistä mittareista koostuva tulosajattelu ei riitä, asiakas ei tule tyytyväiseksi hoitonsa määrästä vaan sen laadusta. (Töyry & Tuomainen 2002.)

Attree (1996) määrittelee käsitteellisessä mallissaan hoidon laadun arviointia neljästä näkökulmasta: potilas/asiakas, professionaalinen (lääketiede ja hoitotiede), johtaminen (tuottaja- ja ostaja) ja julkinen/yhteiskunnallinen. Potilas-/asiakasnäkökulma on ollut keskeisenä laadun arvioinnissa 1990-luvulla (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, Töyry 2001, Hiidenhovi ym. 2001). Hoidon laatua on perinteisesti pyritty mittaamaan erilaisilla potilas-/asiakastytyväisyyskyselyillä. STAKES on laatinut terveydenhuollon työntekijöiden käyttöön kuusi asiakastytyväisyyttä mittaavaa lomaketta, joita useat sairaalat ovat ryhtyneet käyttämään (STAKES 2005). Kiinnostus hoidon laadun arviointiin moniulotteisemmin, potilaan/asiakkaan, työntekijöiden ja johtamisen näkökulmista on lisääntynyt 2000-luvulla (Kvist 2004, 24).



Potilaan kokemaa hoidon laatua kuvaamaan on kehitetty erilaisia mittareita: Hyvä hoito (Leino-Kilpi ym. 1995), Ihmisläheinen hoito (Töyry 2001) ja Palvelumittari poliklinikoiden käyttöön (Hiidenhovi 2001). Hyvän hoidon mittarin teoreettis-käsitteellinen hoidon laadun arviointiperusta on tehty hoitotyön käytännön ja opetuksen asiantuntijoiden avustuksella ja ”testattu” potilashaastattelujen perusteella. Laaditusta arviointiperusteiden kuvausjärjestelmästä on muodostettu hyvän hoidon mittari. (Leino-Kilpi ym. 1995, 94-99.) Ihmisläheisen hoidon mittari (ILH-mittari) on muodostettu potilaiden ja henkilökunnan vastausten perusteella laadittujen viiden hoidon avainalueen sisällöstä. Mittari soveltuu sairaalan vuodeosastojen ja poliklinikoiden käyttöön. (Töyry 2001) Hiidenhovi (2001, 47-50, 63) on poliklinikkapotilaiden haastattelun avulla muodostanut palvelun sisältöalueista yhdeksän ulottuvuutta, joita mittaamaan laadittiin 12 kysymyksen mittari. Poliklinikoiden henkilökunta oppi systemaattisen palautteen keräämisen ja hyödyntämisen valvontakortin (•/R-kortti) avulla (Hiidenhovi 2001, 65-66).

Sanallisessa palautteessaan yhteispäivystyksen asiakkaat kiinnittivät huomiota odotusajan pituuteen, palvelun laatuun ja poliklinikan organisointiin (Miettola ym. 2003). Kyselytutkimuksen mukaan yhteispäivystyksen kehittämiskohteita olivat hoidon nopea aloittaminen, kivun hoito, potilaan tukeminen osallistumaan omaan hoitoonsa sekä potilaiden hoidostaan ajan tasalla pitäminen (Pellikka ym. 2003). Potilaiden kohtelua selvittävän kyselyn mukaan saman vaivan vuoksi päivystysosastolla aiemmin olleet ja neurologiset potilaat olivat tyytymättömiä asioidensa hoitamiseen. (Renholm & Suominen 2000.) Lyhyet hoitajaksot ovatkin erityisen haasteellisia potilasneuvonnan ja – ohjauksen osalta (Töyry ym.2000).

Valtaosa potilastyytyväisyystutkimuksista on tehty kvantitatiivisilla menetelmillä. Potilaan näkökulman ymmärtämiseksi tutkijat toivoivat kuitenkin kvalitatiivisen tutkimusotteen käytön lisääntymistä. (Johansson ym. 2002.) Esimerkiksi intensiivisten potilashaastattelujen on todettu antavan arvokkaita ideoita palvelujen kehittämiseen ja vaikuttavan voimakkaasti henkilökuntaan mm. lisäten ymmärrystä potilaan kokemuksista. Potilashaastattelujen arvioidaan antavan perinteisiä potilastyytyväisyyskyselyjä luotettavamman kuvan palvelujen laadusta. (Mahony 2003.) Cohen ym. (1996) mukaan potilastyytyväisyyskyselyihin vaikuttaa miten

kysymykset on asetettu, koska ja miten ne esitetään. Laatu mittaaviin kyselyihin liittyy aina ongelmia, koska potilaiden toiveet ovat erilaisia (Delbanco 1996). Kyselytutkimusten tekijät ovatkin esittäneet toiveen rinnakkaisten tutkimusmenetelmien käytöstä (Suhonen ym. 2004, Johansson ym. 2002).

Potilaspalautetta kerättiin mm. suullisten ja kirjallisten spontaanipalautteiden, yllääärille tehtyjen kirjallisten muistutusten, potilasvahinkolautakunnan ja potilasvakuutuskeskuksen päätösten sekä valtakunnallisen potilastyytyväisyyskyselyn avulla. Palautteen avulla kehitettiin toimintaa ja mm. spontaanipalautteiden perusteella tehdyt korjaavat toimenpiteet paransivat toiminnan sujuvuutta. Tehtyjen muutosten sisällöstä ei kuitenkaan ole tarkemmin raportoitu. Projektin tuloksista tiedotettiin työntekijöille laatuamupäivässä, jossa kuultiin myös potilaiden puheenvuorot. Toimintamalli osoittautui onnistuneeksi ja se otettiin osaksi toimintaa. (Aaltonen ym. 2003.)

Maine, joka muodostuu hyvän ihmisläheisen kohtelun ja hyvän lääketieteellisen hoitotuloksen yhdistelmästä, on paras kilpailuvaltti sairaalan kannalta. (Sohlberg ym. 1994.) Toisinkin voi olla. Sairaalainfektioista on aina aktiivisesti ilmoitettava väestölle ja ne saavat helposti julkisuutta. Yhden huonosti hallitun sairaalainfektioepidemian vuoksi sairaala voi menettää vuosikausiksi luottamuksen jäsenkuntiansa ja asiakkaittensa silmissä. (Lumio 1999.)

Potilaat ovat oman sairautensa maallikkoasiantuntijoita. Lisäksi he eivät ole passiivisia potilaita tai aktiivisia osallistujia, riippuvaisia tai itsenäisiä, vaan monimutkainen sekoitus näitä kaikkia roolien vaihdellessa. Vaikka olemme tulleet kauas ajasta, jolloin lääkärit arvioivat, että joku asia oli tai ei ollut potilaan parhaaksi, meillä on vielä matkaa potilaan todelliseen osallistumiseen. (Toiviainen 2004.) Valtakunnalliset laatusuosituksset (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun hallinta 1999), Kansallinen terveysprojekti (Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002) ja Terveys 2015-kansanterveysohjelma (2001) pyrkivät lisäämään potilaan osallistumista. Potilaan osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon tukee hänen omien voimavarojensa käyttöönottoa (Kettunen 2001, 92-94). Hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä kehitettäessä potilaan osallistuminen otetaan yhä useammin itsestään selväksi lähtökohdaksi (Aaltonen 2004).

Potilaan voimaannuttaminen, omavoimaistaminen (empowerment), on yksi terveyttä edistävän sairaalan keskeinen lähtökohta (The Vienna Recommendations 1997; Aujoulat ym. 2001). Terveyttä edistävä hoito parhaimmillaan tukee ja avustaa yksilöitä ja yhteisöjä saamaan omat voimavarat käyttöön. Tällöin omia päätöksiä ja toimia on mahdollista hallita ja kontrolloida. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 25.) Potilaiden osallistumisen terveydenhuollon suunnitteluun ja kehittämiseen on todettu tuovan muutoksia palveluihin, mutta niiden vaikutuksia hoidon laatuun ei ole arvioitu riittävästi (Crawford ym. 2002).

## 2.2 Potilasturvallisuuden lähtökohdat

Suomessa Eduskunnan vuonna 1980 käynnistämä selvitystyö terveyden- ja sairaanhoidon potilaita kohtaavien hoitovahinkojen ja -virheiden varalle on pohjana 1.5.1987 voimaan tulleelle potilasvahinkolaille (Potilasvahinkolaki 1986) ja 1.3.1993 voimaan astuneelle laille potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, Partanen 1994, 62-70). Potilasvahinkolaki antaa vahingonkärsineelle mahdollisuuden hakea taloudellista korvausta menetyksistään. Sen avulla voidaan hoitaa seurauksia, mutta se ei paneudu tapahtumien syihin. Potilasvakuutuskeskukselle tehtiin vuonna 2004 yhteensä 7241 potilasvahinkoilmoitusta. Samana vuonna ratkaistiin yhteensä 7750 vahinkoilmoitusta, joista 30 % johti korvattavaan potilasvahinkoon. Näissä potilaiden perussairauksista tyypillisimpiä olivat erilaiset murtumat, nivelrikko ja hampaiden sairaudet. (Potilasvahinkotilastot 2005) Potilasvahinkojen tilastointi ja analyysi antaa arvokasta tietoa hoidon laadun kehittämistyöhön.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määritteli, että terveydenhuollon toimintayksikölle tulee nimetä potilasasiamies. Potilasasiamiehen tehtävänä on neuvoa ja avustaa potilasta lain säätämässä asioissa, tiedottaa potilaan oikeuksista ja toimia muutenkin potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Käytännössä hoitoonsa tyytymätöntä potilasta tai hänen omaistaan ohjataan ensisijaisesti keskustelemaan asianomaisten terveydenhuollon työntekijöiden tai heidän esimiestensä kanssa ja sitten tarvittaessa

ottamaan yhteyttä potilasasiamieheen. Wallinin (2005, 570) mukaan vinoutuneiden vuorovaikutussuhteiden sovittelu ei Suomessa ole toistaiseksi kovin yleistä, mutta esimerkiksi Britanniassa sovittelusta on saatu hyviä kokemuksia. Muita virallisia tapoja tyytymättömyyden ilmaisuun ovat potilasvahinkoilmoituksen lisäksi muistutus, kantelu ylemmälle valvontaviranomaiselle, tutkintapyyntö tai rikosilmoitus poliisille, hallintoriita, kuluttajansuoja ja ihmisoikeusvalitus. (Wallin 2005, 570-574.) Tietosuojasioissa on mahdollisuus kääntyä tietosuojavaltuutetun puoleen (Amberla & Kermann 1994, 150).

Terveysturvakeskukseen saapui vuonna 2004 yhteensä 472 kantelua, joista 227 siirrettiin lääninhallitusten käsiteltäväksi. Toimintavuoden aikana oikeusturvakeskus ratkaisi 216 kanteluasiaa, joista 34 tapauksessa annettiin terveydenhuollon ammattihenkilölle tai – henkilöille hallinnollista ohjausta. (Terveysturvakeskus 2005) Muistutuksia ei tilastoida valtakunnallisesti, joten niiden sisällöstä ja vaikutuksista ei ole kattavaa tietoa (Wallin 2005, 570). Yhdenmukainen potilasvalitusten seurantajärjestelmä on luomatta (Nieminen 2000, 380-391), mutta useat sairaanhoitopiirit ovat 2000-luvulla ryhtyneet tilastoimaan potilaiden ja heidän omaistensa yhteydenottoja.

## **2.3 Hoidon haitat**

### **2.3.1 Hoidon haitan käsite**

Kuviossa 1 on kuvattu komplikaation, potilasvahingon, hoitovirheen ja potilaan kokeman hoitohaitan keskinäisiä suhteita. Komplikaatiolla tarkoitetaan lisä- tai jälkitautia tai sivuhäiriötä tai – vaikutusta, joka mutkistaa tai pitkittää potilaan hoitoa ja toipumista. Komplikaatio voi olla hoidon, mutta myös potilaan taudin tai vamman seurausta. (Palonen ym. 2005, 21-22.) Stakesin asettama työryhmä suosittaa termiä ”hoidon haittavaikutus” komplikaation sijaan. Hoidon haittavaikutus on terveydenhuollon ammattihenkilön ohjauksessa annettuun hoitoon tai ammattihenkilön suorittamaan toimenpiteeseen liittyvä ei-toivottu seuraamus. Tämä seuraamus aiheuttaa potilaalle normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä

hoitokustannuksia. Myös myöhempi suunnittelematon, samaan vaivaan tai sairauteen liittyvä uusintatoimenpide on haittavaikutus. (Virtanen ym. 2005.)

Potilasvahingolla tarkoitetaan potilaalle terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutunutta henkilövahinkoa (Palonen ym. 2005, 21-22). (Kuvio 1) Kansainvälisesti ilmaisu hoitovirhe-termistä vaihtelee maan sijainnista riippuen: Amerikassa käytetään pääsääntöisesti termiä "medical error"; Britanniassa yleisesti termiä "treatment error" ja Australiassa usein termiä "clinical incident". Brennan ym. (1991) määrittelee hoitovirheen merkittäväksi yleisesti hyväksytyin lääkärin työn tason alitukseksi potilaan hoidossa, vaikka vastaavia tilanteita voi tapahtua myös muille terveydenhuollon työntekijöille. Britanniassa termillä tarkoitetaan tapausta tai tapahtumaa, jossa terveydenhoitoa saavalle henkilölle on aiheutunut haittaa (Safety and Quality Council 2005) Toisaalta ammatti-ihminen määrittää termit "hoitovirhe", "potilasvahinko" ja "komplikaatio" eri tavoin kuin maallikko. Potilas kuvaa arkikielessä kokemaansa hoitohaittaa usein yleisnimityksellä "hoitovirhe", joka luo tarkoituksettomasti huonon pohjan keskusteluyhteydelle ammatti-ihmisen kanssa.



**Kuvio 1.** Komplikaation, potilasvahingon, hoitovirheen ja potilaan kokeman hoitohaitan keskinäiset suhteet

Suomenkielinen käännösterminologia on vielä vakiintumaton, tosin "Adverse event" on määritelty haittatapahtumaksi laissa lääketieteellisestä tutkimuksesta (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Suomen Lääkäriliiton laatuneuvosto ehdottaa kattotermiksi potilasturvallisuutta. Haittavaikutuksiin johtaneista tapahtumista on käytetty mm. termejä: poikkeama (deviation), virhevalinta (error), virhetilanne,

hoitovirhe, laiminlyönti (failure). (Potilasturvallisuus, riskienhallinta, virhetilanteiden käsittely 2004, Lillrank ym.2004, 108)

Käytän tässä tutkimuksessa kokonaisvaltaista hoitohaitan käsitettä, jossa huomioidaan potilaan kokemat ja kuvaamat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset hoidon haitat ja haittavaikutukset, jotka voivat olla osana hoidon komplikaatioita, potilasvahinkoja ja hoitovirheitä. Hoitohaitan määrittelyä ei siis tehdä pelkästään lääketieteellisen tai taloudellisen näkökulman perusteella, vaan siihen sisältyvät kaikki potilaan hoidon yhteydessä kokemat negatiiviset seuraukset ja tuntemukset, myös huonosta kohtelusta aiheutunut mielipaha kuten Kuzelin ym. (2004) tutkimuksessa. Näistä potilaan kokemista hoidon haitoista käytän termiä hoitohaitta. (Kuvio 1)

### **2.3.2 Hoidon haittoihin liittyvät tutkimukset**

Suomessa hoitovirheiden ehkäisyyn ja potilasturvallisuuden kehittämiseen liittyvä keskustelu on varsinaisesti käynnistynyt vasta 2000-luvulla (Vuoria 2000, Koivuniemi 2003, Pelkonen 2003, Pylkkänen 2003, Kosonen 2004, Meretoja 2005), sen sijaan kansainvälisiä tutkimuksia voidaan löytää jo 1980-luvun alkupuolelta. Potilas-palautteesta, kanteluista ja suuronnettomuuksista oppiminen on keskeisenä osana tätä keskustelua. (Aaltonen ym 2003, Tervo 2004, Uusimäki 2004, Halonen 2005). Hoitoon liittyvien haittojen todellista määrää on potilasvakuutus- ja kantelutilastojen lisäksi pyritty arvioimaan kysymällä jälkikäteen työntekijöiltä tai raportoimalla systemaattisesti tehdyt poikkeamat (Partanen ym. 2004; Mustajoki 2005). Hoitovirheitä on pyritty ehkäisemään kehittämällä riskienhallintaa (Tamminen & Knuuttila 2004; Anttila 2005).

Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenille vuonna 2004 suunnatun kyselyn mukaan erilaiset hoitovirheet ovat työyksikköjen arkipäivää (Partanen ym. 2004). Suomessa on saatu kokemuksia myös hoidossa havaittujen virheiden ja poikkeamien systemaattista ilmoittamista. Peijaksen sairaalan potilasturvallisuuden edistämisen projektissa vuonna 2004 henkilökunta ilmoitti neljän kuukauden aikana 210 hoidossa sattuneesta virheestä tai poikkeamasta, joista 10% johti ylimääräisiin toimiin. Yleisimmäksi syyksi poikkeamaan vastaajat ilmoittivat toimintaprosessin heikkouden.

(Mustajoki 2005.) Kaikista Suomen sairaalahoitojaksoista tehdään hoitoilmoitus Stakesin ylläpitämään Hoitoilmoitusrekisteriin (HILMO). Vuodesta 2005 alkaen rekisterin erilliseen tietokenttään voi kirjata sekä hoidon haittavaikutukset että siitä mahdollisesti aiheutuvan uusintatoimenpiteen. Näin jatkossa saadaan uusi, käytännöllinen työkalu hoidon laadun varmistamiseen. (Virtanen ym. 2005.)

Riskienhallinnan projektissa vuosina 2003-2004 kehitettiin uusi toimintamalli hoito- ja hoivayksiköiden päivittäisen riskienhallintatyön tueksi (Tamminen & Knuutila 2004). Toisessa riskienhallinnan kehittämisprojektissa koottiin ja analysoitiin potilasvahinkoihin liittyvä riskitieto. Tavoitteena oli vetää tarvittavat johtopäätökset ja suunnitella toimenpiteet riskien hallitsemiseksi. (Anttila 2005.) Haittatapahtumien raportointijärjestelmän kehittäminen käynnistyi syksyllä 2005 HaiPro –projektissa yhteistyössä keskeisten terveydenhuollon valtakunnallisten toimijoiden kanssa (Knuutila 2005).

Kansainväliset tutkimukset, jotka selvittävät hoidosta mahdollisesti aiheutuvien haittojen määrää jälkikäteen potilasasiakirjoista, ovat lisääntyneet merkittävästi kymmenen viimeisen vuoden aikana. Tutkimusotteet ovat painottaneet hoitovirheistä aiheutuvien oikeudenkäyntien vähentämistä ja hoidon laadun parantamista. (Brennan ym. 1991, Thomas ym. 2000a) Tutkijoiden mielenkiinnon kohteena ovat olleet myös hoidosta aiheutuneiden haittojen määrän arviointi ja mahdollisuus ehkäistä potilaalle vahingollisia tapahtumia. (Wilson ym. 1995, Vincent ym.2001, Schiøler ym.2001, Davis ym.2002) (Taulukko 1)

Tutkimuksissa oli huomionarvoista, että yli 65-vuotiailla ja moni sairailta esiintyi erityisen paljon odottamattomia hoidon haittoja. Tässä ikäryhmässä myös haittojen ehkäisy todettiin hankalimmaksi. Sairaalapäivien määrä lisääntyi keskimäärin 7-9 päivällä, joka merkitsee huomattavia lisäkustannuksia paitsi sairaaloille, (Brennan ym. 1991, Wilson ym. 1995, Thomas ym. 2000a, Vincent ym.2001, Schiøler ym. 2001, Davis ym. 2002) (Taulukko 1) myös potilaalle ja yhteiskunnalle puhumattakaan inhimillisestä kärsimyksestä. Pelkästään Tanskassa on arvioitu 1500 – 5000 ihmisen kuolevan vuosittain hoidosta aiheutuneen haitan seurauksena (Schiøler 2003).

Ennaltaehkäisyn mahdollisuutta selvittäneiden tutkimusten mukaan hoidosta aiheutui noin 10% potilaista odottamattomia, sairaudesta riippumattomia haittoja. Näistä noin puolet olisi taulukon 1. mukaan ollut ehkäistävissä. (Wilson ym. 1995, Schiøler ym.2001, Vincent ym. 2001, Davis ym. 2002.) Julkaisematon tutkimustieto Japanista ja Kanadasta vahvistaa aikaisempia tutkimustuloksia (Woodward 2005).

**Taulukko 1.** Haittatapahtumia (Adverse event) selvittävät kansainväliset tutkimukset.

Tutkimus	Aineiston keruu	Aineiston muodostuminen	Haittatapahtuma/ 100 hoitojaksoa	Haittatapahtumasta aiheutuneiden hoitopäivien lisäys (Ka)	Huolimattomuus tai hoitovirhe/100 haittatapahtumaa	Ehkäistävissä olevat haittatapahtumat/ 100 tapahtumaa %
Brennan ym. 1991	1984	N=30.121 Potilasasiakirjat 2-vaiheinen otanta, 18 kriteerin riskiarvio 0-6 luotettavuusasteikko	3.7		27.6	
Thomas ym. 2000a	1992	N=4943 Utah N=9757 Colorado Potilasasiakirjat 2-vaiheinen otanta 18 kriteerin riskiarvio 1-6 luotettavuusasteikko	2.9		32.6 Utah 27.4 Colorado	
Wilson ym. 1995	1992	N=14210 Potilasasiakirjat 2-vaiheinen otanta 18 kriteerin riskiarvio 1-6 luotettavuusasteikko 1-6 ehkäisy asteikko	13,0	7.1		51.2
Vincent ym. 2001	1998	N=1014 Potilasasiakirjat 2-vaiheinen otanta 18 kriteerin riskiarvio 1-6 luotettavuusasteikko 1-6 ehkäisy asteikko	10.8	8.5		48,0
Davis ym. 2002	1998	N=6579 Potilasasiakirjat  2-vaiheinen otanta 18 kriteerin riskiarvio 1-6 luotettavuusasteikko 1-6 ehkäisy asteikko	11.2	9.3		37.1
Schiøler ym. 2001	1998	N=1097 Potilasasiakirjat 3-vaiheinen otanta 18 kriteerin riskiarvio 1-6 luotettavuusasteikko 1-6 ehkäisy asteikko	9.0	7.0		40,0
Forster ym. 2003		N=400 Puhelinhaastattelu 2-5 viikkoa kotiuttamisesta Potilasasiakirjat	19.0			30,0

Uudessa Seelannissa ilmenneistä haitoista yli puolet liittyi kirurgiaan ja kolmasosa sisätauteihin. Eniten haittoja aiheuttivat kirurgiassa toimenpiteisiin (42%) ja



järjestelmän toimivuuteen (21%) liittyvät ongelmat. Sisätaudeilla lääkehoitoon (30%) ja järjestelmän toimivuuteen (26%) liittyvät ongelmat aiheuttivat eniten haittoja. (Davis ym. 2003.) Australialaisen tutkimuksen mukaan hoidon haitat olivat merkittävän yleisiä infektioiden, tapaturmien ja myrkytysten, ruoansulatus- ja hengityselimistön sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairauksien yhteydessä. (Wilson ym. 1995.)

Valtaosa tutkimuksista on tehty siten, että tutkimusmenetelmän käyttöön koulutetut hoitajat ja lääkärit arvioivat hoidon haittojen määrää kaksi - tai kolmevaiheista valikointia ja 18 kohdan kriteeristöä käyttäen jälkikäteen potilasasiakirjoista (Brennan ym.1991, Wilson ym.1995, Thomas ym. 2000a, Schiøler ym.2001, Vincent ym.2001, Davis ym.2002). (Taulukko 1) Kuitenkin erot amerikkalaisten ja muualla tehtyjen tutkimusten välillä ovat ihmetyttäneet tutkijoita. Tutkijat vertasivat Australiassa ja Utahissa tehtyjä tutkimuksia ja löysivät aineiston keruussa ja käsittelyssä viisi eroa liittyen mm. lääkäriarvioitsijoiden määrään, ja erilaiseen haittaluokitteluun. Aineiston käsittelyä yhtenäistämällä pieneni tutkimustulosten välinen ero selvästi. (Thomas ym. 2000b, Studdert ym. 2002.) Vaikka haittatapahtuma määriteltiin samalla tavalla, ohjautuivat tutkijoiden arviot eri näkökulmista. Australialaiset tutkijat arvioivat haittojen määrää, luonnetta ja systeemivirheiden ehkäisyn mahdollisuutta, amerikkalaiset tutkijat keskittyivät arvioimaan haittoja oikeudenkäyntien ja korvauksien osalta. (Runciman ym.2000.) Maiden välisiin tutkimuseroihin vaikuttaa todennäköisesti myös erot terveydenhuoltojärjestelmissä, vakuutuskäytännöissä ja sosiaaliturvassa.

Merkittävästi erilaisiin tuloksiin päätyi Forster ym. (2003) tutkimuksessaan, kun hoidon haittojen määrää selvitettiin potilaalle tehdyn puhelinhaastattelun ja potilasasiakirjojen avulla 2-5 viikkoa kotiutumisen jälkeen. Hoidon haittoja ilmeni jopa 19%:lla haastatelluista. Ilmenneistä haitoista kolmannes olisi ollut ehkäistävässä (Taulukko 1) ja toisen kolmanneksen osalta niiden vakavuutta olisi voitu vähentää. (Forster ym. 2003) Hoitoon liittyvistä haitoista kaksi kolmasosaa liittyi lääkehoitoon, tyypillisimmin antibioottien, kortikosteroidien, sydän- ja verenkiertohäiriö- ja kipulääkkeiden käyttöön. Tutkijat ehdottavat potilasturvallisuuden parantamiseksi muutoksia toimintakäytäntöihin kotiuttamisen yhteydessä, esimerkiksi lääkitykseen liittyvän potilasopetuksen kehittämistä ja kotiuttamisen arvioinnin tehostamista.

(Forster ym.2003.) Arvostetun lääkevirheisiin liittyvän kirjallisuusanalyysin mukaan potilaiden, lääkäreiden ja farmaseuttien yhteistyöllä voitaisiin välttää lääkitykseen liittyviä virheitä (Tam ym. 2005).

Johtopäätöksenä hoidon haittoihin liittyvistä kansainvälisistä tutkimuksista voidaan todeta, että noin joka kymmenes potilas saa jonkinlaisen hoitoon liittyvän haitan. Tutkimuksia, joissa määrien selvittelyssä olisi potilasasiakirjatietojen lisäksi käytetty potilasarviota, on huolestuttavan vähän. Samanaikaisesti voidaan todeta, että huolimatta Suomen kehittyneestä potilasturvallisuutta koskevasta lainsäädännöstä, olemme varsinaisesta potilasturvallisuustyöstä noin kymmenen vuotta aktiivisimpia maita jäljessä. Sekava potilasturvallisuuteen liittyvä käsitejärjestelmä kuvastaa valitettavan hyvin tilannettamme. Keskustelu on kuitenkin alkanut ja hyviä kehittämishankkeita on aluillaan.

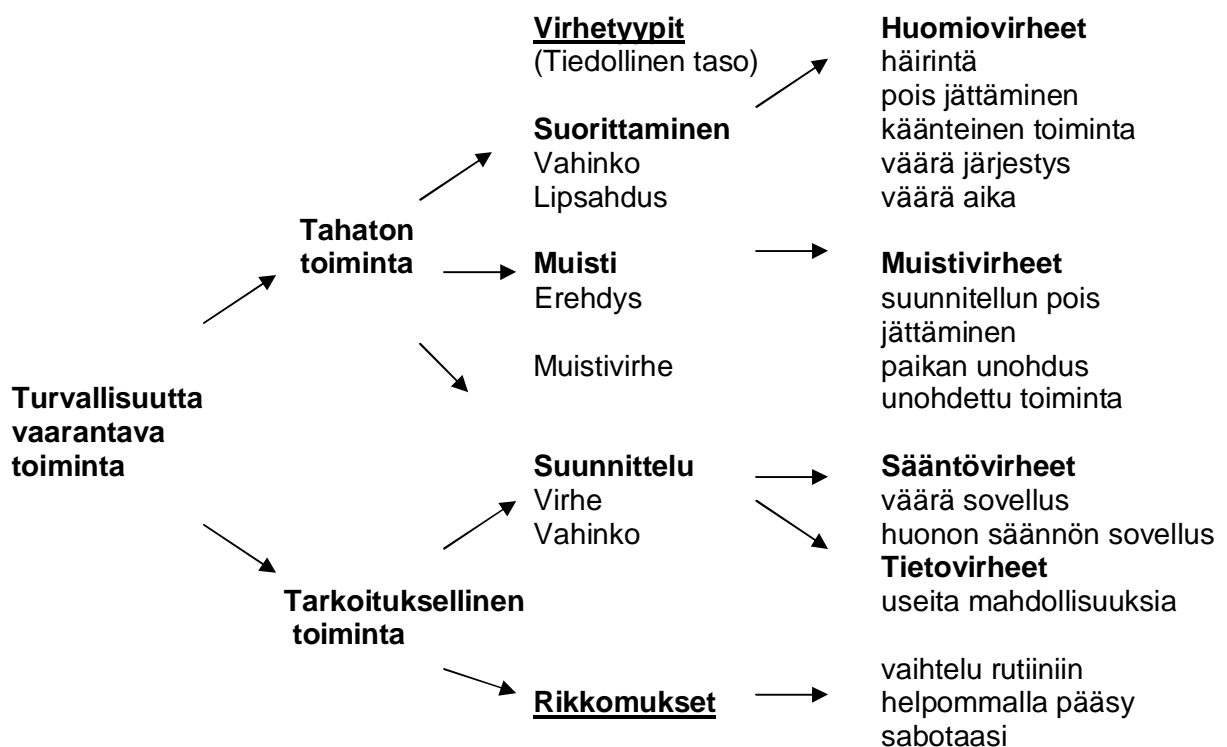
### **3. SYSTEEMITEOREETTISET MALLIT HOIDON HAITTOJEN EHKÄISYSSÄ**

#### **3.1 Systeemiteoreettisen ajattelun perusteet**

James Reason on kognitiiviseen psykologiaan perustuvan onnettomuuksien analysoimisen keskeinen vaikuttaja. Tutkimalla tarkkaan ilmailussa (Challneger 1986) ja muussa liikenteessä (Zeebrugge 1987, King's Cross 1987), ydinvoimala- (Three Mile Island 1974, Chernobyl 1986), öljy- ja muussa teollisuudessa tapahtuneita katastrofeja, on Reason varmistunut systeemissä piilevien tekijöiden vaarallisuudesta. (Reason 1999, 188-94.) Reason on samalla vakuuttunut, että tämän onnettomuusanalyysin keskeinen lähtökohta – inhimillisen tekijän huomiointi ennakkoinnin perustana - on sovellettavissa terveydenhuollon vahinkotilanteisiin (Reason 2001, 29). Inhimillisen tekijän on todettu olevan merkityksellinen 71% anestesiassa ja kirurgiassa tapahtuneissa vahinkotilanteissa ja potilaan kuolemissa (Irita ym. 2005). Inhimillisiä virheitä terveydenhuollossa voidaan tarkastella yksilön tai systeemin näkökulmasta. Yksilönäkökulma keskittyy työntekijöiden virheisiin syyllistäen heidät muistamattomuudesta, huomiokyvyn puutteesta tai alhaisesta moraalista. Systeemiteoreettinen lähestymistapa sen sijaan keskittyy koko

järjestelmään, mm. työolosuhteisiin ja pyrkii löytämään keinoja estää vahinkojen syntyä tai vähentää niiden haitallisia seurauksia. (Reason 1999, 148.)

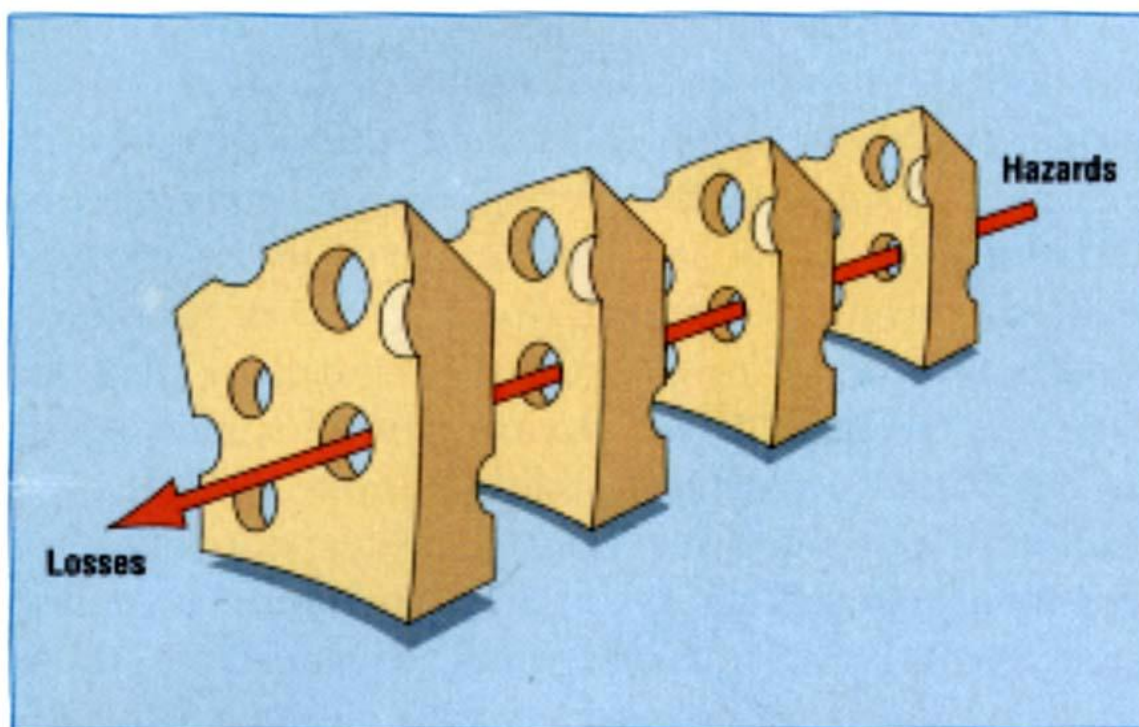
Virheitä voidaan kuvion 2 mukaan tarkastella sen mukaan, tapahtuvatko ne tahattomasti tai tarkoituksellisen toiminnan tuloksena. Ihminen voi vahingossa toimia tai muistaa väärin. Hän voi vahingossa tai tietoisesti, pahaan tarkoittamatta tehdä virheen. Tarkoituksellisesti ihminen tekee rikkomuksen toimimalla käskyjen vastaisesti saadakseen vaihtelua rutiiniin, päästäkseen helpommalla, saadakseen työn tehtyä nopeammin tai joskus pyrkimällä tietoisesti sabotoimaan. (Reason 2001,13.) (Kuvio 2) Reason näkee inhimillisen virheen seurauksena, ei onnettomuuden syynä. Tosiasia onnettomuuksien analysoinnin näkökulmasta on, että parhaimmat työntekijät voivat tehdä pahimmat virheet, koska he saavat vaativimmat työtehtävät ja kuitenkin inhimillisten virheiden tekeminen on myös heille mahdollista. (Reason 2000a, 21, 126-127.)



**Kuvio 2.** Turvallisuutta vaarantavan toiminnan tahattomat ja tarkoitukselliset virhetyytit ja rikkomukset (Reason 1999, 207).

Vahinkoon johtava virhe voi kuvion 2 mukaan tapahtua suunnitteluun, muistiin tai suorittamiseen liittyvissä tiedon käsittelyn vaiheissa. Suunnittelussa tapahtuvat

virheet johtuvat asiantuntemuksen puutteesta tai tehtävässä epäonnistumisesta. Muistiin perustuvissa toimissa voi tapahtua inhimillisiä erehdyksiä tai muistivirheitä ja tehtävää suorittaessa vahinkoja, lipsahduksia. (Kuvio 2) Terveystieteiden ammattilainen voi vahingossa kirjata tärkeät merkinnät väärän potilaan papereihin tai antaa väärän lääkkeen potilaalle. Hän voi erehdyksessä ottaa väärän ruiskun tai unohtaa potilaan seurantakäynnin. Merry ja McCall Smith (2001, 72-97) ovat kuvanneet erilaisia virhetyyppejä tarkemmin. Erityistä huomiota Reason kiinnittää suunnittelussa tapahtuviin virheisiin, koska ne ovat monimutkaisempia, jäävät helposti huomaamatta ja aiheuttavat suurimman vaaran toiminnalle. Reasonin mukaan onnettomuuksia voidaan tehokkaimmin välttää vaikuttamalla suunnitteluun ja systeemin organisointiin. (Reason 2001, 10-13.)



**Kuvio 3.** Reasonin "reikäjuustomalli" (Swiss cheese model) onnettomuuteen johtavasta tapahtumaketjusta.

Kuviossa 3. on kuvattu organisaation suojarakenteita, jotka pyrkivät estämään mahdolliset onnettomuudet ja vaaratilanteiden kehittymisen. Näitä suojamekanismeja luovat korkea teknologia (hälytyslaitteet, esteet, automaatio ym.), ammatti-ihmisten toimintaan luottaminen (kirurgit, lentokapteenit ym.) sekä ohjeet ja kontrolli. Nämä

toimivat ikään kuin ”juustonpalasina” estäen haitallisen tapahtumaketjun toteutumisen. Suojarakenteissa on aina heikkoutensa, jotka kuviossa 3 on kuvattu juuston reikinä. Erilaisten suojamekanismien yhtäaikainen pettäminen johtaa vahinkotilanteeseen. (Reason 2000b.)

Reason erottaa näkyvät eli aktiivit ja piilevät eli latentit onnettomuuksia aiheuttavat tekijät. Aktiivilla virheellä on yleensä välittömät seuraukset. Yleensä eturivin näkyvät työntekijät (kirurgit, hoitajat, lääkärit) tekevät aktiivit virheet. Piilevän riskin aiheuttavat olosuhteet voivat olla pitkäaikaisia aiheuttamatta kuitenkaan vahinkoa. Ne aktivoituvat yleensä jonkin tapahtumaketjun osana, jolloin systeemin puolustusmekanismit pettävät. Ne johtuvat yleensä suunnittelijoiden työstä, sopimuksista tai johdon tekemistä ratkaisuista ja päätöksistä. Toisin kuin näkyvä aktiivinen virheen aiheuttaja, voivat piilevät tekijät - jos niitä ei havaita ja korjata - aiheuttaa useita erilaisia onnettomuuksia, heikentää järjestelmän puolustuskykyä ja ohjata ihmisiä käyttäytymään väärin. Aktiivit virheet aiheuttavat yleensä yksittäisen tapahtuman. Sama piilevä onnettomuuksia aiheuttava tekijä kuitenkin voi aiheuttaa useita eri vahinkoja. Se voi lisätä aktiivin virheen todennäköisyyttä edistämällä vahinkoon altistavien olosuhteiden kehittymistä ja pahentaa seurauksia varmoina pidettyjen puolustusmekanismien pettäessä. (Reason 2001, 11-14.)

Kaikissa organisaatioissa oleviin, piileviin, vahinkoon myötävaikuttaviin tekijöihin voidaan vaikuttaa. Ne on mahdollista tunnistaa ja korjata, niin ettei uusi onnettomuustilanne tämän suojamekanismin osalta enää ole mahdollinen. Tämä ajattelutapa johtaa proaktiiviseen riskinhallintaan, jossa inhimillisten virheiden mahdollisuus pyritään ehkäisemään järjestelmää korjaamalla. Proaktiivinen vahingontorjunta toteutuu erityisesti ”läheltä piti” – tilanteiden selvittelyssä. (Reason 2000b.) Riskinhallinta terveydenhuollossa tulisikin kohdentaa laajemmin hoitovahinkojen ehkäisyyn yksittäisten virheiden vähentämisen sijaan. (Reason 2001, 29.)

On inhimillistä, että ihminen syyllistää itseään, kun oma toiminta on vaikuttanut hoitovahingon syntyyn. Tämän vuoksi on erityisen merkityksellistä pyrkiä vaikuttamaan organisaation kulttuuriin siten, että virheet ja vahingot nähtäisiin oppimisen ja korjaamisen näkökulmasta. Studdert & Brennan (2001) ehdottavat

vahinkojen ehkäisyyn, selvittelyyn ja haittojen korvaamiseen optimiohjelmaa, jossa lähtökohtana on syyllisyysajattelun vähentäminen:

1. Lääkäreitä ja terveydenhuollon ammattilaisia kannustetaan raportoimaan hoidossa tapahtuvista virheistä ja vahingoista, jotka tutkitaan tarkkaan.
2. Saatua tietoa käytetään laadun parantamiseen ja vahinkojen ehkäisyyn.
3. Luodaan toimintamalli niitä harvoja tilanteita varten, joissa lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen on epäpätevä tai vaarallinen työssään.
4. Kannustetaan rehellisyyteen ja avoimuuteen potilas-lääkärisuhteessa siten, että asianomaiset keskustelevat tapahtumista.
5. Luodaan nopea, toimiva ja luotettava taloudellinen korvaussysteemi potilasvahinkojen osalta. (Studdert & Brennan 2001)

Runciman ym. (2003) mukaan oikeudenmukaisuuteen perustuvan järjestelmän ansiot on todennettavissa, kuitenkin järjestelmäparannusten aikaansaamiseen liittyy esteitä. Merry ja McCallin (2001, 239) ajatukset täydentävät Studdertin ja Brennanin (2001) luettelo. Heidän mukaansa turvallisuuden parantamisen terveydenhuollossa tulee olla etusijalla. Terveydenhuollossa vahingoittuneiden potilaiden tulee saada ajoissa riittävää tukea, kuntoutusta ja korvausta ilman tuottamuksen todistamisen taakkaa, kuten Suomessa (Potilasvahinkolaki 1986). Vahinkojen käsittelylle kielteinen ilmapiiri pitäisi korvata lääkärin ja potilaan välisen luottamuksen rakentamisella, syyllistämisen roolia pitäisi vähentää ja keskittyä yhteistyöhön. (Merry & McCall 2001, 239.) Potilaat toivovatkin lääkäreiltä hoitovahinkojen avointa ilmoittamista, mutta vahinkojen paljastamisprosessista ja sen seurauksista ei ole vielä tutkimustietoa (Mazor ym. 2004).

### **3.2 Hoidon haittojen selvittelymallit**

Hoidon haittojen selvittelyssä on yksittäisten tapausten tutkimus osoittautunut hedelmälliseksi. Yksittäistä tapausta voidaan käyttää ikään kuin ikkunana koko järjestelmän tarkasteluun. Potilasturvallisuuden kehittämisen näkökulmasta tulisi vahinkojen raportoinnista ja määrän selvittelystä päästä tapahtuma-analyysiin (incident analysis). Eri puolilla maailmaa käytettyjen tutkintamenetelmien testaus ja arviointi on kuitenkin edelleen puutteellista. (Vincent 2004.) Kuvaan tässä

Yhdysvalloissa laajalti käytettyä, Kansallisen Potilasturvallisuuskeskuksen veteraaniasioiden osaston (VA National Center for Patient Safety, NCPS) kehittämää perussyyanalyysiä (Root cause analysis RCA 2005) ja sitä täydentäviä riskinhallintamalleja. Omassa tutkimuksessani käytän Britanniassa kehitettyä nk. Vincentin tutkintamallia (A Protocol 1999), joka on kuvattu seuraavassa luvussa.

Bagianin ym. (2002) mukaan vuonna 1998 perustettu NCPS on kehittänyt kolme menetelmää potilasturvallisuuden tehostamiseksi. Vapaaehtoinen vahinkojen raportointisysteemi (PSRS the patient safety reporting system) on kehitetty yhteistyössä avaruustutkimuskeskus NASAn kanssa. Perinteistä perussyyanalyysiä (RCA) on täydennetty inhimillisten tekijöiden lähestymistavalla (Human Factors Engineering, HFE) (Gosbee & Lin 2001, Gosbee & Anderson 2003). Health Care Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA) selvittää hoitoprosessia prospektiivisesti, tulevaisuuteen suuntautuen. (Bagian ym. 2002.)

Perussyyanalyysi (RCA) pyrkii vastaamaan kysymyksiin: Mitä tapahtui? Miksi se tapahtui? Miten tapahtuma voidaan ehkäistä tulevaisuudessa? Perinteisesti menetelmä ohjasikin selvittämään toimintapolitiikkaa tai yksilöiden puutteita. (Gosbee & Anderson 2003) Juurisyyanalyysin avulla pyritään selvittämään tapahtumien syyt ja seuraukset perus- ja myötävaikuttavien tekijöiden osalta käyttäen samantyyppistä menetelmää kuin lääkäri, joka pyrkii diagnosoimaan sairautta. Tutkintaa varten on kehitetty laaja kysymyspaketti, jossa aihealueina ovat kommunikaatio, opetus/kouluttaminen, väsymys/uupumus, työpaikan varusteet, ohjeet/toimintapolitiikka ja esteet. Työyhteisön johto, asiantuntijat ja tapahtumiin osalliset työntekijät ovat tutkinnassa mukana yhteistyössä tutkintaan nimetyn toimikunnan kanssa. (Root Cause Analysis 2005)

Kouluttamalla henkilökuntaa inhimillisen näkökulman (HFE) ymmärtämiseen ja huomioonottamiseen, on mallia laajennettu myötävaikuttavien tekijöiden osalta ja nyt myös systeeminäkökulma voidaan huomioida. (Gosbee & Anderson 2003) HFMEA-analyysi alkaa vikatilanteen kuvauksesta, jonka jälkeen määritellään vikatilanteen todennäköiset syyt. Seuraavaksi arvioidaan vaaran vakavuus, todennäköisyys ja

pisteytys. Tamminen ja Knuuttila (2004, 11) arvioivat menetelmän olevan liian tekninen ja vaativa suomalaisen hoitoyksikön ensisijaiseksi työkaluksi. HFMEA ja perussyyanalyysiä (RCA) täydentämään on kehitetty todennäköisen riskinarvioinnin (Probabilistic risk assessment, PRA) menetelmä, jossa yksittäinen tapahtuma kuvataan vikapuu- (Fault tree analysis, FTA) tai tapahtumapuuanalyysin (Event tree analysis) avulla. Tätä menetelmää voidaan käyttää mm. suunniteltujen muutosten aiheuttamien riskien arviointiin. (Wreathall & Nemeth 2004) Lukuisten perussyyanalyysiä (RCA) täydentävien menetelmien viidakossa näyttäytyy itse menetelmä kovin puutteellisena.

Pohjoismaista Tanska on ottanut käyttöön perussyyanalyysin (RCA) hoidon haittojen selvittelymallina. Potilasturvallisuuden kehittämiseen palkatut laatuopettajat on koulutettu Yhdysvaltalaisen veteraaniasioiden osaston toimesta. Tanskan Potilasturvallisuuslaki säättää hoidossa tapahtuneiden vahinkojen raportoinnista. Lain tarkoituksena on vahinkomäärien rekisteröinnin lisäksi potilasturvallisuuden laadun kehittäminen. (Act on Patient Safety 2003.) Lain valmisteluvaiheessa toteutettiin potilasturvallisuuden kehittämisprojekti, jossa pakollisesti raportoitavia ovat tietyt lääkitykseen liittyvät virheet, murtumia tai vakavaa vahinkoa aiheuttaneet potilaiden kaatumiset, väärään raajaan kohdistunut kirurginen hoito ja potilaiden itsemurhat. Osa näistä on analysoitu projektissa perussyyanalyysiä (RCA) käyttäen (Utilisigtede hændelser i H:S 2002.)

Perussyyanalyysiä (RCA) on kritisoitu mm. tapahtumien yksinkertaistamisesta yksittäisiin juurisyihin, jolloin laaja myötävaikuttavien tekijöiden joukko jää riittämättömälle huomiolle ja tarvittavat systeemimuutokset vähäisiksi (Vincent 2004). Perussyyanalyysi (RCA) edellyttää terveydenhuollon yksiköiltä mittavaa henkilöstöresursointia ja menetelmä vaikuttaa jäykän mekanistiselta.

### **3.3 Vincentin tutkintamalli**

Järjestelmällisen onnettomuusanalysoinnin edelläkävijöinä Englannissa on Clinical Risk Unitin ja Association of Litigation and Risk Managementin (ALARM) yhteistyönä



syntynyt tutkijaryhmä. Ryhmä on James Reasonin teorian (Reason 1999, 2000a, 2000b, 2001) pohjalta kehittänyt hoidon haittojen tutkintamenetelmää terveydenhuollon toimintaympäristöön (Vincent ym. 1998, Taylor-Adams ym. 1999, Reason 2000, Vincent & Taylor-Adams 2001). Tutkintamallia (A Protocol 1999) on testattu mm. ensiavussa (Driscoll ym. 2001), äitiyshuollossa (Stanhope ym. 1997), anestesiologiassa (Gaba 2000) ja psykiatriassa (Vincent ym. 2000a). Testauksen ohella on parannettu riskinhallintaa (Vincent & Taylor-Adams 2001). Tässä työssä tutkintamallista (A Protocol 1999) käytetään nimeä ”Vincentin tutkintamalli”.

Vincentin tutkintamallissa (A Protocol 1999) käytetään käsitettä ”onnettomuus”, joka määritellään terveydenhuollon tapahtumaksi, jolla on haitallinen tai potentiaalisesti haitallinen vaikutus potilaaseen. Onnettomuus pitäisi selvittää joko siksi, että sillä on ollut vakava vaikutus potilaaseen, ja ehkä koko organisaatioon, tai siksi, että sen avulla kliininen yksikkö tai organisaatio voi oppia toiminnastaan. Jotkut onnettomuudet vaativat välitöntä tutkinnan aloittamista, kun taas jotkut voivat odottaa useita tunteja. Paikalla olevan seniorilääkärin pitäisi tehdä aloite. Vakavien onnettomuuksien kohdalla valmis tutkimusprotokolla edesauttaa nopeaa, laajaa ja tehokasta tutkintaa. ”Läheltä piti” tai hyvin hoidetuista onnettomuuksista on tutkinnan näkökulmasta paljon sanottavaa, koska niihin liittyy vähemmän tunnelatausta. (A Protocol 1999.)

Vincentin tutkintamallin (A Protocol 1999) mukaan ensimmäinen askel analyysissä on identifioida aktiivit virheet – vaaralliset teot tai laiminlyönnit, joita systeemin ”terävin kärki” (nukutuslääkärit, kirurgit, hoitajat jne.) on tehnyt ja joilla saattaa olla välittömiä haittavaikutuksia potilaalle. Ne voivat olla vahinkoja, kuten väärän lääkkeen ottaminen kaapista, tai harkintavirheitä, kuten tietyn toimenpiteen unohtaminen, tai harvinaisemmin tietoisia poikkeamia turvallisesta käytännöstä, toiminnasta tai standardeista. Vincentin mallissa ”hoitoon liittyvät ongelmat” – termi korvaa Reasonin (2001) käyttämän ”aktiivit virheet” - termin. Hoitoon liittyvät ongelmat ovat henkilökunnan toimia tai laiminlyönnejä hoitoprosessin aikana. Niihin liittyy kaksi tyypillistä piirrettä, joiden molempien pitää toteutua:

a. Hoito on poikennut turvallisesta käytännöstä.

b. Poikkeamalla on suora tai epäsuora vaikutus potilaalle sattuvaan onnettomuuteen.

Vincentin tutkintamallin (A Protocol 1999) mukaan keskeistä on tarkastella tapahtumia ja analysoida hoitoon liittyvät ongelmat taulukon 3 mukaisesti sairaalaympäristön, organisaation ja johtamisen, työympäristön, työryhmän, yksilöllisten tekijöiden, työtehtävän sekä potilaaseen liittyvien tekijöiden näkökulmista. Koko mallin pohjana ovat ”potilaaseen liittyvät tekijät”. Kaikissa hoitotilanteissa on potilaan tilalla suurin vaikutus käytäntöön ja lopputuloksiin. Muut potilaaseen liittyvät tekijät, kuten persoonallisuus, kieli ja mahdollinen vamma ovat myös tärkeitä, koska ne voivat vaikeuttaa vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa ja siten lisätä onnettomuuden todennäköisyyttä. (A Protocol 1999.)

**Taulukko 3.** Hoitoon liittyvien ongelmien analysointiin liittyvät tekijätyypit ja myötävaikuttavat tekijät.

<b>TEKIJÄTYYPIT</b>	<b>MYÖTÄVAIKUTTAVAT TEKIJÄT</b>
Sairaalaympäristö	Sairaalan talous ja säännöt Kansallinen terveydenhuollon ohjaus Potilasvakuutusikäytäntö
Organisaatioon ja johtamiseen liittyvät tekijät	Taloudelliset varat & rajoitukset Organisaatorakenne Sovitut standardit ja päämäärät Turvallisuuskulttuuri ja prioriteetit
Työympäristöön liittyvät tekijät	Henkilökunnan määrä ja taidot Työn määrä ja työvuorojärjestelyt Välineiden suunnittelu, saatavuus ja ylläpito Hallinnon ja johdon tuki
Työtiimiin liittyvät tekijät	Suullinen vuorovaikutus Kirjallinen vuorovaikutus Ohjaus ja avunsaanti Tiimin rakenne (yhtenäisyys, pysyvyys, johtajuus)
Yksilölliset (henkilökunta) tekijät	Tiedot ja taidot Pätevyys Fyysinen ja henkinen terveys
Työhön liittyvät tekijät	Työn suunnittelu ja rakenteen selkeys Sovitun ohjeistuksen saatavuus ja käyttö Testitulosten saatavuus ja luotettavuus
Potilaaseen liittyvät tekijät	Potilaan tila (monimutkaisuus & vakavuus) Kieli ja kommunikointi Persoonallisuus ja sosiaaliset tekijät

Jokaista taulukon 3 analyysitasoa voidaan laajentaa yksityiskohtaisempaan eri myötävaikuttavien tekijöiden analysointiin. Esimerkiksi ”työtiimiin liittyvät tekijät”

sisältävät vuorovaikutuksen apulais- ja erikoislääkäreiden välillä sekä eri ammattiryhmien välillä, kirjallisen viestinnän laadun, kuten muistiinpanojen/tiedonantojen täydellisyyden ja luettavuuden, sekä ohjauksen ja tuen saatavuuden. Tämä kokonaisuus muodostaa käsitteellisen perustan tapahtumien analysointiin. Näin sallitaan kaikkien mahdollisten vaikutusten huomioonottaminen, joita voidaan käyttää ohjenuorana onnettomuuden tutkimuksessa ja analyysissä. (A Protocol 1999.) (Taulukko 3)

### **Vincentin tutkintaprosessin eteneminen**

Varsinainen tutkinta koostuu potilasasiakirjamerkintöjen selvittämisestä, hoidon asiantuntijoiden näkemyksistä sekä asianomaisten työntekijöiden haastatteluista. Keskeistä on määritellä onnettomuuteen myötävaikuttavat yleisesti toistuvat ongelmat. Lopullisessa tutkimusraportissa tehdään suositukset ja aikataulu jatkotoimenpiteille. Raportissa painotetaan hoitoprosessiin liittyviä myönteisiä asioita. (A Protocol 1999, Vincent ym. 2000b, Vincent & Taylor-Adams 2001)

Tutkimusprosessin vaiheet:

1. Tapahtumajärjestyksen selvittäminen tehdään tutustumalla potilasasiakirjoihin ja varmennetaan haastatteluissa ja mahdollisessa lisäselvittelyssä. Tutkija päättää mitä aikaperspektiiviä hän välittömässä tutkinnassa käyttää, sallien kuitenkin monimutkaisemman ja vaiheikkaan kertomuksen esilletulon.
2. Hoitoon liittyvät ongelmat nimetään ennen varsinaisia haastatteluja esiselvittelystä tehdyn yhteenvedon perusteella (Liite 1). Tämän mukaan selviää myös keitä on syytä haastatella ja missä järjestyksessä.
3. Haastattelut toteutetaan yksityisesti, levollisessa ilmapiirissä. Haastattelutyölin pitää olla työntekijää tukeva ja ymmärtävä. Haastattelun kesto on noin 20-30 minuuttia. Olisi hyvä, jos tutkijatyöpari voisi toteuttaa haastattelun. Haastattelun tulisi antaa mahdollisuus tapahtumien vapaaseen kuvaamiseen. Työntekijä kertoo omasta näkökulmastaan hoitoon liittyvät ongelmat. Sitten käydään niihin liittyvät – erityiset ja yleiset – tekijät yhdessä läpi. (Liite 2) Haastattelun loppuvaiheessa voi käyttää tarkistuslomaketta myötävaikuttavista tekijöistä (Liite 3) ja antaa haastateltavalle mahdollisuus omiin kommentteihin.

4. Tutkimusraportin valmistuminen edellyttää, että tapahtumajärjestyksestä ja hoito-ongelmiin johtaneista olosuhteista on selkeä kuva. Loppuraporttia varten kootaan yhteenveto tapahtumista aikajärjestyksen mukaisesti. Sitten nimetään hoito-ongelmat ja niihin myötävaikuttaneet tekijät kiinnittäen erityishuomio yleisiin tekijöihin. Raportissa painotetaan hoitoprosessiin liittyviä myönteisiä asioita. Lopuksi tehdään suositukset ja aikataulu jatkotoimenpiteille jokaisen muutosta edellyttävän yleisen myötävaikuttavan tekijän osalta.
5. Seurataan ja arvioidaan jatkotoimenpiteiden toteutumista. (A Protocol 1999.)

Vincentin tutkintamalliin (A Protocol 1999) liittyy tutkijan avuksi tarkoitettu laajennettu kooste myötävaikuttavien tekijöiden osatekijöistä. Lisäksi protokollaan sisältyy kolme kaavaketta, jotka on tarkoitettu tutkinnan avuksi ja esimerkit kolmesta onnettomuustutkinnasta.

Vuonna 2004 sama tutkijaryhmä julkaisi alkuperäisen Vincentin tutkintamallin (A Protocol 1999) uudistetun ja päivitetyn version (The London Protocol 2004). Uudistettua tutkintamallia (The London Protocol 2004) voidaan soveltaa kaikilla terveydenhuollon aloilla, kuten akuuttihoiossa, psykiatriassa, sairaskuljetuksessa ja perusterveydenhuollossa. Toimintamallin ensimmäinen versio, Vincentin tutkintamalli (A Protocol 1999) oli suunnattu pääasiassa akuutisairaanhoidon. The London Protocol (2004) painottaa aiempaa enemmän suosituksia ja toimia, joiden avulla prosessi voidaan viedä päätökseen. Tutkintaa on yksinkertaistettu ja varsinaisen toimintamallin rakennetta ja kieltä on selkiytetty.

## **4. TERVEYTTÄ EDISTÄVÄN SAIRAALAN VIITEKEHYS**

### **4.1 WHO:n kansainvälinen verkosto ja sen päämäärät**

Ensimmäisessä kansainvälisessä terveyden edistämisen konferenssissa vuonna 1986 annettu nk. Ottawan asiakirja (Ottawa Charter for Health Promotion 1986, Kalimo & Vertio 1987) sai WHO:n kahta vuotta myöhemmin käynnistämään keskustelun sairaaloiden mahdollisuuksista kehittää toimintatapojaan terveyttä

edistäviksi. Health Promoting Hospitals (HPH) – verkosto perustettiin vuonna 1991 (Pelikan ym. 1998, 20) ja toiminnan ydinasiat kirjattiin nk. Budapestin julistukseen (The Budapest Declaration 1991). WHO:n näkemyksen mukaan sairaalan tulee ottaa uudenlainen, vahvempi rooli alueensa terveysresurssina ja vaikuttajana (Milz & Vang 1989). Terveyttä edistävän sairaalan tulee eri tavoin pyrkiä lisäämään potilaiden, henkilökunnan ja alueensa väestön terveyttä sekä kehittyä terveyttä edistäväksi organisaatioksi maksimaalisen terveyshyödyn tavoittamiseksi (Lobnig ym. 1999, 15).

Ensimmäinen vuonna 1989 käynnistynyt terveyttä edistävä sairaala -projekti laajeni ”The European Pilot Hospital” - projektiksi (Pelikan ym. 1988, Nowak ym. 1998). Hoidon haittoja sivuavat kysymykset tulivat esille mm. kreikkalaisen sairaalan projekteissa, jotka käsittelivät sairaalainfektioiden ehkäisyä, hygieniaa, turvallisuutta sairaalassa ja potilastyytyväisyyttä (Arkadopoulos ym. 1998). Ruotsissa keskityttiin mm. analysoimaan sairaalassa tapahtuneita onnettomuuksia, luotiin niille seurantakäytäntö sekä perustettiin sairaalaan kriisikeskus potilaita, omaisia ja henkilökuntaa varten (Kristenson ym. 1998). Laajan pilottiprojektin (Pelikan ym. 1988, Nowak ym. 1998) seurauksena hyväksyttiin vuonna 1997 suositukset terveyttä edistäville sairaaloille. Suositukset asettavat sairaalalle konkreettisia sisällöllisiä tavoitteita mm. paranemisprosessin helpottaminen pyrkien samalla lisäämään potilaan voimaantumista. (The Vienna Recommendations 1997.)

Tieto jäsensairaaloiden terveyttä edistävän toiminnan laadusta on puutteellista (Groene & Jorgensen 2005). Terveyden edistämisen arviointiin kehitetyt standardit parantavat toivottavasti jatkossa tilannetta (Groene ym. 2005). Uusia standardeja voidaan käyttää osana sairaalan laatujohtamista - ja kehittämistyötä. Standardeissa kiinnitetään huomiota mm. hoitoketjun toimivuuteen ja henkilökunnan kouluttamiseen. (Fugleholm ym. 2005, 72.) Terveyttä edistävä sairaala on kansainvälisessä tarkastelussa arvioitu varsin näkymättömäksi. Erityisesti terveyden edistämisen toimintojen arvioinnista on vähän kansainvälisiä artikkeleita. (Whitehead 2004.) Terveyttä edistävä toiminta näyttääkin keskittyneen yksittäisten sairaaloiden erityyppiseksi toiminnaksi, josta julkaistut artikkelit ovat kunkin maan omalla kielellä ja siten vaikeasti arvioitavissa (Groene 2005). Verkoston kansainväliset kongressit toimivat onneksi hyvänä tiedonvälityskanavana ja esimerkiksi hoidon haittojen

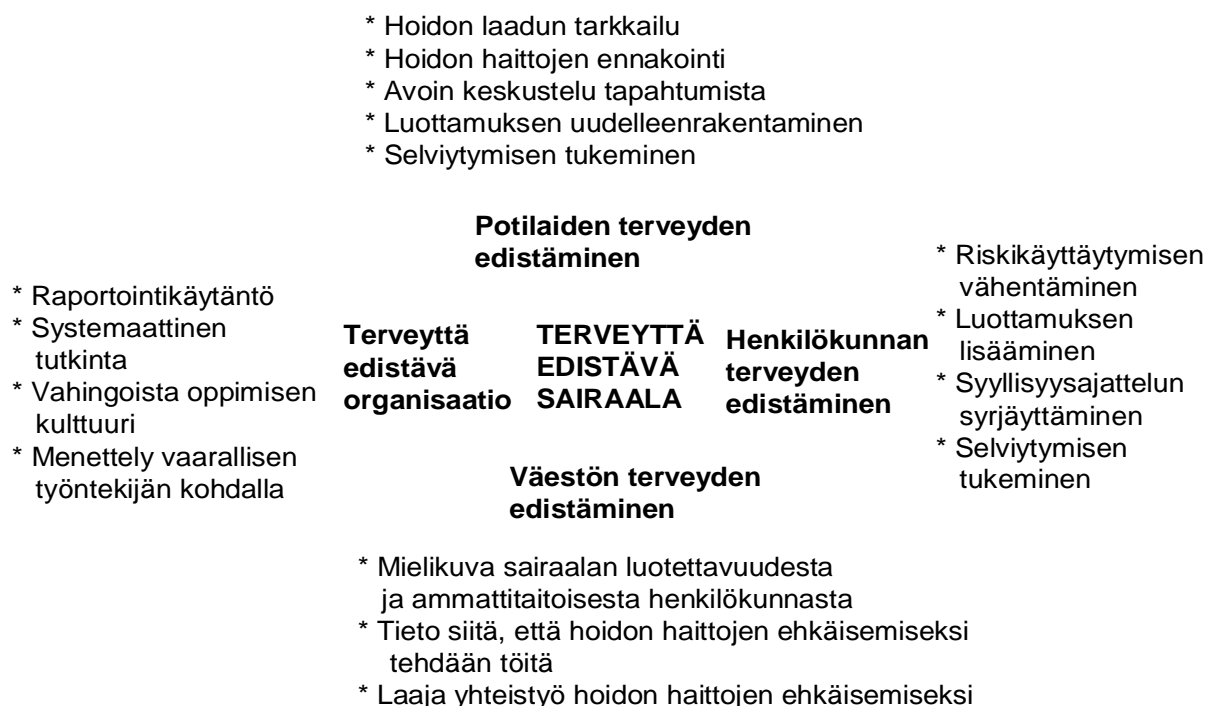
ehkäisyyn liittyviä hankkeita on esitelty niissä usein (Bevilacqua ym. 2001, Connolly 2002, Basilini ym. 2003, Briganti ym.2003, Chiarenza ym.2003, Hallman-Keiskoski 2003, Novaco & Damen 2003, Cinotti ym. 2004, Grassi ym. 2004, Hallman-Keiskoski 2004, Hallman-Keiskoski 2005, Simonelli ym. 2005).

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, joka on yksi Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n perustajajäsenistä, on laatinut oman ”Terveyttä edistävä sairaala” – ohjelman vuosille 2001-2006. Ohjelman eräänä tavoitteena on kehittää toimintatapoja hoidon haittojen ehkäisemiseksi. (Terveyttä edistävä sairaala – ohjelma 2001, Hallman-Keiskoski 2002, 97-98, Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry 2005.) Vuonna 2003 tehdyn väliarvioinnin seurauksena ohjelma pyritään jatkossa laajentamaan maakunnalliseksi (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005). Yksittäiset terveysprojektit pitäisikin nivoa laajempaan terveyden edistämisen ohjelmaan pyrkien vaikuttamaan koko alueen väestön terveyteen (Whitehead 2004). Johnson ja Baum (2001) ovat esittäneet saman päätelmän arvioidessaan terveyttä edistävän sairaalaorganisaation kehittämisen edellytyksiä. Väestön terveyden edistämishjelmien arvioinnissa on kritisoitu erityisesti perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja tutkijoiden puutteellista yhteistyötä (Hilgerson & Prohaska 2003). Potilasturvallisuuden edistäminen tarjoaa jatkossa yhteistoiminnan lisääntymiselle hyvät mahdollisuudet.

#### **4.2 Hoidon haitat terveyttä edistävän sairaalan viitekehyksessä**

Terveyttä edistävä sairaala luo potilaille parantavan ympäristön, eikä sairaalaympäristö saisi vahingoittaa ketään. Sairaalalla pitäisi olla korkeatasoinen onnettomuuksien ehkäisyn strategia. (Hancock 1999.) Terveyttä edistävä sairaalan ajattelumallin soveltaminen voi parhaimmillaan tuoda uuden, laaja-alaisen näkökulman myös hoidon haittojen kokonaisuuden ymmärtämiseen ja siten osaltaan auttaa vahingontorjuntatyössä. Hoidon haittoihin liittyvää kirjallisuutta (vrt. Secker-Walker & Taylor-Adams 2001, Studdert & Brennan 2001, Vincent & Coulter 2002, Runciman ym. 2003, Sage 2003) on paljon ja sitä voidaan soveltaa myös terveyttä edistävän sairaalan viitekehukseen (Kuvio 4).

Terveyttä edistävässä organisaatiossa pitäisi hoidon mahdolliset haitat tai ”läheltä piti” -tilanteet raportoida työyhteisössä (O’Leary 2000, Walshe 2001, Davies & Aitkenhead 2001, Neale 2001, Secker-Walker & Taylor-Adams 2001). Haittojen esiintulo edellyttää systemaattista tutkintaa ja liittyy oleellisesti vahingosta oppimisen kulttuuriin (Goosbee & Lin 2001, Pronovost ym 2001, Rogers 2001, Secker-Walker & Taylor-Adams 2001, Pylkkänen 2003). Vallitsevia käytäntöjä muutetaan joustavasti ja tavoitteena on ehkäistä tutkinnassa esille tulleita vaaraa aiheuttavia tilanteita (Secker-Walker & Taylor-Adams 2001, Cohen ym. 2003, Runciman ym. 2003). Niitä harvoja tilanteita varten, joissa yksittäinen työntekijä aiheuttaa suoranaista vaaraa potilaille, pitäisi olla sovittu toimintakäytäntö (Beard ym. 2001, Studdert & Brennan 2001, Runciman ym. 2003). (Kuvio 4)



**Kuvio 4.** Hoidon haittojen ehkäisy terveyttä edistävän sairaalan viitekehityksessä.

Potilaiden terveyden edistämisessä turvallisuus on ensimmäisenä ja tärkeimpänä hoidon laadun varmistamisessa (Ivarsson 2000, Smallwood 2000, Barach & Moss 2001). Johdon aito sitoutuminen vahingontorjuntatyöhön on oleellista (Arnetz 1998d, 124-5, Leape & Berwick 2000, Reinertsen 2000, Cohen ym. 2003). Tutkimustyö on

keskeistä laadun kehittämisessä (Ibrahim & Majoor 2000, Goldacre ym 2002). Hoidon haittoja voidaan ennakoida mm. kouluttamalla henkilökuntaa (Gaba 2000, Helmreich 2000, Leape & Berwick 2000, Smallwood 2000, Moss & Paice 2001, Barach & Berwick 2003, McElhinney & Heffernan 2003), panostamalla ryhmätyöhön (Fritz-Cozens 2001, Weick 2002), yhtenäistämällä potilasohjeita (van Amerongen 2002) ja turvaamalla hoidon jatkuvuus (Cook ym. 2000). Myös hoitoympäristön suunnittelulla voidaan ehkäistä vahinkoja (Wolf 2003). (Kuvio 4)

Jos potilaalle aiheutuu hoidosta odottamattomia seurauksia, on tärkeää avoimesti keskustella niistä (Arnetz 1988c, 60-61, Allsop & Mulcahy 2001, Drife 2001, Sage 2003). Mm. anteeksipyyntö rakentaa potilaan luottamusta uudelleen sen horjuttua (Vuoria 2000, Tervo & Hallman-Keiskoski 2000, Beard ym. 2001, Tervo 2001, Runciman ym. 2003). Selviytymisen tukeminen eri tavoin osaltaan edistää potilaan terveyttä (Vincent 1994, Jorulf 1998, Pichert & Hickson 2001, Vincent 2001, Vincent & Coulter 2002). (Kuvio 4)

Työntekijän riskikäyttäytymiseen altistavat stressi, väsymystila, burnout ja haitallinen alkoholinkäyttö (Arnetz 1998a, 17, Arnetz 1998b, 44, Aiken ym.2001, Driscoll ym. 2001, Campbell & Cornett 2002). Muuttamalla työn kuormitukseen liittyviä tekijöitä kuten vuorotyö ja päivystys, voidaan parantaa henkilökunnan terveyttä ja siten ehkäistä vahinkotilanteita (Espinosa & Nolan 2000, Leape & Berwick 2000, Smith 2001, Williams 2001, Runciman ym. 2003). Terveyttä lisää myös varhainen puuttuminen työntekijän päihdeongelmiin. (Kuvio 4)

Työntekijän pitäisi voida luottaa siihen, että mahdolliset vahinkotilanteet käsitellään työyhteisössä asiallisesti (Barach & Small 2000, Cohen 2000, Wise 2001, Jones 2002). Oleellista on siirtyä syyllistämisen kulttuurista kohti avoimuutta (Barach & Small 2000, Wise 2001, Cohen ym. 2003, Runciman ym. 2003). Vahinkotilanteeseen joutuneille työntekijöille pitäisi tarjota erilaista tukea tilanteesta selviytymiseen (Schöldström 1998, Wu 2000, Allsop & Mulcahy 2001, Hewett 2001, 104-105). (Kuvio 4)

Toistaiseksi on vain harvoja tutkimuksia hoidon haittojen ja väestön välisestä yhteydestä. Rohkein ja mielenkiintoisin on massachusettsilaisen sairaalan vuonna



1999 käynnistynyt laaja selvitystyö, jossa tutkittiin retrospektiivisesti vuosina 1995 - 97 sairaalassa otetut eturauhasnäytteet. Tutkimus herätti julkista mielenkiintoa, koska vääriä tulkintoja löytyi useita. Lehdistön kirjoittelu sai kansalaiset hämmennyksiin, joten sairaala päätti avoimesti lähestyä asukkaita lähettämällä heille kotiin sairaalan oman tiedotteen asiasta. Väestö antoi tiedotuskampanjan jälkeen kaiken luottamuksen ja tukensa sairaalalle ja sen lääkäreille! (Pietro ym. 2000.) Mielikuva sairaalan luotettavuudesta (Pietro ym. 2000, Aiken ym. 2001, Beard ym. 2001, Vincent & Coulter 2002, Sage 2003,) ja tieto siitä, että hoidon haittojen ehkäisemiseksi ponnistellaan (Leape & Berwick 2000, Pietro ym. 2000, Vincent & Coulter 2002, Sage 2003,) ovat parhaimmillaan pohjana laajalle yhteistyölle potilasturvallisuustyössä (Cook ym.1998, Wise 2001, Vincent & Coulter 2002, Wolf 2003, Sage 2003).

Yhteenvedona tästä tarkastelusta voin todeta, että tehdyn kirjallisuusanalyysin mukaan hoidon haittojen ehkäisyyn keskitytään pääsääntöisesti organisaation näkökulmasta. En löytänyt yhtään tutkimusasetelmaa, jossa ongelmaa olisi lähestytty kaikkien kolmen - potilaan, henkilökunnan ja organisaation - näkökulmasta. Myös empiiriset tutkimukset hoidon haittojen ehkäisystä väestön näkökulmasta olivat harvassa (Pietro ym. 2000). Tämä on ymmärrettävää, koska sairaalan potilasturvallisuustyön täytyy olla hyvin edistyksellistä ennen kuin sen voi altistaa väestön julkiseen tarkasteluun. Potilasturvallisuustyö kannattaakin ilmeisesti aloittaa yhtäaikaaisesti kehittämällä organisaatiota sekä huomioimalla vahinkotilanteisiin liittyen potilaita, omaisia ja henkilökuntaa.

## **5. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS**

### **5.1 Tutkimustehtävä ja - ongelmat**

Tutkimustehtävänä on tutkia ja kehittää terveyttä edistävään sairaalaan soveltuvaa mallia hoidon haittojen selvittämiseksi ja ehkäisemiseksi. Erityisesti kohteena on selvittää potilaan ja omaisen mukaan ottamista hoidon haittojen selvittelyprosessiin yhteistyössä tapahtumiin liittyvien eri hoitoyksiköiden henkilökunnan kanssa.

Tutkimuksessa sovelletaan ja arvioidaan James Reasonin systeemiteoreettisen mallin pohjalta terveydenhuoltoon kehitetyn nk. Vincentin tutkintamallin (Protocol 1999) soveltumista esille tulleiden ei-toivottujen hoitoon liittyvien tapahtumien ja potilaan kokemien hoitohaittojen tutkintaan.

Tutkimustehtävien selvittämiseen liittyvät kysymykset:

1. Selvittää, millaisia asioita potilaat kuvaavat hoitoonsa liittyvinä haittoina.
2. Arvioida Vincentin tutkintamallin (Protocol 1999) soveltamista, kun tutkinnassa huomioidaan potilaan kokemat hoitohaitat.
3. Selvittää, millaisia kokemuksia saadaan hoitohaittoihin liittyvästä yhteiskeskustelusta, jossa potilas ja hänen läheisensä ovat yhdessä terveydenhuollon työntekijöiden kanssa.

Tutkimuskysymyksiin vastaamalla pyritään lisäämään ymmärrystä ja tieteellistä tietoa hoidon haittojen ehkäisyyn ja selvittelyyn mahdollisuuksista terveyttä edistävän sairaalan kontekstissa.

## **5.2 Tutkimusprosessi ja aineiston muodostuminen**

Tutkimusprosessi ja aineiston keruu etenivät taulukon 4 mukaisesti. Vuosina 1999-2002 valmistauduin tutkimuksen käynnistämiseen tutustumalla aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Käänsin suomeksi Vincentin tutkintamallin (A Protocol 1999) perehtyäkseni samalla sen sisältöön. Kielentarkastaja tarkisti käännökseni. Tutkimuslupien saamisen jälkeen nimettiin tutkimuksen johtoryhmä. Henkilökunnan motivointi ja valmistaminen tutkimukseen toteutettiin suunnitelmallisten koulutusten avulla. Esitutkimus toteutettiin vuosina 2002-2003. (Taulukko 4) Runsaan vuoden aikana henkilökunnan kautta tuli esille 11 esitutkimukseen soveltuvaan tapausta, joista osa karsiutui tutkimukseen sopimattomina.

Yhteiskeskustelun toimivuutta testattiin syksyllä 2002 käyttäen kahta tilanteeseen valmennettua draamakoulutuksen saanutta maallikkoa potilaan ja omaisen roolissa. Harjoituskeskusteluun osallistuivat lisäksi todellisen potilaan hoitoon osallistunut

hoitaja, sekä asiantuntijalääkäri, päivystyksen ylilääkäri ja tutkija. Yhteiskeskustelun osallistujilla testattiin potilaille (Liite 4), omaisille (Liite 5) ja työntekijöille (Liite 6) suunnitellut haastattelurungot, joihin tehtiin tarvittavat korjaukset.

Tutkimuksen johtoryhmä päätti syksyllä 2003 muuttaa aineiston keruuta lähestymällä suoraan potilaita. Syksyllä 2003 toteutettiin samansisältöinen koulutussarja (N=3) päivystyksen henkilökunnalle nimikkeellä: ”Laatutyö hoidon haittojen ehkäisyssä”. Tarkoituksena oli valmentaa henkilökuntaa aineiston keruuseen potilaiden avustuksella. Koulutuksiin osallistunut henkilökunta sai samalla mahdollisuuden vaikuttaa potilastiedotteen sanamuotoihin. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta hyväksyi joulukuussa 2003 rekrytoititavan muutoksen ja asiaan liittyvän potilastiedotteen (Liite 7) sekä muut uudistetut tiedotteet (Liitteet 8-11). (Taulukko 4) Liitteistä 7-11 on tarkka tutkimusajankohta ja yhteystiedot yliviiattu.

**Taulukko 4.** Tutkimuksen toteuttaminen vuosina 1999 – 2005.

v.1999 - 2002	v.2002 - 2003	v. 2004	v. 2005
Tutkimustyön suunnittelu	Osastotunnit ja – kokoukset päivystyksessä (N=6)	Potilastiedote erikoissairaanhoidon päivystyksessä 2 kuukauden ajan (N=2162)	Tulosten raportointi
Kirjallisuuteen tutustuminen	Puheenvuoro päivystyksen kehittämisspäivillä	Yhteydenotot (N=16), joista 3 tapausta valitaan tutkimukseen	
Tutkimusluvut - Jyväskylän yliopisto - Sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta	Esitutkimuksen toteuttaminen  Muutos aineiston keruuseen  Koulutussarja (N=3) päivystyksessä liittyen aineiston keruuseen	Pilottitutkimuksen toteuttaminen  Aineiston läpikäynti  Koulutussarja (N=3) tutkimukseen liittyneissä työyksiköissä	

Varsinainen tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2004 siten, että Keski-Suomen keskussairaalan erikoissairaanhoidon päivystykseen saapuvat potilaat (N=2162)

saivat kahden kuukauden ajan ilmoittautumisen yhteydessä tiedotteen tutkimuksesta (Liite 7) (Taulukko 4). Potilaita kehoitettiin ystävällisesti ottamaan yhteyttä tutkijaan, ”Mikäli hoitoonne päivystyspoliklinikalla liittyy vähemmän toivottuja seikkoja (esim. hoitoon pääsyn vaikeudet, epäselvyydet tutkimuksissa tai hoidossa, odotusaika), jotka haluaisitte selvittää.” Tutkijaan otettiin yhteyttä 16 potilaan asioissa ja tutkija kirjasi asiat laatimalleen lomakkeelle (Liite 12). Kaikki yhteydenotot ja niihin liittyneet toimenpiteet on kuvattu liitteessä 13. Tutkijan yhteydenotto selvityksien ja potilaskertomuksien perusteella johtoryhmän muut jäsenet valitsivat kolme potilastapausta varsinaiseen tutkimukseen. Kyseessä oli Silvermanin (2005, 129) kuvaama harkinnanvarainen otanta, jossa valintakriteereinä olivat potilaan hoitohaittojen lisäksi, hänen arvioitu motivaationsa ja edellytykset läpikäydä tutkimuksen vaiheet.

Pilottitutkimuksen tutkimusasetelmaan kuului jokaisen potilastapausten kohdalla seuraavat vaiheet:

### 1. Potilaan ja omaisen kertomus

Potilas ja omainen kertovat tutkijalle käsityksensä ja kokemuksensa tapahtumista. Kertomukset tallennetaan heidän suostumuksellaan ääninauhalle. Kertomuksen kautta löytyvät potilaan kokemat hoitohaitat otetaan mukaan tutkintaprosessiin.

### 2. Tapahtumien tutkinta

Ei-toivotut hoitoon liittyvät tapahtumat ja potilaan kokemat hoitohaitat Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja muissa potilaan hoitoketjuun liittyvissä yksiköissä (esim. terveyskeskus, sairaalan röntgen, vuodeosasto) tutkitaan Vincentin tutkintamallia (A Protocol 1999) käyttäen.

### 3. Yhteiskeskustelu

Tapahtumien tutkinnan jälkeen järjestetään yhteiskeskustelu kaikille asianomaisille (potilas, omainen, asiaan liittyvät työntekijät/asiantuntijat, päivystysyksikön ylilääkäri ja tutkija). Yhteiskeskustelu tallennetaan osallistujien suostumuksella ääninauhalle.

#### 4. Loppuhaastattelut

Yhteiskeskusteluun osallistuneet haastatellaan keskustelun jälkeen. Haastattelut tallennetaan haastateltavan suostumuksella ääninauhalle.

Pilottitutkimuksen aineistoon sisältyy taulukon 5 mukaisesti 3 potilaan kertomus heidän hoitoonsa liittyvistä tapahtumista. Yksi potilaista täydensi kertomustaan tapahtumien kirjallisella kuvauksella. Kaikki potilaat halusivat kertoa tutkijalle kokemuksensa kotonaan. Haastattelut kestivät 40 - 60 minuuttia. Lisäksi aineistoon liittyy 3 omaisen tapahtumakuvausta, joista kaksi kertomusta toteutui yhdessä potilaan kanssa. (Taulukko 5) Tätä järjestelyä toteutettiin, koska se sopi potilaalle ja omaiselle parhaiten. Tutkija toteutti kaikki haastattelut ilman työparia. Potilaan kertomuksissa ilmenneet tapahtumat koskivat keskussairaalan päivystyksen lisäksi kolmea muuta työyksikköä, joista kaksi oli sairaalan ulkopuolisia.

Vincentin tutkintamallin (A Protocol 1999) mukaan tehdyssä tutkinnassa tutkija haastatteli yhteensä 11 asiantuntijaa ja 8 tapahtumiin osallista työntekijää. (Taulukko 5) Kaikkia haastatteluja ei tutkintaviiveen sekä hoitoon liittyvien eri työyksiköiden vuoksi voitu toteuttaa täysin tutkintamallin mukaisena. Tutkija pyysi työntekijää kertomaan miten hän muisti tapahtumien kulun. Työntekijällä oli potilaspaperit käytettävissään. Sen jälkeen keskityttiin erityisesti hoitoon liittyviin ongelmiin ja läpikäytiin mahdolliset yleiset ja erityiset myötävaikuttavat tekijät. Työntekijät esittivät omat toimenpide-ehdotuksensa. Asiantuntijat arvioivat hoitoon liittyviä ongelmia ja tekivät tilanteen korjaamiseksi omat toimenpide-ehdotuksensa.

Niillä haastatelluilla, jotka osallistuivat yhteiskeskusteluun, oli mahdollisuus korjata tutkijan haastattelusta kirjaama tutkintahaastattelun lomake (Liite 15), jota käytettiin tutkintaraportin pohjana. Tutkija kävi tutkintaprosessin aikana useita keskusteluja päivystyksen ylilääkärin kanssa potilasasiakirjamerkintöihin ja tapahtumaraporttien asiasisällön oikeellisuuteen liittyvänä. Näillä toimenpiteillä pyrittiin ehkäisemään mahdolliset virheellisyydet tai väärinymmärrykset tutkinnassa.

**Taulukko 5** Tutkimusaineiston muodostuminen ja analyysimenetelmät

<b>Aineiston muodostuminen tapauskohtaisesti</b>	<b>Yhteensä (N)</b>	<b>Analyysimenetelmät</b>
<b>Tapaus 1.</b>		
Potilaan kertomus		
Ääninauha	1	Sisällönanalyysi
Kirjallinen kuvaus	1	Sisällönanalyysi
Omaisien kertomus		
Ääninauha	1	Sisällönanalyysi
Tutkinta		
- potilasasiakirjat	1	
- työntekijöiden haastattelut	5	
- asiantuntijoiden haastattelut	2	
-> Tutkintaraportti	1	Sisällönanalyysi
Yhteiskeskustelu, jossa osallisina:		
- potilas	1	
- omainen	1	
- työntekijät	4	
- asiantuntijat	1	
- tutkija	1	
Ääninauha keskustelusta	1	Sisällön erittely Sisällönanalyysi
Teemahaastattelut:		
- potilas ja omainen	1	
- työntekijät	4	
- asiantuntijat	1	
Ääninauhat haastatteluista	6	Sisällönanalyysi
<b>Tapaus 2</b>		
Potilaan ja omaisen kertomus		
Ääninauha	1	Sisällönanalyysi
Tutkinta		
- potilasasiakirjat	1	
- työntekijöiden haastattelut	1	
- asiantuntijoiden haastattelut	5	
-> Tutkintaraportti	1	Sisällönanalyysi
Yhteiskeskustelu, jossa osallisina:		
- potilas	1	
- omainen	1	
- työntekijät	1	
- asiantuntijat	4	
- tutkija	1	
Ääninauha keskustelusta	1	Sisällön erittely Sisällönanalyysi
Teemahaastattelut:		
- potilas ja omainen yhdessä	1	
- työntekijät	1	
- asiantuntijat	4	
Ääninauhat haastatteluista	6	Sisällönanalyysi
<b>Tapaus 3</b>		
Potilaan ja omaisen kertomus		
Ääninauha	1	Sisällönanalyysi
Tutkinta		
- potilasasiakirjat	1	
- työntekijöiden haastattelut	2	
- asiantuntijoiden haastattelut	4	
-> Tutkintaraportti	1	Sisällönanalyysi
Yhteiskeskustelu, jossa osallisina:		
- potilas	1	
- omainen	1	
- työntekijät	1	
- asiantuntijat	3	
- tutkija	1	
Ääninauha keskustelusta	1	Sisällön erittely Sisällönanalyysi
Teemahaastattelut:		
- potilas ja omainen yhdessä	1	
- työntekijät	1	
- asiantuntijat	3	
Ääninauhat haastatteluista	5	Sisällönanalyysi

Yhteiskeskustelut toteutettiin keskussairaalan tiloissa. Kahdessa keskustelussa oli mahdollista tutustua potilaan hoitoon liittyviin röntgenkuviin. Yhteiskeskusteluihin osallistui potilaan ja omaisen lisäksi 8 asiantuntijaa ja 6 potilaan hoitoon liittyntä työntekijää, joiden osallistuminen keskusteluun nähtiin tapahtumien käsittelyn kannalta tarpeellisena (Taulukko 5). Yksi potilaan hoitoon osallistunut työntekijä ei halunnut tulla yhteiskeskusteluun. Yhteiskeskustelujen ajankohta pyrittiin järjestämään kaikille kutsuille sopivaksi, mutta yksi potilaan hoitoon osallistunut työntekijä ei päässyt osallistumaan ilmeisesti työkiireittensä vuoksi. Päivystyksen ylilääkäri johti keskustelua päivystyshoidon asiantuntijana. Tutkija osallistui kaikkiin keskusteluihin.

Loppuhaastattelut toteutettiin yhteishaastatteluina potilaalle ja omaiselle (Liitteet 4-5) heti yhteiskeskustelun jälkeen. Potilaan (Liite 4) osalta haastattelukysymyksiin on lisätty jatkohoidon järjestelyihin liittyvä kysymys 6, muutoin kysymysten asiasisältö vastasi omaisen haastattelua. Asiantuntijat ja työntekijät (N = 14) haastateltiin (Liite 6) myöhemmin sovittuna ajankohtana. Loppuhaastattelut kestivät 15-50 minuuttia. Koko tutkimusprosessin loppuhaastattelu tehtiin vapaamuotoisesti päivystyksen ylilääkärille runsaan vuoden kuluttua varsinaisesta aineiston keruusta. Samalla hän arvioi tutkinnan perusteella ehdotettujen systeemimuutosten toteutumista.

### **5.3 Menetelmälliset valinnat ja aineiston analyysi**

Tieteenfilosofisena lähtökohtana tässä tutkimuksessa käytetään nk. aristotelista traditiota, jonka avulla pyritään selittämään tai ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Lähtökohtana on hermeneuttinen tarkastelu, joka näin mahdollistaa potilasturvallisuuteen liittyen kaikkien asianomaisten äänen kuulemisen. (vrt. von Wright 1971, 1-9.) Kausaalisia johtopäätöksiä ei tällä tutkimusotteella ole tarkoitus tehdä.

Tämä tutkimus on laadullinen tapaus- eli casetutkimus, jossa on toimintatutkimuksen piirteitä. Tutkimuskysymysten selvittämiseksi tapaus tutkimus tuntui parhaiten sopivalta tutkimusmenetelmältä. Toiminta- ja tapaus tutkimuksen yhdistämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä on hyviä kokemuksia (Hart & Bond

1995, 81-122). Tapaustutkimuksessa yksittäisestä tapauksesta kerätään monipuolisesti ja systemaattisesti niin syvää tietoa kuin mahdollista. (vrt. Patton 1990; Stake 1994) Tähän antoi pilottitutkimuksen tutkimusasetelma hyvät mahdollisuudet. Toimintatutkimus saa alkunsa käytännöstä ja se toteutetaan lähellä käytäntöä (Heikkinen & Jyrkämä 1999) kuten tässä tutkimuksessa, päivystysyksikössä ja siihen liittyvissä muissa terveydenhuollon toimipisteissä. Toimintatutkimuksessa pyritään ymmärtämään ja refleктоimaan käytäntöjä entistä syvällisemmin ja vaikuttamaan niin, että toimintaa muutettaisiin tai yksikkö oppisi saaduista kokemuksista (Syrjälä ym. 1994), kuten tässä tutkimuksessa hoitohaittojen ehkäisyn näkökulmasta.

Litteroin huolellisesti potilaan ja omaisen kertomuksista, yhteiskeskusteluista ja teemahaastatteluista tallennetut ääninauhat. Tarkistin ja korjasin kaikki kirjoitetut tekstit vertaamalla ääninauhoja ja tekstiä toisiinsa. Tutkimusaineistoon kuuluu potilaiden ja omaisten kertomukset hoidon eri vaiheisiin liittyvistä kokemuksista. Potilaan ja omaisen kertomukset olivat narratiivista kuvausta hoitoon liittyvistä tapahtumista. Käytin kertomusten analyysimenetelmänä Hsien ja Shannonin (2005) kuvaamaa tavanomaista laadullista sisällönanalyysiä. Induktiivista päättelyä käyttäen siirryin konkreettisesta kertomuksesta sen käsitteelliseen kuvaamiseen. Analyysiyksiköksi valitsin kertojan ajatuskokonaisuuden, joka muodostui yhdestä tai useammasta virkkeestä. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24-25.) Tutkimuspotilaiden kertomuksissa kuvattujen erilaisten kokemusten pohjalta muodostui neljä hoitohaittakategoriaa (Kuvio 5).

Strukturoitu tutkintaprotokolla jäseni sairauskertomuksen tiedon, jota täydensin hoitavan henkilökunnan tutkintahaastatteluilla. (Liite 15) Analysoin tutkintaan liittyvät ajalliset viiveet. Tutkintaraportit sisälsivät itsessään potilasasiakirjojen ja hoitoon osallistuneiden työntekijöiden sekä hoidon asiantuntijoiden kertomusten perusteella kootut tapahtumayhteenvedot. Analysoin tutkintaraportit suositeltavien toimenpiteiden osalta toteutumisen seurannan yhteydessä. (Taulukko 9) Henkilökunnan näkemyksiä tutkinnasta analysoin teemahaastattelukysymysten 4-6 ja 8 (Liite 6) osalta lukemalla vastaukset ja kuvaamalla niissä esiintyneet pääajatuksset luvussa 6.2.3. Lopuksi vertailin Vincentin tutkintamallin (A Protocol 1999), tässä



tutkimuksessa käytetyn Keski-Suomen tutkintasovelluksen ja The London Protocollan (2004) välisiä eroja ja yhtenevyyksiä. (Taulukko 10)

Yhteiskeskustelujen osalta käytin sisällön erittelyä keskustelun ajankäytön kuvaamisessa. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysiä, jossa käytetään kvantitatiivisia kuvailuja (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 106-107). Yhteiskeskusteluja kuvasin pelkistämällä niiden keskusteluteemat sisällönanalyysia käyttäen. Jätin tarkoituksellisesti keskusteluteemat luokittelematta yläkategorioihin niin, että lukijalle jäisi parempi kuva keskustelun kulusta. Tarkoituksella jätin myös keskustelujen syvemmän tutkimisen pois, koska se ei kuulunut tutkimuskysymyksiini.

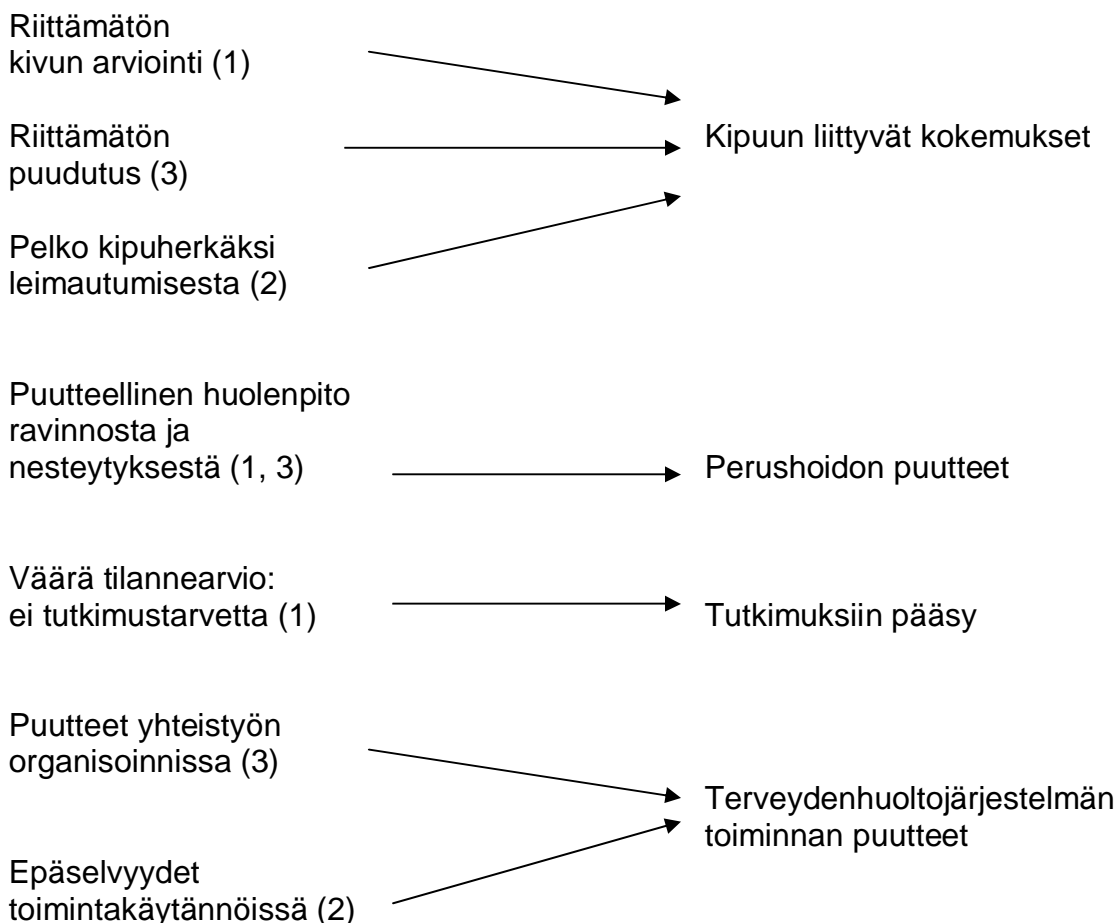
Keräsin potilaiden, omaisten ja henkilökunnan kokemuksia lopuksi teemahaastattelun avulla (Liitteet 4-6). Tässä tutkimuksessa analysoidut teemahaastattelukysymykset on merkitty liitteisiin 4-6 lihavoituna. Teemahaastattelu puolistrukturoituna haastattelumenetelmänä soveltui hyvin tutkimukseen osallistuneiden kokemusten keräämisen menetelmäksi. Teemahaastattelu eteni tutkimuskysymyksiin liittyvien teemojen mukaisesti ja toi siten tutkittavien äänen kuuluviin erilaisten tulkintojen ja merkitysten avulla mahdollistaen aiheen syvällisen käsittelyn. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48) Teemahaastattelun tulosten kuvauksessa käytin aineiston abstrahoinnissa luokittelua sekä tutkittavien autenttista kertomusta.

## **6. TULOKSET**

### **6.1 Hoidon ei-toivotut seuraukset potilaiden kuvaamana**

Tutkimusaineistoksi valikoituneet potilastapaukset 1,2 ja 3 tulivat kaikki tapaturman vuoksi päivystykseen käytyään ensin terveyskeskuksessa. Potilastapaukset on kuvattu epikriisitietojen perusteella liitteessä 14. Potilaiden kertomuksiin sisältyi hoitohaittoja paranemisen eri vaiheissa, ei pelkästään päivystysyksikön toimintaa koskevana. Kertomuksissa esille tulleet asiat on yhdistelyn jälkeen luokiteltu

seuraaviin pääluokkiin: kipuun liittyvä, perushoidon puutteet, tutkimuksiin pääsy ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan puutteet (Kuvio 5). Seuraavassa tämä luokittelu muodostaa tulosten kuvaamisen kehikon.



**Kuvio 5.** Potilaiden esiin nostamat hoitohaitat ja niiden muodostuminen (Potilastapaukset sulkeissa)

### 6.1.1 Kipuun liittyvät kokemukset

Kaikkien tapaturmapotilaiden kertomuksissa olivat erilaiset kipuun liittyvät kokemukset keskeisinä, tosin potilastapaus 3 osalta vasta uudelleenreposition yhteydessä. (Taulukko 6) Vaikka rannemurtumapotilaiden kivun sietokyky oli erilainen, toteutettiin puudutus reposition yhteydessä molemmille potilaille samanlaisena. Potilaat kuvaavat tuntemuksiaan seuraavasti:

”...et se puuduttaminenkin sattui niin paljon, et mul oli vedet silmissä ihan koko ajan ja just se, et must tuntu koko ajan, et mä en niinku, siis mä olisin kyllä tarvinnut niin paljon enemmän särkylääkkeitä, et...” (Potilastapaus 2)

”...sitten kun se vedettiin uudelleen, niin siihen laitettiin kolme piikkiä tuohon ranteeseen...sitä odoteltiin jonkun aikaa, et se puudutus ois niinku auttanut siihen, mut eihän se nyt tietenkään siihen auttanut. Kipuhan oli ihan hirvee kyllä ja minulla on suhteellisen korkea kipukynnys kyllä että...” (Potilastapaus 3)

**Taulukko 6.** Hoitopolkuun, kipuun ja perushoittoon liittyvät asiat ensimmäisen vuorokauden aikana tapaturmasta (\* potilaan kertoma tieto)

	<b>Potilastapaus 1.</b>	<b>Potilastapaus 2.</b>	<b>Potilastapaus 3.</b>
Lähtödiagnoosi Ks kir.päiv.	Vasemman reiden takaosan lihasten lievä revähdysvamma	Fractura radii l.sin	Fractura radii l.dx.
Hoitopolku ajallisesti (aika + paikka)	*15.00 jälkeen kaatui *16.00 Tk päiv. 18.45 Ks kir.päiv. 23.00 lääkäri tutki yöksi tarkkailuun	* 8.00 kaatui *8.30 Tk päiv. 11.00 Ks kir.päiv. 14.10 lääkäri reponointi ja kipsaus	*n.7.30 kaatui *n.9.00 Tk päiv. 14.35 Ks kir.päiv. 21.30 lääkäri reponointi ja kipsaus *24.00 kotona
Kivun lievitys	*n. 16.00 Tramal im + kylmäpakkaus 19.00Tramal50mgim. 2.10 Paratabs500mgpo. 20.00 ja 2.10 kylmäpaketti	9.00 Tramal 50 mg po 11.15 Burana 800 mg po Kylmäpaketti	*13.30 kipulääke 18.50 Burana 600 mg po
Kivun kokeminen	*Kova **”Ylösnoustessa huono olo”	* Kamala kipu!	* Kipeä **”lääkitys riitti”
Ruokailu/nesteet	*n. klo 6.00 aamupala *n.13.00 kahvia 2.10 vettä 2 lasia	8.00 syönyt 11.00 juonut	*n.7.00 aamupala *n.18.00 vettä
Muuta erityistä	Aikaisemmin selkävaivoja	Astmalääkitys *ottamatta *Fibromyalgia Ulkopaikkakuntalainen	Oikea käsi mitellassa
Jatkohoito	Sairaslomaa 1 vko Kipulääkkeeksi reseptille Panadol *Kylmähoitoa jatketaan vielä 36 t tapaturmasta	Kontrollit opis.th:n kautta 1 ja 2 vkon kuluttua, myös Rtg. Kipulääkkeeksi Burana 600 mg	Ensimmäinen kontrolli Rtg 1 vkon kuluttua terveyskeskuksessa
Lopullinen diagnoosi ja hoito	Ruptura musculus biceps femoris l sin TH: Re-insertio	Fractura radii dislocata l.sin TH: repositio, externi fixatio a.m. Hoffman	Fractura radii l.dx. cum subluxatio carpi l.dx. TH: Fixatio externa radii l.dx. a.m. Hoffman

Taulukon lyhenteet:

TK päiv. = terveyskeskuksen päivystys

Ks kir.päiv.= keskussairaalan kirurgian päivystys

Lääketieteellisten termien suomennot:

Fractura radii l.sin	Vasemman puolen varttinäluun murtuma
Ruptura musculus biceps femoris l sin.	Vasemman reiden takaosan lihasten revähdyssvamma
Re-insertio	Jänteen uudelleen kiinnitys
Repositio	Asennon korjaus
Externi fixatio a.m. Hoffman	Murtuman ulkoinen fiksaatio Hoffmanin laitteella

Potilaat pohtivat mm. perussairauksien ja mahdollisen lääkityksen vaikutuksia kivunlievitykseen. Syntyykö hoitavalle henkilökunnalle ennakoasenteita, jos potilaalla on esimerkiksi fibromyalgia- ja astmadiagnoosit? Onko mahdollista, että potilas leimautuu eikä sen vuoksi saa riittävästi hoitoa? Yksi potilaista pohtii tilannetta seuraavasti:

*”...mulle on tehty pari vuotta sitten fibromyalgia diagnoosi, ja tota noin niin mä en koe itseäni mitenkään kovin sairaaks ihmiseks...niin tota mä vaan sitä, että vaikuttaakohan se siihen lääkäreiden ennakoasenteisiin? Et just se että, että, että onko lääkärit sitä mieltä, että mä kuvittelen sitä kipua, tai että se kipu on jotenkin niinku, että ei sitä tarvii hoitaa, että sun kipu varmaan johtuu siitä. ...mut en mä koe itseäni mitenkään sairaaks ihmiseks. Et silloin kun mä niinku oikeesti sanon, et muhun sattuu niin silloin muhun kyllä sattuu! ...ja se että jos mä itken ja mua ahdistaa, niin muhun sattuu niin paljon, nii okei, voi se fibromyalgia sitä lisätä, mutta kyllä sitä silti pitäis mun mielestä hoitaa.” (Potilastapaus 2)*

Lääkäri tekee tarvittavat tutkimukset diagnoosin selvittämiseksi. Potilaan kokeman kivun arviointi tässä yhteydessä on hankalaa ja virhearviointi voi johtaa vaikeisiin tilanteisiin, josta kuvaus seuraavassa:

*”...lääkäri ensiks tutki mua niin, että mä olin siinä paareilla vatsallani. Ja siinä sain ojennettua sen reiden kyllä hyvin, eikä se tuottanut siinä mulle edes kipua. Sit hän kehotti mua seisomaan...ja se oli reiden ojentaminen sitten sattuu. ...ja sanoin lääkärille sitte, että minua pyörryttää ja mä oon pyörtynyt ennenkin ja mä tiesin sen, että mun korvat ruppee sillain soimaan, että mä pian pyörryn...  
...että mä ilmoitin sen sille lääkärille, nii siitä huolimatta se lääkäri vaan käski mun seistä ja anto niinku oman käsivartensa siihen...ja minä siitä sitte rojahdin lattialle!” (Potilastapaus 1)*

### 6.1.2 Perushoidon puutteet

Perushoidon puutteet ilmenivät kahdella tapaturmapotilaalla 1 ja 3, jotka nälkäisinä ja janoisina odottivat kärsivällisesti tutkimuksia ja hoitoa (Taulukko 6). Molemmat potilaat olivat joutuneet odottamaan ensin terveyskeskuksessa ja sitten sairaalassa ruuhkan vuoksi. Potilaat olivat tietoisia siitä, että mahdollisen leikkauksen vuoksi pitää olla ravinnotta, mutta kokivat 17 - 20 tunnin ”paaston” olevan kohtuuttoman

pitkän, vettäkin sai vasta 11 - 13 tunnin odottamisen jälkeen. Seuraavassa potilas kuvaa keskustelua sairaanhoitajan kanssa noin kello 2.00 yöllä.

*"No sitten siinä sen sairaanhoitajan kanssa neuvoteltiin, että jään tarkkailuun yöks. Ja hän tuota sitten toi mulle vettä kun pyysin. Että mä olin ollut syömättä ja juomatta 13 lähtien, että kello 13 join kahvia työmaalla."*

Potilas jatkoi tilanteen pohdintaa:

*"...kukaan ei ollut tarjonnut syömistä eikä juomista...enkä mää pyytänyt. Että sitten kun mää pyysin, niin minä sain" (Potilastapaus 1)*

Vailla ruokaa ja juomaa oleminen askarrutti potilaita. Onko kipeän ihmisen tehtävä hoidossa pitää itse huoli perustarpeistaan? Mikä on ammatti-ihmisen rooli, että potilaan?

*"Toivoin tietysti, että nytte tästä pääsis, kun en mä uskaltanu mihkään lähteä, mut en älynnyt kysyäkään, että "No kestääkö vielä kauan, että voiko käydä syömässä?" Mut kun mä en niinku sitten, enkö mä tajunnu sitä taikka muuten, että mä oisin niin kuin pitänyt tavallaan puoliani. Mut onko se potilaan asia pitää puoliaan? Siellä voi olla semmoinenkin potilas kuka on tajuntansa äärimailla, niin osaako hänkään pitää puoliaan?" (Potilastapaus 3)*

Tämä potilas ratkaisi asian niin, että pyysi aviopuolisoaan myöhemmin illalla hakemaan ruokaa sairaalaan.

### 6.1.3 Tutkimuksiin pääsy

Reiden revähdysvamman saanut potilas 1. yritti ensimmäisellä päivystyskäynnillä lääkärin kehotuksesta nousta kahteen kertaan seisomaan ja häntä pyörrytti. Lääkäri kirjasi tilanteesta sairaskertomukseen: *"...alkaa taas tutista ja täristä, ilmoittaa korvien suhinaa. Lähinnä simuloi pyörtymistä"*. Kipulääke vaihdettiin, koska lääkäri epäili, ettei Tramal - injektio sovellu potilaalle. (Taulukko 6) Myöhemmässä vaiheessa potilas yritti hakeutua keskussairaalaan ultraäänitutkimukseen terveyskeskuslääkärin läheteellä. Tutkimuspyyntö evättiin. Potilaan valitettua huonoa oloa, lääkäri määräsi alhaiseen hemoglobiiniin rautasubstituution. Potilaan pyynnöstä sairauslomaa jatkettiin. Potilas hakeutui paria päivää myöhemmin yksityisesti ultraäänitutkimukseen, jossa todettiin biceps femoris lihaksen jänteen irronneen istuinkyhmystä. Jänne kiinnitettiin myöhemmin leikkauksella paikoilleen (Taulukko 6).

### 6.1.4 Terveysthuoltojärjestelmän toiminnan puutteet

Terveysthuoltojärjestelmän toiminnan puutteista (Kuvio 5) oli kaikilla potilailla kokemuksia: mm. jonottaminen terveysthuotuksessa ja sairaalassa, kirjaamisen puutteet, vaikeus saada omia röntgenkuvia, leikkauksen siirtyminen ja lääkäreiden hoitolinjaerot.

Taulukko 7. Potilastapaus 2. kokemusten kuvaus

Päivät tapaturman/leikkauksen jälkeen	Hoitopaikka	Vaiva	Toimenpide
Tapaturma päivä	Terveysthuotuskeskus	Vasen ranne kipeä	Röntgen
	Ö Keskussairaalan päivystyspoliklinikka (Ks kir.päiv.)		Reponointi Kipsaus
1. päivä	Ks kir päivä. 2 soittoa	Kipu, rutina	"Ota lisää särkylääkettä"
	Terveysthuotuskeskus		Siteen korjaus Hoitajan soitto Ks kir.päiv.
4. päivä	Opiskelijaterveysthuolto, soitto	Röntgenin kiirehtiminen	
7. päivä	Yksityinen röntgenlaitos	1. kontrolli	Röntgen kuvaus
9. päivä	Opiskelijaterveysthuolto	Röntgen kuvauksen tulos Kipsi painaa	Murtuma ok
	Ö Terveysthuotuskeskus		Kipsin korjaus
11. päivä	Opiskelijaterveysthuolto	Kipsikäsi kutisee	Sieni-infektio, lääkitys
14. päivä	Yksityinen röntgenlaitos	2. kontrolli	Röntgen kuvaus
15. päivä	Opiskelijaterveysthuolto	Röntgen kuvauksen tulos	Virheasento
Leikkauspäivä	Ö Ks kir.päiv. Ö Osastolle (hoitoaika 3 vrk)		Leikkaus Hoffmanin fiksaattori

Taulukon lyhenteet: Ks kir.päiv.= keskussairaalan kirurgian päivystys

Taulukossa 7. on kuvattu potilastapaus 2 hoitopolkua ensimmäisen kahden viikon aikana tapaturmasta. Keskussairaalan potilaspapereiden mukaan kaikki oli mennyt hyvin. Kuitenkin potilaan ohjautuminen väärään jatkohoitopaikkaan,

opiskelijaterveydenhuoltoon, aiheutti potilaalle useita ylimääräisiä käyntejä eri hoitopisteissä sekä lisäsi sairastamiskustannuksia. Ongelmallista tilanteesta oli se, että kukaan ammatti-ihminen ei oikaissut potilaan hoitopolkua. Potilas kuvaa tilannetta seuraavasti:

*”Soitin sinne paikkaan mistä edellisen kerran olin lähtenyt, niin sanottiin, että ei me tiedetä. Soita paikkaan B. Soitin paikkaan B, käskettiin soittaa paikkaan C, josta ohjattiin soittaa takaisin paikkaan A, jonne mä olin ensimmäisenä soittanu!” (Potilastapaus 2)*

Myös toimintakäytäntö ulkopaikkakuntalaisen opiskelijan hoidon suhteen oli ammatti-ihmisille epäselvä. Tämä ilmenee oheisesta terveyskeskuksessa käydystä keskustelusta, kun potilas valitti ongelmista kipsin kanssa:

*”...kai se täytyis kuvata, mutta nyt kun meillä ei enää tähän aikaan voi kuvata niin varataan sulle huomisolle tänne meille aika. Sitte kohta tuli takasin tää ihminen siitä ja sit kerto, et sä olet muuten ulkopaikkakuntalainen. Ja mä sanoin, et joo niin olen. No sä olet, et silloin tää asia on, et se pitää sen paikan hoitaa, joka sua on niin kuin hoitanu. Että ku tää on keskussairaalassa kipsattu niin keskussairaalan pitää tää hoitaa. Että tota noin, että hän soittaa keskussairaalaan ja kysyy mitä tehdään. Sit se tuli kohta takasin ja sano, että keskussairaala tuli ohjeet, että lisää särkylääkettä ja menet opiskelijaterveydenhoitoon silloin, kun on sovittu tää tarkastusaika.” (Potilastapaus 2)*

Toinen potilas kuvaa leikkauksen siirtymiseen liittyviä tapahtumia seuraavasti:

*”Minulle oli suunniteltu MRI-kuvausta ja tarvittaessa leikkaushoitoa. Kirurgian poliklinikalla lääkäri kohteli minua asiallisesti ja selitti tulevaa hoitosuunnitelmaa. Siirryin osastolle. Illalla ortopedi kävi tutkimassa tilannettani. Myöhemmin kuulin omahoitajaltani, että hän oli ollut sitä mieltä, että leikkaus olisi voitu tehdä ultraäänen perusteella. Seuraavana aamuna minulle tehtiin kaikki leikkausvalmistelut. Odotin leikkausta avopaita päälläni, saranalasta sängyn päädyssä. Puolen päivän jälkeen sain tiedon, että saan syödä ja lähteä kotiin. Jos oikein ymmärsin, toinen ortopedi oli sitä mieltä, että leikkaus tehtäisiin MRI-tutkimuksen jälkeen. Aika magneettikuvaukseen järjestyi vasta 10 päivän kuluttua.” (Potilastapaus 1)*

### **6.1.5 Muut potilaiden esiintuomat asiat**

Potilaat pohtivat kertomuksissaan myös yleisiä terveydenhuoltoon liittyviä asioita. Kaikkien puheessa tuli esille ymmärrys henkilökunnan kovasta työpaineesta ja kiireestä. Tilanne herätti myös turvattomuutta ja ihmetystä siitä, mikä on kynnyks millöin hälytetään lisää ihmisiä töihin, jos on erityisen kiireinen työpäivä? Ohessa asiaan liittyvä pohdinta:

*”Niin, mä en sitä keskussairaalan polin, polin tuota, et oliko siellä sitten lisähenkilökuntaa, kun mutta ainakaan (terveyskeskuksessa) ei ollut...et näillä kahdella. Ihan toivottomaltahan*

*se tuntu se, se hoitomäärä, ja potilaitten määrä mikä heillä siinä oli. Et ei ne varmasti ainakaan sinä aikana, kun minä olin siinä, niin varmaan minkään näköistä suupalaa suuhunsa kerinny ottaa eikä mitään että. Ihmisiähän hekin on, et kyl niillä pitäis nyt olla niinkun ne tauot ihan niin kuin muillakin työntekijöillä! (Potilastapaus 3)*

Myös potilasneuvonnan kehittäminen tuli esille kertomuksissa. Hoffmanin laitteen käteensä saaneet potilaat 2 ja 3 miettivät laitteen poisottamiseen asti, miten se käytännössä tapahtuu. Lisäksi nämä potilaat käsittivät terveyskeskuspäivystäjän puheesta, että vamma oli niin vakava, että se saattoi edellyttää leikkaushoitoa. Kun sitten keskussairaalassa kipsattiin ja sanottiin, että *"kokeillaan pysyykö!"*, ja kuitenkin myöhemmin asennettiin ulkoinen tukilaite, aiheutti se potilaalle ristiriitaa. Kipsaus ja leikkaus ymmärrettiin vaihtoehtoisina hoitomuotoina ja potilaan kertoma hoitovirhe syntyi, kun potilaan käsityksen mukaan valittiin väärä hoito.

Potilaat kuvasivat erilaisia sairastamiseen liittyviä arkikokemuksiaan. Ulkoisen tukilaitteen ja toimintakyvyn rajoitteiden kanssa potilaat kohtaavat mm. liikkumiseen, pukeutumiseen ja nukkumiseen liittyviä ongelmia. Myös hoitomaksuista selviytyminen askarrutti. Kaikilla potilailla oli myös myönteisiä kokemuksia hoitoepisodien aikana. Erityisesti hyvät kohtaamiset yksittäisten lääkäreiden, hoitajien, fysioterapeuttien, laitosapulaisten tai opiskelijoiden kanssa olivat jääneet myönteisinä mieleen.

Yhteenvetona potilaiden kertomuksista voidaan todeta, että kuvattuja hoitohaittoja oli yllättävän paljon. Potilaan hoitopolkuun ja paranemiseen liittyvä kuva kirkastui ja avasi yllättäviä näkökulmia hoidon jatkuvuuden parantamiseksi. Huolestuttavaa oli, että useissa tilanteissa potilaat olivat yrittäneet tuoda kokemiaan haittoja esille, mutta henkilökunta oli toiminnassaan ohjautunut rutiinin luonteisesti ottamatta kunnolla vastuuta potilaan esiintuomista asioista. Huomionarvoista oli myös potilaiden ymmärrys ja huoli henkilökunnan kiireestä ja jaksamisesta.

### **6.1.6 Pohdinta**

Tässä tutkimuksessa kaikki traumapotilaat kokivat puutteita kokemansa kivun arvioinnissa ja hoidossa. Vastaavia tuloksia on saatu hoidon laatua selvittävässä tutkimuksissa (Pellikka ym. 2003). Päivystyspoliklinikalla toteutetun tutkimuksen mukaan lääkärit arvioivat potilaan kivun järjestelmällisesti heikommaksi kuin potilaat (Marquie´ym. 2003). Myös hoitajat arvioivat potilaan kivun huomattavasti lievemmiä



kuin potilaat itse ilmoittivat (Kauppinen & Hiltunen 2001). Virhearviointi korostuu, kun potilaalla on kovaa tai erittäin kovaa kipua (Mäntyselkä ym.2001). Tässä tutkimuksessa molemmat murtumapotilaat kokivat kovaa kipua, vaikka heidän kivunsietorajansa ilmeisesti poikkesikin toisistaan. Singerin ym. (1999) mukaan murtuman reponointi onkin päivystyksen kivuliaimpia toimenpiteitä.

Kivunlievitystarvetta pitäisi arvioida yksilöllisesti ikä, sukupuoli ja mahdolliset kulttuuriset erot kivun kokemuksessa huomioiden (Rupp & Delaney 2004). Potilaalta pitäisikin kysyä kipulääkityksen jälkeen, onko lääke vaikuttanut riittävästi (Blank ym. 2001) ja kipumittareiden (Kumpusalo-Vauhkonen ym. 2001) sekä kivunlievityksen arviointiin tähtäävien laaduntarkkailuohjelmien (Rupp & Delaney 2004) käyttöä tulisi lisätä päivystyksessä. Puudutusta reposition yhteydessä ei oltu potilasasiakirjoihin tarkemmin kirjattu, mutta haastateltavat kertoivat tutkinnan yhteydessä, mitä ja miten puudutetta oli käytetty. Fibromyalgiaa sairastava potilas 2 mietti leimautumista ihmiseksi, jonka kipua ei tarvitse hoitaa. Potilaan kokemus vahvistaa aikaisempaa tutkimustulosta, jonka mukaan kroonisesta kivusta kärsivillä potilailla on kokemus, ettei heidän kipuaan ymmärretä ja oteta todesta (Kumpusalo-Vauhkonen ym.2001).

Potilaiden kertomuksissa esiin nousutta kysymystä perushoidosta päivystystoiminnassa on kirjallisuudessa käsitelty vähän. Päivystystoimintaan voi liittyä tarve olla ravinnotta mahdollisten tutkimusten tai leikkauksen vuoksi. Missään ei kuitenkaan ole määritelty ohjeaikoja siihen, koska potilaalle pitää asentaa iv-tiputus. Päivystyspotilas on voinut olla syömättä ja juomatta useita tunteja ennen sairaalaan tuloa, mikä osaltaan lisää ainakin nestetasapainosta huolehtimisen tarvetta. Riittämätön nesteytys ja ravitsemustilan puutteellinen hoitaminen voivat vaarantaa operatiivisen hoidon onnistumisen (Kauste & Myllynen 1995, 206-207). Terve, aikuinen ihminen selviää ilman ruokaa ja juomaa pitkän aikaa, mutta sairauden aikana ravitsemuksen laiminlyönti vaikeuttaa toipumista.

Useissa hoidon laatua koskevissa tutkimuksissa on tullut esiin potilaiden tyytymättömyys pitkiin odotusaikoihin (mm. Hiidenhovi 2001, Miettola ym. 2003, Pellikka ym. 2003, Suhonen ym. 2004). Keskeistä potilaiden mielestä oli se, ettei heille oltu kerrottu odottamisen syistä ja kestosta (Miettola ym. 2003). Tarkemmin odottamiseen liittyviä kysymyksiä ei ole tutkittu. Voisiko olla, että eräs odottamiseen

liittyvä tyytymättömyyttä aiheuttava tekijä on nälkä ja jano? Odottaessaan vuoroaan, potilas ei uskalla lähteä odotustilasta, koska pelkää vuoronsa menevän ohi. Hallman ym. (1994, 15) tutkimuksessa poliklinikoiden asiakkaat halusivat odottaessaan lukea, mutta monet toivat esille toiveen käydä kahviossa ja ostaa välipalaa.

Päivystystoiminnan lähtökohtana on potilaan elintoimintojen palauttaminen ja säilyttäminen. Tämänhetkinen kehittämistyö kohdentuu erityisesti päivystysviiveiden eliminoimiseen (Pellikka ym 2003, Lillrank ym. 2004, 109-125), joka samalla vähentää potilaan odotusaikaa. Kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat päivystyshoidon tarpeessa, mutta heidän vammansa eivät olleet elintoimintoja uhkaavia, joten heillä ei ollut välittömän hoidon tarvetta.

Kysymys hoidon ja tutkimusten tarpeesta on ongelmallinen. Potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättää lääkäri. Entä jos lääkärin päätöstä ohjaavat ennakkoasenteet eikä hän riittävästi kuuntele potilaan omaa kokemusta oireistaan? Keskustelun ja yhteisymmärryksen tarve korostuvat, kun hoitopäätökseen tai tutkimukseen liittyy riskejä. Viiveet tutkimuspäätöksissä voivat merkitä potilaalle mm. kärsimystä, sairauden pahentumista ja joskus palautumattomia vaurioita.

Terveystoimintajärjestelmän toimivuutta on viime vuosina parannettu mm. alueellisten hoito-ohjelmien ja valtakunnallisten Käypä hoito – suositusten avulla. Käypä hoito suositusten tarkoituksena on parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Ne toimivat paitsi lääkärin työn, myös alueellisten hoito-ohjelmien perustana. (Käypä hoito 2005) Tässä tutkimuksessa tuli esille monenlaisia puutteita terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudessa. Potilaan hoitoketjuun liittyy sairauden ja kuntoutumisen eri vaiheissa asiointi useissa terveydenhuollon toimipisteissä, joiden keskinäisessä yhteistyössä oli selviä puutteita. Terveystoimintajärjestelmien keskeneräisyys ja heikko yhteensopivuus sekä nykyinen tietosuojan liittyvä lainsäädäntö varmasti osaltaan asettavat yhteistyölle rajoituksia.

Tutkimuksessa ilmeni potilaiden huoli työntekijöiden kiireestä. Kvistin (2004, 136-9) väitöskirjatutkimuksessa kiireetön ilmapiiri ja riittävä henkilökuntamäärä olivat huonoiten toteutuneet hoidon laadun osatekijät poliklinikoiden ja vuodeosastojen

toiminnassa. Gillespie & Melby (2003) ovat todenneet, että erityisesti päivystystyössä työskentelevät hoitajat altistuvat huolestuttavan paljon stressille ja burnoutille. Lääkäreiden burnoutia selvittävän tutkimuksen mukaan 44% mieslääkäreistä ja 51% naislääkäreistä kokivat vaikean tai keskivaikean työuupumuksen oireita vähintään kuukausittain. Lääkäreiden kokemat stressioireet aiheutuvat pääsääntöisesti työstä. (Töyry 2005, 86-87.) Stressin on tutkimuksissa todettu lisäävän työssä tehtäviä virheitä (Frith-Cozens 2001; Campbell & Cornett 2002, 52-55). On tyypillistä, että työntekijät joustavat yli omien rajojensa. Organisaation pitäisikin asettaa työlle sopivat normit (Runciman ym. 2003). Inhimillisten virheiden määrää päivystystyössä voidaan vähentää mm. riittävän henkilöstömitoituksen ja työvuorojen optimoinnin avulla (Leape & Berwick 2000, Driscoll ym.2001).

Tutkimukseeni osallistuneet potilaat toivat esille huolen siitä, kuka pitää hiljaisen potilaan puolta silloin, kun henkilökunnalla on kiire. Uusimäen (2004) mukaan hiljaisen potilaan oikeuksien toteutuminen on paljolti terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisten periaatteiden varassa. Muistetaanko ja osataanko kiireen keskellä priorisoida työt oikein?

Potilaat toivat esille myös neuvontaan liittyviä puutteita. Renholm & Suominen (2000) havaitsivat tutkimuksessaan, että potilaat olivat tyytymättömiä tiedonsaantiin päivystysosastolla. Vain 14% potilaista oli mielestään saanut riittävästi kirjallista materiaalia (Renholm & Suominen 2000). Kirjallisten ohjeiden on todettu antavan vain vähän informaatiota potilaan toiminnallisen selviytymisen tueksi (Salanterä yms. 2005). Hiidenhovin (2001, 81) mukaan tiedon saantia koskevat asiat olivat suurin parantamishaaste poliklinikoilla. Erityisesti lyhyiden hoitajaksojen jälkeen on todettu potilasneuvonnan ja – ohjauksen kehittämistarpeita (Töyry ym. 2000).

Neuvonnan minimitavoitteeksi on asetettu potilaan selviytyminen ja itsensä hoitaminen kotona (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Leino-Kilven ja Vuorenhaimon (1992, 82-83) mukaan potilailla oli kotiuttamisen yhteydessä toiveena saada tietoa mm. mitä kaikkea saattaa tapahtua, miten tulisi toimia sekä mitä etuuksia potilaalla on haettavanaan. Hyvä vuorovaikutus ja tiedonsaanti muodostavatkin laajan kirjallisuusanalyysin perusteella keskeisen potilastyytyväisyyden ulottuvuuden (Johansson ym. 2002).

## 6.2 Tutkinnan toteuttaminen Vincentin menetelmää käyttäen

### 6.2.1 Tutkinnan järjestäminen

Kaikki tutkimukseen valikoituneet potilastapaukset 1, 2 ja 3 ottivat yhteyttä tutkijaan käytyään uusintakäynnillä päivystyksessä. Viive varsinaiseen tapaturmapäivään oli jo lähtötilanteessa 2 – 4 viikkoa. Potilaiden ja omaisten haastattelu järjestyi kaikkien potilastapausten osalta 10 vuorokauden sisällä ensimmäisestä yhteydenotosta. Varsinaiset tutkintahaastattelut käynnistyivät 8-18 vuorokautta potilaan haastattelusta. Tutkinnan käynnistämistä ja toteuttamista viivytti eräiden haastateltavien huono tavoitettavuus, vuosilomat ja loma-ajasta johtuva kiire työyksiköissä. Kaikki 19 tutkintahaastattelua toteutettiin 9-20 vuorokauden sisällä ensimmäisestä haastatteluajankohdasta. (Taulukko 8) Tutkintaviive vaikeutti tapahtumien tarkkaa muistamista, joten haastateltavia työntekijöitä saatiin tutkintaan yhteensä 8. Osaltaan viiveen vuoksi tutkinnassa haastateltiin 11 asiantuntijaa. (Taulukko 5.)

**Taulukko 8.** Tutkinnan eri vaiheisiin liittyvät viiveet vuorokausina tapaturmapäivästä alkaen

Tutkinnan vaiheet	Potilastapaus 1.	Potilastapaus 2.	Potilastapaus 3.
Tapaturmapäivä	1	1	1
Potilaan yhteydenotto	15	21	28
Potilaan/omaisen haastattelu	19	31	37
Tutkintahaastattelut			
- ensimmäinen	30	39	55
- viimeinen	39	59	70
Yhteiskeskustelu	59	60	73

Potilaan ja omaisen esille tuomat hoitoon liittyvät ongelmat ja potilasasiakirjojen tiedot olivat tutkinnan lähtökohtana. Koska hoitoon liittyviä ongelmia oli päivystysyksikön lisäksi muissa sairaalan yksiköissä ja terveydenhuollon toimipisteissä, päätettiin tutkinta kohdentaa koko hoitoketjuun. Tutkimuksen johtoryhmä valitsi tutkijan tekemän esiselvityksen perusteella tutkintahaastatteluihin sopivat työntekijät ja asiantuntijat. Tutkija sopi haastatteluajankohdat asianomaisten kanssa. Jokainen tutkintahaastattelun osallistuja sai kirjallisen selvityksen tutkimuksesta (Liite 11) ja tutkija keskusteli epäselvistä asioista. Tarkempi kuvaus tutkintahaastattelujen toteuttamisesta on esitetty luvussa 5.2.

## 6.2.2 Tutkinnan tulokset

Yhteenveto tutkinnan tuloksista on esitetty tapauskohtaisena taulukossa 9 (9a=potilastapaus 1, 9b=potilastapaus 2, 9c=potilastapaus 3). Päivystyksen ylilääkäri arvioi tutkinnassa suositeltujen toimenpiteiden toteutumista ja niiden vaikutusta runsaan vuoden kuluttua tutkintaraportin kirjoittamisesta. Toteutumisen seuranta tehtiin ainoastaan päivystysyksikön osalta, mutta oheen on kirjoitettu tiedetyt tapahtumat ja muutokset myös muiden tutkimuksessa mukana olleiden työyksiköiden osalta. Ylilääkärin arviointihaastattelun lainauksia on käytetty toteutumisen seurannan kuvaamisessa.

Tutkinnan tulokset on taulukossa 9 esitetty tapauskohtaisena siten, että hoitoon liittyvät ongelmat on käsitelty niihin myötävaikuttavien tekijöiden osalta, joihin on liitetty suositeltavat toimenpiteet. Osa toimenpiteistä on toteutunut välittömästi tutkintaprosessiin liittyvänä yhteiskeskustelun ja koulutustilaisuuksien avulla. (Taulukko 9) Kivun hoitoon, perushoidon puutteisiin ja viiveisiin liittyvät parannukset ovat vielä toteutumatta. Niiden toteutuminen liittyy olennaisesti päivystystoiminnan uusiin järjestelyihin, joita ylilääkäri kuvaa loppuhaastattelussa seuraavasti:

*”Ja yksi merkittävä asia, joka täällä on vahvistunut on kyllä nää puutteet kivun hoidossa ja ja niissä järjestelyissä miten tämä asia saataisiin kuntoon. Ja nythän meillä on tavoitteena tän uuden päivystystoiminnan ja -toimintamallin, tän NOVA-mallin käynnistämisen yhteydessä synnyttää tällöinen Triage-ryhmä, joka ottaa vastaan potilaat ja joka aika paljon erilaisia tehtäviä, josta yksi keskeinen lääkäriin, Triage-ryhmän lääkäriin tehtävä on kivun hoidon turvaaminen täällä päivystyspoliklinikalla ja päivystysosastolla ja myöskin kotisairaalassa.”*  
(Päivystyksen ylilääkäri, asiantuntija)

Tutkinnan tuloksia ei voida tarkastella näistä muutoksista irrallisina vaan NOVA -hankkeeseen (NOVA-hanke 2005) liittyvänä, josta on kuvaus ohessa: ”Keski-Suomen keskussairaalan Nopean vasteen kehittämishanke NOVA tehostaa päivystyspalveluja ja lisää seudullista ja alueellista yhteistyötä. Hankkeen rinnalla toteutuu myös mittava rakennusprojekti, jossa rakennetaan vuoteen 2007 mennessä uudet

Taulukko 9 Yhteenveto tutkinnan tuloksista tapauksittain

Hoitoon liittyvät ongelmat	Myötävaikuttavat tekijät	Suosittelavat toimenpiteet	Toteutuminen	Toteutumisen seuranta vuonna 2005
<b>9a Potilastapaus 1</b>				
Diagnoosivirhe tapaturman yhteydessä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vamman harvinaisuus</li> <li>Epätavallinen kipureaktio</li> <li>Epäsopiva kipulääke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asian käsittely lääkäreiden meetingissä</li> <li>- Erikoistuvien lääkäreiden koulutus</li> <li>- Henkilökunnan keskustelu kivun tunnistamisesta</li> <li>- Kipulääkityksen huomiointi erikoistuvien lääkäreiden koulutuksessa</li> </ul>	<p>Kyllä</p> <p>Kyllä</p> <p>Kyllä</p> <p>Kyllä</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatkuvuuden turvaaminen epäselvää kurssien vaihtuessa</li> <li>- Keskustelun jatkuvuuden turvaaminen</li> <li>- Jatkuvuuden turvaaminen</li> </ul>
Perushoidon (ruokailu /juominen, nesteytys) puutteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seurantatilassa ei mahdollisuutta tarjota ruokaa</li> <li>Puutteet kirjaamisessa</li> <li>Henkilökunnan asenne ristiriitainen</li> <li>Kiire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Päivystysruoka - pakkausten käyttöönotto</li> <li>- Asian huomiointi uusien tilojen suunnittelussa</li> <li>- Keskustelu kehittämispäivillä, osastokokouksissa</li> <li>- Ravinnotta olon vs. iv-infuusion tarpeen arviointi tulovaiheessa</li> <li>- Keskustelu kehittämispäivillä osastokokouksissa</li> <li>- Aulahoitaja päivystykseen</li> <li>- Sijaisjärjestelyjen turvaaminen</li> <li>- Henkilöstömitoituksen tarkistaminen</li> </ul>	<p>Tilaukäytäntö aloitettu Suunnittelussa huomioitu Useassa tilanteessa</p> <p>Ei muutosta</p> <p>v. 2004 useassa tilanteessa</p> <p>Tavoite v.2007</p> <p>Osittain</p> <p>Tavoite v.2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osa työntekijöistä ei ole motivoitunut käyttämään</li> <li>- Uudet tilat v.2006 lisäävät potilasviihtyvyyttä</li> </ul>
Ultraäänitutkimuksesta kieltäytyminen 2.pkl-käynnillä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viiveet päivystystoiminnassa</li> <li>Ennakoasenne: 1. käynnin epikriisitekstin johdosta</li> <li>Kokemattomuus vammasta</li> <li>Kliininen kuva "hämäsi"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viiveiden minimointi</li> <li>- Lisäys epikriisitekstiin</li> <li>- Koulutus</li> <li>- Erikoistuvien lääkäreiden "sisäänajo" päivystystyöhön</li> <li>- päivystyksen ohjeet ovat ajan tasalla</li> </ul>	<p>Viiveprojekti vuosina 2003-2005</p> <p>Yhteiskeskustelun jälkeen</p> <p>Toteutunut v. 2004</p> <p>Ei muutosta</p> <p>Käynnissä koko ajan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NOVA-hanke tulevaisuudessa</li> <li>- Asiaa selventävä vaikutus</li> <li>- Päivystyslääketieteen yhdistys perusteilla</li> </ul>
Jatkotoimenpiteisiin liittyvät viiveet ortopediassa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infektoriski sääteli leikkausjärjestystä</li> <li>Hoitolinjaerot</li> <li>Erikoislääkäreillä useita työpisteitä</li> <li>Leikkauspöytäjako</li> <li>Eri ammattiryhmien välisen kommunikaation puutteet</li> </ul>	<p>Potilaasta johtuva, ei toimenpiteitä</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatkuva keskustelu</li> <li>- Hoitolinjoista sopiminen</li> <li>- Aamumeetingit päivittäin</li> <li>- Oma sali tapaturmapotilaille</li> <li>- Lääkäreiden osallistuminen hoitajien kehittämispäiville</li> <li>- RTG-lääkäreiden ja ortopedien aamumeetingit joka arkipäivä</li> </ul>	<p>Asiat esillä ortopedien meetingissä v. 2004</p> <p>Toteutunut v. 2004</p> <p>Asiat esillä hoitajien osastotunnilla ja ortopedien meetingissä v. 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Näiden asioiden toteuttaminen tai arviointi ei ole päivystystoiminnan vastuulla</li> </ul>

Hoitoon liittyvät ongelmat	Myötävaikuttavat tekijät	Suosittelavat toimenpiteet	Toteutumisen	Toteutumisen seuranta vuonna 2005
<u>9b Potilastapaus 2</u>				
Potilas epäilee, että alun perin valittiin väärä hoitolinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akuuttilanteessa terveyskeskuslääkäri antoi kuvan, että keskussairaalassa ehkä leikataan, muttei leikattu</li> <li>Potilas joutui käymään eri hoitopisteissä kivun ja erilaisten oireiden vuoksi</li> <li>Lopulta päädyttiin leikkaukseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- murtumaan liittyvien asioiden käsittely yhteiskeskustelussa, siten että asiantuntija esittelee röntgenkuvat</li> <li>- katso kohta jatkohoitojärjestelyt</li> <li>- katso kohta kivun lievitys</li> <li>- Riittävä keskustelu jatkossa potilaan kanssa ennen toimenpiteitä</li> </ul>	Toteutunut v.2004	Potilas ymmärsi hoitoratkaisujen perusteet
Kivun lievitys päivystyksessä riittämätöntä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perussairauksina astma ja fibromyalgia</li> <li>Samassa ranteessa ollut aikaisemmin murtuma</li> <li>Ranteen reponointi on kivulias toimenpide</li> <li>Jatkokipulääkitys riittämätön</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helppokäyttöinen kysymyssarja käyttöön potilaan kipuherkyyden määrittämiseksi</li> <li>- Laaditaan ohje erityisen kivuliaan potilaan lääkityksestä, seurannasta ja jatkohoidosta</li> </ul>	Ei toteutunut	Triage-ryhmän vastuulääkärin tehtävissä huomioitu erityisesti kivun arvioinnista ja hoidosta huolehtiminen
Jatkohoitojärjestelyt eivät toimineet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Väärä jatkohoitopaikka ulko-paikkakuntalaiselle opiskelijalle</li> <li>Kukaan ei oikaissut asiaa</li> <li>Hoitovastuu kipsaus-tilanteessa ennen jatkokontrollia epäselvä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Päivystysten ja terveyskeskuksen henkilökunnan koulutus (ESH-laki 30§ ja 42§)</li> <li>- Asia esille henkilökunnan perehdytyksessä</li> <li>- Henkilökuntaa kannustetaan vastuunottoon</li> <li>- Hoitovastuu kipsanneella taholla 2-3 pv. toimenpiteestä, että epikriisitiedot ehtivät jatkohoito-paikkaan</li> </ul>	Osastokokouksissa puhuttu asiasta Toteutunut	Nämä asiat on syytä ottaa ajoittaa uudelleen esille
			Osastokokouksissa kannustettu	Toteuttamiseen liittyi hankaluuksia
			Ei toteutunut	

Hoitoon liittyvät ongelmat	Myötävaikuttavat tekijät	Suosittelavat toimenpiteet	Toteutuminen	Toteutumisen seuranta vuonna 2005
<b>9c Potilastapaus 3</b>				
Potilas epäilee, että alun perin valittiin väärä hoitolinja	<ul style="list-style-type: none"> <li>Käsitys, että lähetetty terveyskeskuksesta leikattavaksi ja työtä ei tehty!</li> <li>Leikkauspäätös myöhemmin</li> <li>Ruuhkaa päivystyksessä</li> <li>Henkilökuntaa liian vähän</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>murtumaan liittyvien asioiden käsittely yhteiskeskustelussa, siten että asiantuntija esittelee röntgenkuvat</li> <li>lisäavun saamisen kriteereitä ruuhkatilanteissa arvioitava uudelleen</li> <li>lisäapua pitäisi saada muutakin kuin suuronnettomuustilanteissa</li> <li>tilapäisen lisäavun hankkimisen käytännöt selkiytetään</li> </ul>	Toteutunut v.2004	Potilas ymmärsi hoitoratkaisujen perusteet
Viive hoitoketjussa tapaturmapäivänä	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitotyön organisoinnissa puutteita potilaan mukaan -&gt; dg- viive, vaikka röntgenkuvat olivat käytettävissä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>käytäntöjen selkiyttäminen</li> </ul>	Lääkäreiden osalta noudatetaan shp:n yleiskirjettä Hoitohenkilökunnan osalta harkinnan mukaan	Triage-ryhmän toiminta tehostaa näiden asioiden huomiointia ja turvaamista
Perushoidon (ruokailu /juominen, nesteytys) puutteet Kivun hoito uudelleen reponoitaessa puutteellista	<p>Katso potilastapaus 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Murtumakohtaan tullut haematoma saattoi estää puutumisen</li> <li>Tapaturmasta oli kulunut jo 10 vrk</li> <li>Puudutusmenettely on vakio (Lidocain 10mg/ml) eikä lisäpuudutuksen tarvetta huomioitu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>käytännön täsmentäminen, milloin uudelleen repositiot lähetetään keskussairaalaan</li> <li>puudutusikäntännön täsmentäminen</li> </ul>	Ei muutosta	Triage-ryhmän vastuulääkäri voi vaikuttaa jatkossa näihin asioihin katso: kivun hoito
Röntgenkuvien saanti terveyskeskuksesta yksityislääkärinä varten hankalaa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Röntgenkuvat digitaalisena ja toimintakäytäntöepäselvä</li> <li>Henkilökunnalla (rtg + hoitajat) väärä tieto, että kuvia ei anneta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sovitaan käytännöistä röntgenkuvien luovuttamisen osalta</li> <li>Varmistetaan, että henkilökunta tietää käytännöstä</li> </ul>	Toteutunut  Koulutus toteutunut terveyskeskuksessa	



alueellisen päivystysyksikön tilat. NOVA-hanke on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hanke, jossa kehitetään nopean vasteen toimintatapaa päivystyspalveluihin. NOVA:n tavoitteena on luoda päivystyspotilaiden hoitoon uusi toimintamalli. Potilaan tilanne ja hoidon sekä hoitopaikan tarve arvioidaan päivystyspoliklinikalla. Potilaista 80 prosenttia pyritään ohjaamaan nopean vasteen yksiköstä eteenpäin kahden tunnin kuluessa ja jatkohoitopaikkaan viimeistään kahden vuorokauden kuluessa. Henkilöstön työ muuttuu prosessien kehittyessä entistä suunnitelmallisemmaksi ja yhteistyökeskeisemmäksi. Näin kiire vähenee, potilasturvallisuus paranee ja voimavarat kohdennetaan entistä tarkemmin.” (NOVA-hanke 2005)

*”Tällä tutkintamallilla kyllä on varmasti vaikutusta ollu ihan tietämättäkin joihinkin asioihin, millaiseksi esimerkiksi tämä NOVA-hanke on muodostunut, että tässä on selkeästi asioita, jotka huomaa, että neidän on tulleet tän tutkinnan yhteydessä ongelmina esiin, niin niihin on sitten näitten kehittämishankkeiden kautta pyritty hakemaan ratkaisua.” (Päivystyksen ylilääkäri, asiantuntija)*

Hoitoviiveiden lyhentäminen vähentää odotusaikaa poliklinikalla ja onnistuessaan turvaa sen, etteivät ei-kiireellisesti hoidettavat potilaat joudu kärsimään tutkinnassa esiin tulleista perushoidon puutteista. (Taulukko 9, potilastapaukset a ja c) ”Triage” tarkoittaa potilaalle tehtävää kiireellisyysluokitusta, jonka mukaan potilaat lajitellaan akuutteihin eli kiireellisiin ja elektiivisiin eli ei-kiireellisiin tapauksiin (Lillrank ym. 2004, 40)

Toinen merkittävä asiakokonaisuus liittyy päivystystoiminnan lääkärijärjestelyihin ja tehtävään valmentavaan koulutukseen. Tällä hetkellä päivystys hoidetaan vapaaehtoisten terveyskeskuslääkäreiden ja erikoistuvien lääkäreiden toimesta. Erikoistuva lääkäri opettelee tehtäviään ja tutkinnassa tuli esiin tarve parempaan erikoistuvien lääkäreiden perehdytykseen. (Taulukko 9, potilastapaus 9a) Päivystystoiminta ei tähän mennessä ole kuulunut lääkäreiden erikoistumisaloihin. Päivystystoiminta on valtakunnallisesti suurien muutoksien edessä päivystyksen keskittämistarpeen lisääntyessä. Samalla päivystyksen asema on edelleen aliarvostettu ja päivystykseen sijoitetaan usein kokemattomin lääkäri. Näitä haasteita kohtaamaan on perusteilla Päivystyslääketieteen yhdistys, jonka toiminnassa painopisteinä tulevat olemaan paitsi päivystyslääketieteen koulutus, myös hallinnolliset kannanotot. (Vaula 2005)

### 6.2.3 Henkilökunnan arvio tutkinnan toteutumisesta

Kuvaan tässä henkilökunnan loppuhaastatteluissa antamaa arviota tutkintamallin käytöstä ja soveltuvuudesta tietyn potilastapauksen selvittelyyn (teemakysymys 4), sen hyvistä tai huonoista vaikutuksista tutkintahaastatteluun osallistuneille (teemakysymys 5), tutkinnan puolueettomuudesta (teemakysymys 6) sekä tutkinnan vaikutuksista käytäntöjen muuttumiseen (teemakysymys 8). (Liite 6)

Vastaajat kuvataan tässä potilaan hoitoon osallistuneina työntekijöinä tai asiantuntijoina nimeämättä tarkemmin potilastapausta, jossa he ovat olleet mukana. Työntekijät ovat potilasta hoitaneita sairaanhoitajia, lääkintävahtimestareita, erikoistuvia lääkäreitä tai erikoislääkäreitä, joista osa oli johtavassa asemassa. Asiantuntijat ovat yleensä johtavassa asemassa olevia ylihoitajia, ylilääkäreitä tai erikoislääkäreitä. Keskustelun puheenjohtaja on tässä luokiteltu asiantuntijoihin. (Taulukko 5, sivu 33)

Teemakysymyksen 4 (Liite 6) osalta kaikki vastaajat pitivät myönteisenä, sitä että tutkinnassa oli mahdollisuus selventää kirjattuja potilaskertomustietoja omalla täydentävällä kertomuksella. Tutkinta soveltui heidän mukaansa kyseisten potilastapausten selvittelyyn.

*”Jos meinaa jonkun asian perusteellisesti selvittää niin kaikki dokumentit pitää silloin läpi käydä!” (Työntekijä)*

*”Joskus sairauskertomuksista ja pelkästään papereista selviää kyllä asiat, mutta aika usein käy niin, että se kuva niistä muodostuu pinnalliseksi. Taikka se voi muodostua vähän vääräksikin ja sieltä saattaa painottua vähän väärä asioita.” (Asiantuntija)*

*”...paljo on koulussa puhuttu ja täälläkin painotettu sitä mitenkä paljon pitäisi kirjata, mut pääsääntöisesti lähestulkoon jää todella huonolle kirjaamiselle asiat. Niin on mukava, että voi itse puhua, voi täydentää sitten itse niitä asioita, mitä siinä on tullu tehtyä tai onko jäänyt tekemättä.” (Työntekijä)*

*”Papereista ei koskaan selviä kaikki yksityiskohdat ja toisaalta sitten tota potilaan kuuleminen, niin oikeastaan viime kädessä vasta silloin ymmärtää sen, että mikä se potilaan kannalta on ollut se ongelma, koska eihän se näy papereissa. Merkinnät on aika niukkoja yleensä mitä laitetaan.” (Asiantuntija)*

Pohdintaa herätti myös tutkintamallin käytön työläys. Tutkintamallin käyttö vaatii voimavaroja ja vie aikaa, joten tutkintaan soveltuvat tapaukset pitäisi valikoida

harkiten. Eräs vastaaja esitti tutkinnan toteuttamista ainoastaan suuronnettomuustilanteissa.

Teemakysymykseen 5 (Liite 6) tutkinnan hyvistä vaikutuksista haastateltavien kannalta vastaajat toivat esille sen, että virhetulkinnoilta vältytään ja saadaan kokonaisempi kuva tapahtumista. Tutkintahaastatteluun osallistuminen panee myös ajattelemaan omaa toimintaa ja mitä siinä olisi parannettavaa. Eräs vastaaja näki tutkinnan hyödyn työn ja työprosessien kautta:

*”Mun on vaikea nähdä niitä hyötyjä oikeastaan muuta kuin tällaisen työn ja työprosessin kautta. Siihen työprosessiinhan se vaikuttaa ja siihen sen pitäiskin vaikuttaa ja se on tällainen laajempi hyöty sitten.” (Asiantuntija)*

Tutkintaviivettä pidettiin työntekijän kannalta haitallisena, koska silloin voi sekoittaa sairauskertomustekstin johonkin toiseen potilaaseen. Vastaajat toivat myös syyllisyyskysymykset esille tutkinnan mahdollisina haittoina. Eräs työntekijä kuvaa tunnelmiaan ennen tutkintahaastattelua seuraavasti:

*”No kyllä se vaivas mua jonkun verran, et mä en niin kuin oikein tienny, et mistä asiasta on kyse ja sitten se, että ehkä mä aamulla heräsin niinku vähän aikaisemmin ja mietin, että minkälainenhan tämä päivä on ja että mitä tulee tapahtumaan. Kyllä se jonkun verran vaivas mua, et mä nukuin ehkä vähän huonommin ja sillai. Koin sen jollain tavalla sellaisena, että kun, että niin kuin parhaansa yrittää, tosissaan oli todella väsynyt sen illan jälkeen, että no tämäkö se kiitos sitten on! Mutta sitten mä olin kuitenkin yllättynyt, et se oli kuitenkin niinkin positiivinen tilanne.” (Työntekijä)*

Syyllyistymiseen liittyvät haitat, jos niitä ei rakentavalla tavalla käsitellä, voivat kertautua haitallisesti tulevissa potilastilanteissa, kuitenkin avoimempi kulttuuri asioiden käsittelyssä nähtiin tärkeänä.

*”Jos hoitaja vaikka alkaa syyllistää itteään ja tavallaan se negatiivinen kokemus kertautuu jossain vastaavassa potilastilanteessa, et tulee sellaista epävarmuutta ja syyllistää itensä. ...ehkä se ei pysty niin kuin käsittelemään sitä asiaa ja unohtamaan tai pysty käsittelemään niin, että siitä ei jää tämmöistä jotain syyllisyysajattelua tai huonommuudentunne- ajattelua, että mä nyt en pystynytäkään tätä hoitamaan, että ehkä mä nyt en pysty seuraavaakaan hoitamaan hyvin.” (Asiantuntija)*

*”Et ei oo totuttu siihen, siihen tämmöiseen näin avoimeen, jossa ei kukaan syytä ketään. Et ei oo totuttu viel siihen ja se vie aikansa, ennen kuin siihen tottuu. Se on ehottomasti hyvä suunta.” (Asiantuntija)*

Turhautuminen kuvattiin yhtenä tutkinnan haittana. Esille tulevat epäkohdat ovat yleisesti tunnettuja eikä niille voida tehdä mitään. Työn kriittistä tarkastelua pidettiin tärkeänä, mutta arveltiin sen myös aiheuttavan aina vähän kipua. Apuna pidettiin oikeanlaista puheeksi ottoa.

*”Kyllä se tietysti semmoinen taitolajikin on kuinka ne otetaan puheeksi.”(Asiantuntija)*

Teemakysymyksestä 6 (Liite 6) koskien tutkinnan puolueettomuutta, olivat kaikki vastaajat yksimielisiä siitä, että tutkinta toteutui puolueettomasti. Tutkijan tarkoituksena oli pysytellä neutraalina. Tutkintaan liittyvät kysymykset käsiteltiin tutkimuksen eri vaiheissa yhdessä lääketieteellisen asiantuntijan kanssa, joka osaltaan kuvaa puolueettomuuden toteutumista seuraavasti:

*”Ennen kaikkea minusta tuntuu, että tällainen objektiivinen rooli täytyy olla tällä tutkijalla ja minulla päivystyksen ylläkäärinä ehkä saattaa kuitenkin olla taipumusta katsella tätä tämän organisaation näkökulmasta enemmän. Ja tässä mielessä tää yhteistyö minusta kyllä toimi hyvin, että tällaiseen törmäykseen missään vaiheessa ei tultu. Että tavallaan niin kuin eri intressiryhmien tai toimijaryhmien edut olis mitenkään joutuneet tavallaan kilpailemaan keskenään ja tässä tutkinta-asiassa minusta päästiin varmaan sitä kautta varsin hyvään tulokseen.” (Asiantuntija)*

Teemakysymyksen 8 (Liite 6) osalta vastaajat uskoivat, että tutkintamallin käyttö voi muuttaa käytäntöjä. Eräs asiantuntija kuvaa tuntojaan seuraavassa:

*”No olis hyvin kummallista, jos se ei muuttais, koska siinähan löytyy kuitenkin sellaisia hyvin helposti korjattavissa olevia epäkohtia, jotka aiheuttaa sitten niin kuin henkilökunnalle itselleen ylimääräistä kuormitusta, olis hyvin epäloogista, jos se ei sitten millään tavalla vaikuttais sitten näitten epäkohtien korjaamiseen.” (Asiantuntija)*

Jotkut vastaajista kuitenkin arvelivat, että muutoksen saamiseen ei tarvittaisi näin isoa tutkintaa, vaan epäkohta korjaantuu, jos esimerkiksi ylläkääri meetingissä (=lääkäreiden kokous) painottaa tiettyä asiaa. Tässä yhteydessä työntekijät toivat myös esille turhauman, joka liittyi pysyvän muutoksen vaikeuteen.

#### **6.2.4 Vincentin tutkintamallien ja Keski-Suomen tutkintasovelluksen vertailu**

Eri tutkintamenetelmien vertailu rajataan Vincentin tutkintamallin (A Protocol, 1999), tässä tutkimuksessa siitä tehdyn Keski-Suomen tutkintasovelluksen ja Vincentin

tutkintamallin uudistetun version, The London Protocollin (The London Protocol, 2004) keskinäiseen vertailuun.

**Taulukko 10.** Vincentin tutkintamallin (1999), Keski-Suomen tutkintasovelluksen ja The London Protocol (2004) vertailu

Vertailtavat asiat	Vincentin tutkintamalli	Keski-Suomen tutkintasovellus	The London Protocol
Tutkittavat tapaukset:			
- tapahtumilla vakava vaikutus potilaaseen/organisaatioon	kyllä	ei välttämättä vakava	ei välttämättä vakava
- organisaatio voi oppia toiminnastaan	kyllä	kyllä	kyllä
Potilaan osallisuus			
- potilaan haastattelu	ei	kyllä	kyllä
- potilaan esittämien ongelmien huomiointi tutkinnassa	ei	kyllä	ei
- tutkinnan tulosten kertominen	ei	kyllä	kyllä
Tutkintamenetelmän harjoittelu	kyllä	kyllä	ei mainintaa
Henkilökunnan valmistaminen haastatteluun			
- kirjallinen materiaali	kyllä	kyllä	ei mainintaa
- tukihenkilö mukana	tarvittaessa	ei	tarvittaessa
Haastattelujen kesto	20-30 min	20-30 min	20-30 min
Tutkinnan ulottaminen sairaalan ulkopuolelle	kyllä	kyllä	ei mainintaa
Tutkijatyöparin/ryhmän käyttö			
- haastatteluissa	kyllä	ei	kyllä
- tutkinnassa	ei	kyllä	kyllä
Hoitoon/palvelujärjestelmään liittyvät ongelmat			
- myötävaikuttavien tekijöiden nimeäminen	kyllä	kyllä	kyllä
- erityisten ja yleisten tekijöiden erottaminen	kyllä	työntekijöiden osalta	ei
- yhteenveto ongelmakohtaisesti	kyllä	kyllä	kyllä
Tutkintaraportin valmistaminen			
- aikajärjestyksen kuvaus	kyllä	kyllä	kyllä, aikajana ja vuokaaviot apuna
- hoitoon liittyvien ongelmien ja myötävaikuttaneiden tekijöiden esiintuominen	kyllä	kyllä	kyllä
- myönteisten asioiden esittäminen	kyllä	kyllä	ei mainintaa
- suositeltavat toimet	kyllä	kyllä	yksityiskohtaisesti
- aikataulu suositeltaville toimille	kyllä	ei	yksityiskohtaisesti
Tutkintamenetelmä soveltuu parhaiten	Akuuttisairaanhoidon	Kaikkeen terveyden - ja sairaudenhoitoon	Kaikkeen terveyden - ja sairaudenhoitoon

Taulukon 10 mukaisesti tutkintamallien keskeinen ero liittyy potilaan osallisuuteen. Vincentin malli huomioi potilaaseen liittyvät tekijät tutkinnan osana, muttei potilaan osallisuutta. Keski-Suomen tutkintasovellus ja The London Protocol pitävät tärkeänä

potilaan haastattelua ja tutkinnan tulosten kertomista potilaalle. Tulosten kertomisessa tulee kuitenkin huomioida potilaan vointi. Potilaan esille tuomat ongelmat huomioidaan tutkinnassa kuitenkin vain Keski-Suomen tutkintasovelluksessa. Tämä lähestymistapa on uusi eikä siitä toistaiseksi löydy kirjallisuutta eikä artikkeleita. Potilaan kokemuksen huomiointi painottaa fyysisten ongelmien ohella hoidon sosiaalisia ja psyykkisiä haittavaikutuksia.

Tutkittavalla tapauksella ei välttämättä tarvitse olla vakavaa vaikutusta potilaaseen tai organisaatioon vaan ”läheltä piti” – tilanteet soveltuvat hyvin tämänkaltaiseen sovellukseen. (Taulukko 10) Erityistä Keski-Suomen tutkintasovelluksessa on myös tutkinnan ulottaminen sairaalan ulkopuolelle potilaan hoitoketjua seuraten. Vincentin tutkintamalli kannustaa tähän, mutta asiasta ei ole kirjoitettu mallin soveltamiseen liittyvissä artikkeleissa (esim. Vincent ym. 1998, Taylor-Adams ym. 1999, Reason 2000, Vincent & Taylor-Adams 2001).

The London Protocollassa (2004) on selkiytetty ja yksinkertaistettu tutkintaprosessia jättämällä pois mm. ylimääräiset kaavakkeet sekä erityisten ja yleisten myötävaikuttavien tekijöiden nimeäminen. Tutkinnan tekeminen tarkan Vincentin tutkintamallin mukaisesti tuntui tässä tutkimuksessa mahdottomalta mm. tutkintaviiveen vuoksi. Keski-Suomen tutkintasovelluksessa onkin yksinkertaistettu tutkintaa pitkälti The London Protocollin (2004) mukaisesti.

The London Protocollissa (2004) on toimenpiteiden toteuttamisen vastuuhenkilöiden nimeäminen, aikataulu, uudistusten edellyttäminen resurssien ja arviointiajankohdan kirjaaminen kuvattu erityisen hyvin. Tässä on Keski-Suomen tutkintasovelluksen keskeinen puute, tutkintaraportti on suositusten osalta liian ylimalkainen. Suositeltavien toimenpiteiden vastuuhenkilöt ovat nimeämättä. Ongelmallista tässä tutkimuksessa on myös tutkinnan ulottaminen sairaalan ulkopuolisiin toimipisteisiin, sillä sairaala voi vain suosittaa tiettyjä toimenpiteitä. Yllättävää oli kuitenkin huomata se, miten hyvin suositellut muutokset ovat toteutuneet juuri sairaalan ulkopuolisessa työyksikössä, terveyskeskuksessa. Sairaalan ulkopuolisten työyksiköiden henkilökunnan valmiudet tämänkaltaiseen yhteistyöskentelyyn olivat kiitettävän hyvät.

Yhteenvedona tutkinnan toteuttamisesta Vincentin menetelmää soveltaen totean, että tutkintaprosessi oli yllättävän työläs, mutta äärettömän mielenkiintoinen. Potilaan hoitopolun seuraaminen tutkijan roolissa oli antoisaa ja avasi uudenlaisen näkökulman potilasturvallisuustyöhön. Huomasin, että tyypillisesti näemme vain asiat, jotka koskevat omaa työyksikköämme. Tutkijana minulla oli mahdollisuus myös säädellä tutkintahaastattelun syvyytensä ja päädyinkin rajaamaan yleisten ja erityisten myötävaikuttavien tekijöiden kysymisen ainoastaan työntekijöiltä. (Liite 15)

### **6.2.5 Pohdinta**

Kaikki tutkimuspotilaat ottivat yhteyttä oltuaan uusintakäynnillä päivystyksessä, kynnys yhteydenottoon alentui, kun ongelmat alkoivat kasaantua sairastamisen pitkittyessä. Sairaanhoidon potilaalle haitalliset tapahtumat yhdistettynä paranemisprosessiin kirkastuvat ilmeisesti monilla potilailla vasta sairastamisen jatkuessa. Tämä korostaa potilasasiamiestoiminnan merkitystä, mutta ilmeisesti myös hoitoyksiköiden suoran palautejärjestelmän kehittämistarpeita.

Potilaan kuuleminen tutkinnan yhteydessä lisäsi jonkin verran tutkintaviivettä, koska hoitoon liittyvät ongelmat määrittyivät tarkemmin vasta potilaan haastattelun yhteydessä. Tutkintaviive olisi hyvä saada lyhyemmäksi, niin että potilaan hoitoon osallistuneet työntekijät kykenisivät muistamaan useita viikkoja aikaisemmin sattuneen hoitotilanteen. Yllättävää oli kuitenkin huomata, miten hyvin työntekijät muistivat kyseisen potilastapauksen. Tutkintaan liittyvät yleiset kysymykset oli kuitenkin mahdollista esittää viiveestä huolimatta. Henkilökunnan tutkintahaastatteluviiveet saattavat lyhentyä, kun asia tulee tutummaksi ja ymmärretään osana potilasturvallisuuden laatutyötä. Oleellista oli kuitenkin huomata, että tutkintaviive ei vähennä tai poista systeemissä olevia piileviä virheitä.

Muutosten kannalta tärkeää on priorisoida sairaalaorganisaatiossa potilasturvallisuuteen liittyvän laadunvarmistuksen merkitys ja turvata sen kehittymisen edellytykset mm. riittävän henkilöstömitoituksen osalta. Suositeltavien toimenpiteiden toteutumisen osalta korostuu selvästi työyksikön johtajan vastuu muutoksista. Selvää on myös, että ilman sairaalan taloudesta päättävän luottamushenkilöjohdon sitoutumista ei tämänkaltaisesta laadunvarmistustyöstä ole

hyötyä. Tämän tutkimuksen kannalta merkityksellistä oli, että se toteutui osana koko päivystystoiminnan laajempaa kehittämistyötä. Tutkinnassa ilmenneet suositeltavat toimenpiteet on näin huomioitu mm. NOVA-hankkeessa (NOVA-hanke 2005). Erityisen ongelmallisia ovat muutokset mm. perushoidon osalta henkilökunnan vahvojen asenteiden vuoksi. Ymmärrys potilaan tilanteeseen voi kuitenkin lisääntyä vain jatkuvan keskustelun avulla.

Tutkinnan suurena puutteena oli se, että suositeltavia toimenpiteitä ei yksityiskohtaisesti aikataulutettu ja muutoksen vastuuhenkilö jäi nimeämättä. Tutkintaraportin yhteyteen kannattaa jatkossa liittää taulukon 9 mukainen yhteenveto, johon liitetään muutosten aikataulu, vastuuhenkilö ja toteutumisen seurantatapa.

Henkilökunnan kannalta tutkinta vei aikaa, herätti innostusta, mutta myös ennakkoluuloja. Syyllisyyskysymyksen tuli esille. Jatkossa tutkimustapaukset on harkiten valikoitava ja tutkinta kohdennettava yleisesti haasteellisina koettuihin potilasryhmiin. Tässä tutkimuksessa vain päivystyksen henkilökuntaa oli valmennettu asiaan koulutuksen avulla. Tämä näkyi tutkintahaastatteluissa siten, että asiasta tietävillä haastateltavilla oli selvästi vähemmän ennakkoluuloja ja pelkoja. Yllättävää oli kuitenkin sairaalan ulkopuolisen, tutkimukseen valmentamattoman, henkilökunnan valmius tämänkaltaiseen työskentelyyn. Henkilökunnan koulutusta on syytä järjestää riittävästi, kun tutkintaa käytetään laadunvarmistuksen osana. Parhaimmillaan tutkinta palvelee saumattomasti potilasturvallisuuden kehittämistyötä koko hoitoketjun osalta. Tutkinnan onnistumisen edellytyksenä on työyksikön ulkopuolinen, puolueeton henkilö, jolla on riittävästi koulutusta, ymmärrystä ja aikaa tehtävään.

Tämä tutkimus osoitti, että Vincentin tutkintamallia (A Protocol 1999) voidaan soveltaa myös silloin, kun potilas osallistuu hoitoon liittyvien ongelmien määrittelyyn. Tosin henkilökunnan osalta näin määritellyt ongelmat aiheuttivat jonkin verran hämmennystä, koska mm. lääkäri on perinteisesti tottunut käsittelemään vain lääketieteellisiä ongelmia. Mielenkiintoista oli kuitenkin huomata, että The London Protocoliin (The London Protocol 2004) tehdyt muutokset olivat samansuuntaisia Keski-Suomen tutkintasovelluksen kanssa. Potilaan kertomus avasi uudenlaisen näkökulman koko hoitoketjun toimivuuteen nostoen esille tärkeitä, helposti



korjattavissa olevia systeemivirheitä, jotka eivät välttämättä ole kirjattuina potilasraportteihin.

### **6.3 Yhteiskeskustelun toteutuminen**

#### **6.3.1 Käytännön toteutus**

Kaikki yhteiskeskustelut järjestettiin runsaan kahden kuukauden kuluttua tapaturmapäivästä. (Taulukko 8) Eri ihmisten aikataulujen sovittaminen viivytti keskustelujen järjestämistä. Se, kokiko potilas viiveen hyväksi vai huonoksi, näytti riippuvan hoitoon liittyvistä ongelmista ja paranemiseen liittyvistä asioista. Kaikki yhteiskeskustelut toteutettiin keskussairaalan tiloissa, potilastapaus 2 ja 3 osalta siten, että keskustelutilassa oli röntgenkuvien katselumahdollisuus. Ennakkotietona osallistujille sanottiin, että keskustelu tulee kestämään arvioilta 1 ½ tuntia. Jotkut osallistujat sanoivat tässä vaiheessa, että he joutuvat todennäköisesti lähtemään kesken pois.

Keskustelujen puheenjohtajana toimi päivystyksen ylilääkäri, jolla oli myös asiantuntijarooli. (Taulukko 5) Tutkijalla oli tilanteessa aktiivinen rooli, jonka mukaan hänellä oli mahdollisuus osallistua keskusteluun ja täsmentää tutkinnassa esiin tulleita asioita. Varsinainen keskustelu alkoi osallistujien esittäytymisellä ja puheenjohtajan sekä tutkijan lyhyellä orientointipuheenvuorolla. Keskustelun johdannoksi esitettiin muutama keskeinen asia: tutkimuksen tarkoitus, yhteiskeskustelun luottamuksellisuus, keskustelun nauhoittaminen ja ääninauhojen käyttö osana tutkimusaineistoa sekä kaikkien osallistujien haastattelu sovitusti keskustelun jälkeen. Potilaan kertomus käynnisti varsinaisen asioiden käsittelyn. Keskustelun aikana puheenjohtaja kertoi päivystystoimintaa koskevista kehittämishankkeista (mm. NOVA) ja päivystysyksikön rakennusprojektista.

Taulukon 11 mukaan kaikki keskustelut kestivät noin 1 ½ tuntia. Aikataulu kuitenkin petti, koska jokainen keskustelu alkoi sovittua ajankohtaa myöhemmin. Yhden asiantuntijan ja potilaan välinen vuorovaikutus korostui niissä keskusteluissa, joissa käytiin läpi potilaan röntgenkuvat. Potilastapaus 1 osalta korostui potilaan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus, samaten puheenjohtajan asiantuntijarooli.

Omaisilla oli kaikissa keskusteluissa lähinnä tarkkailijan ja kumppanin rooli, heidän puheenvuoronsa olivat lyhyitä. (Taulukko 11)

**Taulukko 11.** Keskustelun osallistujien puheaika tapauksittain (tunti.minuutti:sekunti)

Keskustelun osallistujat	Potilastapaus 1 (aika)	Potilastapaus 2 (aika)	Potilastapaus 3 (aika)
Potilas	8:37	24:22	23:06
Omainen	0:31	4:48	0:17
Työntekijät			
1.			
2.	6:26	2:44	4:10
3.	8:14		
4.	5:08		
	4:47 (poistui klo 31:05)		
Asiantuntijat			
1.	34:08 pj.	23:26 (poistui klo1.04:36)	34:13 (poistui klo 1.03.30)
2.		3:48	7:30 (poistui klo 1.24.50)
3.		2:58 (poistui klo 45:29)	18:25 pj.
4.		19:53 pj.	
Tutkija	12:05	4:36	5:33
Keskustelu-aika yhteensä	1.19:56	1.26:35	1.33:14

pj. = puheenjohtaja, joka toimi keskustelussa myös asiantuntijana

Taulukossa 12 on kuvattu yhteiskeskustelujen pääteemat luokittelemattomina niin kuin ne tulivat keskustelussa esille. Jokaisen keskustelun teemat vastaavat hyvin potilaan kertomuksessa ja tutkinnassa esiin tulleita asioita. Keskustelun asiasisällön painotus ohjautui paljolti potilaan toiveen mukaisesti. Puheenjohtajan rooli oli kuitenkin merkittävä paitsi keskustelun hallinnan myös sen ilmapiirin kannalta. Keskusteluihin liittynyt viive mahdollisti myös kuntoutumiseen liittyvän neuvonnan ja potilaan rohkaisun. (Taulukot 8 ja 12)

### 6.3.2 Osallistujien näkemykset keskustelusta

Yhteiskeskustelujen jälkeen tutkija haastatteli välittömästi potilaan ja omaisen. Työntekijöiden ja asiantuntijoiden haastattelut tehtiin myöhemmin sovittuna ajankohtana. Tässä luvussa on kuvattu potilaiden ja omaisten vastauksia teemakysymyksiin 1-4 (Liittet 4-5) ja henkilökunnan osalta teemakysymyksiin 1-3

Taulukko 12 Yhteiskeskustelujen teemat potilastapauksittain

Potilastapaus 1	Potilastapaus 2	Potilastapaus 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ultraäänitutkimuksesta kieltäytyminen</li> <li>* Hoitoratkaisujen perusteet</li> <li>* Hoitolinjan valinta (leikkaus/konservatiivinen hoito)</li> <li>* Leikkauksen siirtyminen</li> <li>* Kipureaktio ja sen tulkinta <ul style="list-style-type: none"> <li>- simulointiepäily</li> <li>- leimautumisen pelko</li> <li>- sairauskertomusmerkintä</li> </ul> </li> <li>* Kipulääkitys</li> <li>* Lääkäreiden konsultointi ja perehdyttäminen työhön</li> <li>* Sisäisen kehittämistyön tarve <ul style="list-style-type: none"> <li>- röntgenlääkäreiden ja ortopedien säännölliset meetingit</li> <li>- hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö vuodeosastolla</li> <li>- hoito-ohjeiden uusimistarve</li> </ul> </li> <li>* Lisäavun saaminen kiireaikoina</li> <li>* Pitkät odotusajat</li> <li>* Perushoito (ruokailu/nesteytys)</li> <li>* Ujojen/hiljaisten potilaiden asema</li> <li>* Kiitoksen välittäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hoitovirhe-epäily / hoidon asianmukaisuus</li> <li>* Röntgenkuvan puuttuminen</li> <li>* Hoitolinjojen eroavuus</li> <li>* Potilasneuvonta ja Hoffmanin laite <ul style="list-style-type: none"> <li>- valmistaminen ulkoisen tukilaitteen asentamiseen (mm. koko)</li> <li>- kylmältä suojaaminen, vaatetus</li> <li>- tulehduksen ehkäisy</li> <li>- kirjallisen ohjeen tarpeellisuus</li> <li>- yhteydenottomahdollisuus</li> <li>- laitteen poisto</li> </ul> </li> <li>* Puhelinneuvonta</li> <li>* Potilaskortin merkinnät</li> <li>* Kipuun liittyvät asiat <ul style="list-style-type: none"> <li>- lääkitys terveyskeskuksessa ja päivystyspoliklinikalla</li> <li>- lääkitys kotona</li> <li>- astma, fibromyalgia ym.</li> </ul> </li> <li>* Hoitovastuu / pompottelu eri hoitopisteiden välillä <ul style="list-style-type: none"> <li>- vastuukysymys 3 vrk aikana kipsauksesta</li> </ul> </li> <li>* Ulkopaikkakuntalaisuus ja opiskelu</li> <li>* Potilasmaksut <ul style="list-style-type: none"> <li>- turhat hoitokäynnit -&gt; lisäkulut!</li> <li>- veronmaksukyvyyn alentumisvähennys</li> <li>- KELAn sairaspäiväraha</li> </ul> </li> <li>- sairausloma vs opintotuki</li> <li>* Kuntoutuminen ja ennuste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hoidon asianmukaisuus/hoitovirhe?</li> <li>* Röntgenkuvan puuttuminen</li> <li>* Kuntoutumisen edistäminen</li> <li>* Tulevaisuus vamman paranemisessa</li> <li>* Viive hoitoketjussa/odottaminen</li> <li>* Perushoito (ruokailu/nesteytys, ajan tasalla pitäminen)</li> <li>* Potilaan rooli vs. hiljainen potilas</li> <li>* Kivun hoito</li> <li>* Lisätyövoiman hankkimisen kriteerit</li> <li>* Röntgenkuvien saaminen</li> <li>* Tapaturmailmoitustodistus</li> <li>* Leikkauksen siirtyminen</li> <li>* Hoffmanin laitteen poisto</li> <li>* Välikontrollien tarpeellisuus</li> </ul>

(Liite 6) koskien yhteiskeskustelun toteutumista. Kokemukset yhteiskeskusteluista on kuvattu tunnistettavuuden välttämiseksi jakamalla osallistujat potilaisiin/omaisiin ja henkilökunta potilasta hoitaneisiin työntekijöihin ja asiantuntijoihin, kuten edellisessä luvussa.

Teemakysymyksen nro 1: "Mitä ajattelet käydystä keskustelusta?" vastaukset on luokiteltu neljään kategoriaan: yleiskuvaan keskustelusta, keskustelun syvempään merkitykseen, keskustelun puutteisiin ja vaikeuksiin sekä omiin tuntemuksiin keskustelun jälkeen. (Taulukko 13) Potilaat ja heidän omaisensa kokivat yhteiskeskustelut hyvinä ja tilannetta selventävänä. Yhteiskeskustelu vei myös voimia ja kaikki potilaat pitivät omaisen mukanaoloa erittäin tärkeänä. Keskustelu poisti epävarmuuden hoidon laadusta ja erityisesti toisen lääkärin näkemyksen kuuleminen tuntui potilaista hyvältä. (Taulukko 13) Eräs potilas kuvaa alussa pelokkaita tunnelmiaan seuraavasti:

*"Kyllähän mua aluks sillai tavallaan hirvitti että, että kuinkahan tässä nyt meikäläiselle käy, kun on tällainen ns. pieni ihminen ja iso, iso taho tai ison tahon kanssa tässä nyt joutuu asiaa puimaan, niin kyllähän se pelotti. Mutta ihan hyvä olo on nyt. Että oli ihana päästä katsoon just noita omia kuvia, sillain että oli varmasti ammatti-ihminen kattomassa. Ja musta ainakin tuntu, että et ihan tosissaan niin kuin ymmärrettiin se mitä mä tulin hakeen. Että kun mä tulin tänne hakeen sitä, että kenellekään muulle ei varmaan käy enää näin!"(Potilas)*

Potilaat ja omaiset kokivat henkilökunnan suhtautuvan käsiteltäviin asioihin (teemakysymys nro 2, Liitteet 4-5) vakavasti ja ammatillisesti, mutta osin puolustelevasti. Jonkin verran ihmetystä herätti myös eri ammattiryhmiin kuuluvien keskustelun osallistujien vähäinen vuorovaikutus, jota toivottiin enemmän. Omainen tiivistää huomionsa seuraavasti:

*"Että mä odotin vähän sitä, että olis vähän kysytty niin kuin toiselta lääkäriltä toista mielipidettä asiaan, että mitä mieltä hän on siitä, kun on itse tällamoista toista mieltä.... niin kuin sairaanhoitaja kysyi tässä muistaakseni oliko tää nyt ortopedi, niin häneltä kysyi sitten yhdessä vaiheessa tota näistä niin kuin papereitten lähettämisestä jonkun mukana, et niin kuin semmoista vähän enemmän..."(Omainen)*

Työntekijät pitivät pääsääntöisesti keskustelua antoisana ja hyvänä (teemakysymys 1, Liite 6). Näkemyksiä jakoi kuitenkin kysymys siitä kenen pitäisi olla keskustelussa mukana. Ongelmaa tuotti erityisesti potilaan osallistuminen, kun keskustelu koski

työyksiköiden sisäisiä työn kehittämistarpeita. (Taulukko 13) Henkilökunta ei ole tottunut avoimuuden kulttuuriin näissä asioissa.

*"Mun mielestä ei oo oikein, että semmoinen henkilö, joka niin kuin, jolta ei voi olettaa eli puhun tästä potilaasta, että me lähetään keskustelemaan niinku sairaalan sisäisistä asioista, potilaan läsnä ollessa, meidän organisaatiosta!"(Työntekijä)*

**Taulukko 13.** Osallistujien käsitykset yhteiskeskustelun toteutumisesta

Käsitysten kuvauksen dimensiot	Potilaat ja omaiset	Työntekijät	Asiantuntijat
Yleiskuva tilanteesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- asiantuntijuus hyvää</li> <li>- hyvä keskustelu</li> <li>- selventävä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ihan hyvä juttu</li> <li>- aivan loistava tilanne</li> <li>- antoisa</li> <li>- asiallinen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hyvä, positiivinen</li> <li>- rakentava, selkopiirteinen</li> <li>- asiallinen, selventävä</li> <li>- hedelmällinen</li> <li>- perusteellinen</li> <li>- huumoria sopivasti</li> </ul>
Syvempi merkitys	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poisti epävarmuuden hoidon laadusta</li> <li>- ei tarvitse lähteä riitelemään hoidosta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toi näkemyksiä mitä potilas ajattelee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hyödyllinen kaikkien kannalta</li> <li>- oppimistilaisuus</li> <li>- ammatillisen kasvun mahdollisuus</li> <li>- korjausta vaativia seikkoja esille</li> <li>- epäilyjen oikaisun mahdollisuus</li> <li>- asioiden selvittäminen kokonaisuutena</li> </ul>
Puutteita/vaikeuksia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keskustelua ammatti-ihmisten välillä liian vähän</li> <li>- henkilökunnan keskinäinen yhteistyö puutteellista?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- todella huono, kun potilas keskustelemassa hoitojärjestelyistä</li> <li>- puolustuskannalla oleminen</li> <li>- puheenvuorojen ajoitus</li> <li>- kukaan ei nostanut "kissaa pöydälle"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ulkoiset puitteet romutti - ei aikataulutettu riittävästi</li> <li>- keskustelutilanne loppui "töksähtäin"</li> <li>- osanottajat eivät sitoutuneet</li> <li>- näytti karkaavan väärille urille</li> <li>- vihamielisten tunteiden käsittely</li> </ul>
Omat tuntemukset jälkikäteen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- väsynyt</li> <li>- rankka kokemus</li> <li>- kuin olisi kunnon työpäivän tehnyt</li> <li>- hyvä olo</li> <li>- ihailin sitä viisautta mitä ihmisellä on</li> <li>- ennakkopelko: pieni ihminen ja iso, iso taho! - minua ymmärrettiin kuitenkin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaalle tärkeä tilanne</li> <li>- hirmu positiivinen</li> <li>- asiaa hyssytteltiin</li> <li>- hyvä, ettei keskustelu rönsyillyt tunnepuolelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potilas oli oivaltanut epäkohdat monipuolisesti sairaalan ja myös muitten potilaiden kannalta</li> <li>- mielenkiintoista kuulla potilasta</li> <li>- ymmärrys lisääntyi</li> </ul>

Suurin osa työntekijöistä ei kuitenkaan kokenut potilaan ja omaisen osallistumista ongelmallisena, päinvastoin:

*"No mä koin sen henkilökohtaisesti hirmu positiivisena ja uutena tilanteena ja en oo koskaan aikaisemmin ollu. Mä sain siitä paljon itelleni omaa työtä ajatellen semmoisia näkemyksiä mitenkä potilas ajattelee ja reagoi tän tyyppisissä tilanteissa ja mä luulen, että potilaskin sai*

*hirmu paljon semmoista selvitystä näille asioille mitenkä tässä tilanteessa oli toimittu et kokonaisuutena niin, aivan loistava tilanne.”(Työntekijä)*

Vastaajien näkemyksiin potilaan osallisuudesta vaikutti selvästi omat aikaisemmat kokemukset hoitoneuvotteluista. Jos kokemusta neuvotteluista oli vähän, oli suhtautuminen tähän työmenetelmään selvästi kriittisempi. Kokemus monista hoitoneuvottelusta lisäsi selvästi myös ymmärrystä potilaan ja asiakkaan tunnemaailmaan, jopa niin, että vastaaja arveli prosessin voivan lisätä potilaan voimaannuttamista.

*”Minusta se asiakkaan osallisuus on hirvittävän tärkeä, että tota asiakasta pitäis voida vahvistaa siihen. Tietysti voi sitten ajatella, että onko jokin asiantuntemus rooli siinä niin vahva sitten, että se ylittää sen asiakkaan kokemuksen, että miten se tasapaino pidetään? Se on minusta sellainen asia, joka vaatii aika paljon sellaista hienosäätöä tai hienotunteisuutta tai miten sen ilmaiseekaan sitten, että niin kuin se ihmisenä olemisen rooli olis niin kuin vahvempi siinä, jotenkin aina. Että se asiakas vahvistuis siinä eikä niin, että kaikki asiantuntijat tässä niin kuin tietävät minua paremmin kuinka siinä kävi!” (Asiantuntija)*

Asiantuntijat näkivät tilanteen parhaimmillaan oppimisen ja ammatillisen kasvun näkökulmasta. Keskustelu todettiin hyödylliseksi kaikkien osallistujien kannalta ja se antoi mahdollisuuden epäilyjen oikaisuun (teemakysymys 1, Liite 6). (Taulukko 13)

*”...ehkä tän tyyppinen keskustelu sitten auttaa siihen, et kun on potilas ensin käy siellä poliklinikalla ja näitä asioita niin kuin kokonaisuutena selvitetään, ehkä se sitten painaa tavallaan enemmän ja sitten vielä kun potilas saa tavallaan ulkopuolisen, tai toisen lääkärin näkemyksen siihen asiaan ja varsinkin tässä kun siinä oli iso rinki muitakin ihmisiä, niin se tavallaan on helpottamassa tätä potilaan mahdollisuutta tehdä se oma ratkaisunsa tän asian hyväksi” (Asiantuntija)*

Teemakysymyksen 2 (Liite 6) osalta asiantuntijat ja työntekijät olisivat toteuttaneet keskustelun järjestelyt toisin. (Taulukko 12) Parannusehdotuksina esitettiin huolellisempi valmistautuminen ja keskustelun käsikirjoituksen laatiminen, parempi aikatauluttaminen ja tiivistäminen huomioiden osallistujien mahdollisuus paikallaoloon, rauhallinen paikka työpaikan ulkopuolella sekä osallistujien parempi sitoutuminen ja varautuminen uudentyypiseen aikaa vievään työmuotoon.

Keskustelun tunneilmaston syvyys jakoi työntekijöiden ja asiantuntijoiden mielipiteitä. Keskustelun sävyä rakentavana, asiallisena ja perusteellisena pidettiin toivottavana. Näissä keskusteluissa tässä onnistuttiin. Pääsääntöisesti toivottiin, että tilanne

pidetään niin hallinnassa, ettei se karkaa ”väärille urille”, mutta kenenkään tunteita ei saisi tukahduttaa. (Taulukko 13)

*”...että et se pystytään kuitenkin pitämään se keskustelu niissä rajoissa, että keskusteluyhteys säilyy, mutta että kuitenkin kosketellaan niitä todellisia kipeiks koettuja asioita ja ja lääkärihän siinä monta kertaa on tää loukkaantumisen tunne, joka tulee, et joku kehtaa ottaa esille asian, että hän on menetelly väärin...taikka jopa on ehkä kokenukin menetelleensä väärin, se on semmoinen henkilökohtainen loukkauksen tunne kuitenkin tää loukkaantumisen tunne mikä syntyy, ja se aiheuttaa semmoisen aggression usein ja tavallaan mitenkä sitä tuo esiin sitä aggressiotaan ja vihaisuuttaan siitä että se kuitenkin sais purkautua ja tulla esiin niin siinä niinku se, että sitä mä mietin että. Minusta se ei menny liian pitkälle kuitenkaan, mutta siinä oli selvä uhka” (Asiantuntija)*

Haastattelun aikana tuli esille myös henkilökunnan potilassuhteisiin liittyviä ikäviä kokemuksia, joiden perusteella tuli esille huoli työntekijöiden oikeuksista.

*”Potilaat saa tehdä ihan mitä vaan: he saa löydä meitä, he saa käydä käsiks, he saa haukkua ja syytellä, mut me ei voida tehdä mitään. Me ei saada sitä potilasta vastuuseen niistä teoistaan millään.” (Työntekijä)*

Potilaat toivat esille, että keskustelu selvensi asioita niin, ettei heillä ollut tarvetta enää lähteä kirjallisten valitusten tielle. Asioiden läpikäynti muutti potilaiden ja omaisten näkemyksiä tapahtumista ja annetun hoidon laadusta (teemakysymys 3, Liitteet 4 ja 5). (Taulukko 13) Tutkinnassa selvinneiden asioiden ja tehtävien korjaustoimenpiteiden esittäminen keskustelussa vakuutti potilaat ja omaiset niin, että he uskoivat pilottitutkimuksen muuttavan sairaalan käytäntöjä jatkossa esitettyjen toimenpiteiden mukaisesti (teemakysymys 4, Liitteet 4 ja 5) Henkilökunnan näkökulmasta kirjalliset valitukset ja kantelut vievät runsaasti aikaa, tosin joskus pakottavat potilaan jäsentämään asioita. Yhteiskeskustelu koettiin rakentavaksi tavaksi selvittää asioita.

*”Kaiken kaikkiaan taas kyllä tuli siitä vakuuttuneeksi, että tämä on oikea tapa käsitellä näitä hoitovahinkoja taikka tällaisia, tällaisia tavallaan ääh kanteluasioita että tää on tää nimenomaan on semmoinen rakentava, joka joka niin kuin antaa mahdollisuuden ymmärtää toista paremmin. Tätä pitäis varmaan suosia verrattuna siihen kirjalliseen tiehen, joka tuota jättää varmaan enemmän kysymyksiä auki ku, kun tuota antaa vastauksia. Et tää niin kuin tässä koko ajan vahvistuu se näkemys siitä, että tämä on se linja mitä pitäis niin kuin laajemmin käyttää ja kehittää tällaisenä toimintamallina.” (Asiantuntija)*

Kaikki työntekijät ja asiantuntijat haastateltiin neljän viikon sisällä yhteiskeskustelusta, joten mielikuva keskustelukokemuksesta oli ehtinyt muotoutua.

Taulukossa 14 on kuvattu heidän esille tuomia etuja keskustelusta (teemakysymys 3, Liite 6). Henkilökunnan näkökulmasta yhteiskeskustelu lisäsi selvästi ymmärrystä potilaan kokemusmaailmaan. Näkökulma yhdestä toimipisteestä laajeni potilaan hoitoketjua seuraten. (Taulukko 14)

*”Ja sit sen koko hoitoketjun näkeminen ja siellä mahdollisesti nämä ns. turhat kynnykset ja viiveet ja ja tämmöiset haitat niin ne on mahdollista siinä havaita paremmin” (Asiantuntija)*

Taulukko 14 Henkilökunnan kuvaamat yhteiskeskustelujen edut

Yhteiskeskustelun edut	Työntekijät	Asiantuntijat
Työntekijöiden ja asiantuntijoiden osalta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitokäytäntöjen kertaaminen</li> <li>- mielenrauha</li> <li>- anteeksipyyntö mahdollisuus</li> <li>- hoitamisen näkökulma esille eri ammattikunnan kannalta -&gt; ymmärrys lisääntyi</li> <li>- oman roolin ja työn peilaamismahdollisuus</li> <li>- oman työn kehittämisen apu</li> <li>- avasi uusia näkökulmia</li> <li>- selkiytti työnjakoa ja hoitovastuuta eri toimipisteiden välillä</li> <li>- kirjallisten ohjeiden kehittämisen tärkeys</li> <li>- kirjalliselta paperisodalta välttyminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oppimisen paikka</li> <li>- tilaisuus ammatilliseen kasvuun</li> <li>- oivallus kustannusten merkityksestä</li> <li>- hoitotilanteen konkretisoinnin edut</li> <li>- potilaan valmistelun tärkeys</li> <li>- ohjaamisen merkitys</li> <li>- potilaan informoiminen</li> <li>- keskustelumenetelmän edut asioiden selvittelyssä</li> <li>- epäkohdat esille, selkeät toimintaohjeet niiden korjaamiseksi</li> <li>- muiden työyksiköiden työntekijöiden kohtaaminen ja kuuleminen</li> <li>- yhteistoiminnan mahdollisuus</li> <li>- kokonaisuuden ymmärrys</li> <li>- koko hoitoketjun näkeminen</li> <li>- kynnysten, viiveiden ja haittojen havaitsemisen mahdollisuus</li> <li>- palaute suoraan palvelujen käyttäjältä</li> </ul>
Potilaan ja omaisen osalta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mahdollisuus tuntojen purkamiseen</li> <li>- kokemus, että on kuunneltu</li> <li>- runsas huomiointi</li> <li>- vastaukset kysymyksiin ja asiallinen tieto</li> <li>- ymmärrys, miksi toimittiin tietyllä tavalla</li> <li>- anteeksipyyntö, kun virhe on tapahtunut</li> <li>- koko prosessin läpikäynnin mahdollisuus</li> <li>- potilasneuvontaa tulevaisuuteen suuntautuen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ymmärryksen kasvu</li> <li>- kaikille osapuolille työläään kirjallisen kantelun välttäminen</li> <li>- henkilökunnan ymmärrys pompottelun haitallisuuden</li> <li>- kustannusten muodostumisen näkökulman esiintulo</li> <li>- ahaa – elämykset</li> <li>- epäselvyyksien selkiintyminen</li> <li>- mahdollisuus puhua epäkohdista</li> <li>- tieto, että hoito on ollut oikeaa</li> <li>- luottamuksen palautuminen</li> </ul>

Myös ymmärrys potilaalle aiheutuvien monenlaisten lisäkustannusten osalta kasvoi.

*”...mutta siinä sivutuotteena minusta tuli myöskin tää potilaille aiheutuneitten kustannusten hoitokustannusten, matkojen ja kaiken muun taksimatkojen ja kaiken muun tämmöisen osalta vaatteiden, et joutuu vähän vaatteita tällaisen ulkoisen kiinnityslaitteen takia miettimään, kun on kylmä ja pakkaspäiviä. Et tavallaan niin kuin se kustannuspuoli oli minusta tässä sellainen yks pieni yksityiskohta, mutta joka mua kuitenkin herätteli, että se voi olla joissakin tilanteissa olla tällaisten toimimattomuuden yks semmoinen tärkeä näkökulma*



*ja voi olla, että potilaat ei kuitenkaan hevin tällaista asiaa tuo esiin, koska se koetaan ehkä vähän nolona...” (Asiantuntija)*

Keskustelun hyödyt olivat myös yksilöön kohdentuvia mielenrauhan, ammatillisen kehittymisen ja ymmärryksen lisääntymisen johdosta.

*”Sitä ei välttämättä aina tuu tilaisuutta sitä anteekspyyntöä esittää. Mun mielestä se on ihan hyvä, kun se tulee jossain vaiheessa.” (Työntekijä)*

Henkilökunta arvioi, että potilaalle ja omaiselle suurin hyöty keskustelusta oli ymmärryksen lisääntyminen. Tilanne, jossa potilaalle näytettiin röntgenkuvista hoitoon liittyviä ratkaisuja toimi hyvänä esimerkkinä myös onnistuneesta neuvontatilanteesta. Muutos potilaan käyttäytymisessä oli ilmeinen.

*”Vaikutti siltä, kun kattoi sitä hänen niin kuin reagointiaan siinä tilanteessa niin niin kuin hänkin selkeästi näytti saavan sellaisia ahaa – elämyksiä, että sitä se tarkoitti siinä vaiheessa, kun hänelle tälle potilaalle oli sanottu niin ja näin. Että selvästi varmaan moni epäselvä asia niin ainakin jonkun verran selkiintyi siinä tilanteessa.” (Asiantuntija)*

Keskustelu tarjosi mahdollisuuden koko prosessin läpikäymiseen, potilas sai vastauksia kysymyksiinsä, häntä kuunneltiin ja huomioitiin. Tärkeää oli myös mahdollisuus sovittaa tehdyt virheet ja kuulla anteekspyyntö tapahtuneen johdosta.

### **6.3.3 Pohdinta**

Yhteiskeskustelujen järjestely, kun osallistujina on 7-8 eri tavoin kiireistä ihmistä, on vaikeaa. Erityisen haasteen tämän pilottitutkimuksen yhteiskeskustelujen järjestelyille toi terveydenhuollon ammattilaisten sekä hoitohaitan kokeneen potilaan ja hänen omaisensa saattaminen saman pöydän ääreen. Moniammatillisia hoitoneuvotteluja on perinteisesti käytetty psykiatriassa, lastentaudeilla, neurologiassa ja lääkinnällisessä kuntoutuksessa, mutta vastaavista kokemuksista hoidon haittojen selvittelyssä ei toistaiseksi ole artikkeleita. Ajatus keskustelun tarpeellisuudesta on kuitenkin esitetty usein kirjallisuudessa (Allsop & Mulcahy 2001, Sage 2003, Studdert & Brennan 2001).

Keskustelut toteutuvat 3-21 vuorokauden kuluttua viimeisestä tutkintahaastattelusta (Taulukko 8). Pilottiprojektin tutkimusasetelma antoi mahdollisuuden siihen, että yhteiskeskustelussa voitiin osallistajat koota tapahtumien kannalta tarpeellisista

organisaatioista. Tämä mahdollisti mielenkiintoisen vuoropuhelun, jossa ilmeni myös tiedonkulkuun liittyviä rakenteellisia puutteita. Viiveet keskustelun järjestelyissä eivät poista systeemissä olevia piileviä virheitä vaan ne pysyvät kunnes tapahtuu muutos. Keskustelut toivat osallistujille myös oivalluksia oman organisaation ja potilaan hoitoketjuun liittyvän systeemin muutostarpeista. Vahinkotilanteessa potilaalla on usein toive ”ettei tätä sattuisi kenellekään toiselle” (Tervo & Hallman-Keiskoski 2000). Potilaalle onkin tärkeää kuulla, miten jatkossa ehkäistään vastaavia tapahtumia (Vincent & Coulter 2002).

Kaikki keskustelut alkoivat myöhässä ja viisi osallistujaa joutui poistumaan kesken, joka osaltaan häiritsi keskustelun kulkua. Jatkossa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota keskustelun järjestelyihin siten, että sille varatusta aikataulusta pidetään kiinni. Yksittäisten osallistujien käyttämän puheajan laskeminen antaa pinnallisen kuvan osallistujien aktiivisuudesta. (Taulukko 11) Jokaisessa keskustelussa oli kuitenkin potilaalla keskeinen rooli ja mahdollisuus tuoda esille tärkeäksi katsomiaan asioita.

Yhteiskeskustelun johtaminen osoittautui vaativaksi ja tärkeäksi tehtäväksi. Puheenjohtajalla on mahdollisuus vaikuttaa käytettyihin puheenvuoroihin ja huolehtia, että tutkinnassa esiin tulleet asiat käsitellään. Potilaat toivat esille tilanteen pelottavuuden. Puheenjohtajalla on myös tilaisuus auttaa potilasta ja omaista saamaan äänensä kuuluville uudessa tilanteessa, ammattilaisten ympäröimänä. Keskusteluun osallistuvien työntekijöiden kannalta on merkityksellistä, että keskustelu on asiallista eikä syyllistä siihen osallistuvia (vrt. Barach & Small 2000, Wise 2001, Jones 2002). Puheenjohtaja luo olemuksellaan ja toiminnallaan keskustelun ilmapiirin. On tärkeää, että keskustelua johtaa yhteisön arvostama henkilö.

Potilaan ja omaisen osallistuminen hoidon haittojen selvittelyyn nostaa heidät ammattilaisten rinnalle korostamalla kaikkien keskustelun osapuolten kyvykkyyttä ja asiantuntemusta (vrt. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun hallinta 1999, Terveys 2015-kansanterveysohjelma 2001, Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002, Crawford ym. 2002, Toiviainen 2004). Näin yhteiskeskustelu terveyden edistämisen interventiona samalla tukee yksilön

voimaannuttamista (empowerment) (Aujoulat ym.2001). Potilaan kannalta on tärkeää, että ammatti-ihminen uskoo hänen kokemustaan (Vincent 1994, Vincent 2001) ja osoittaa empatiaa (Pichert & Hickson 2001). Käydyissä keskusteluissa kaikkien osallistujien ymmärrys tapahtumiin lisääntyi. Eri osapuolten kannalta konkreettisenä hyötynä oli myös mahdollisuus anteeksipyyttämiseen ja anteeksiantamiseen (vrt. Vuoria 2000, Beard ym. 2001, Tervo 2001). Keskusteluihin osallistuneet pitivät myönteisenä, ettei enää ollut tarvetta kirjalliseen valitukseen.

Odottamattomat hoidossa tapahtuneet haitat lamaavat potilasta ja hänen lähipiiriään, mutta myös tapahtumiin osallistuneita työntekijöitä ja heidän työyhteisöään altistaen sairastumiselle. Tapahtumien avoin käsittely keskustelemalla on promootion ja prevention näkökulmista parasta terveyden edistämistä. Bensbergin ja Kennedyn (2002) mukaan erityisesti päivystysyksiköillä on hyvät edellytykset kehittyä sekundaariprevention osalta, muuttaa toimintatapojaan ja kohdata yksilö kokonaisuutena.

#### **6.4 Henkilökunnan kehittämisajatuksia pilottitutkimuksesta**

Loppuhaastattelun yhteydessä henkilökunnalta kysyttiin mitä he ajattelivat tämänkaltaisen selvittelymallin käytöstä ja soveltuvuudesta työn kehittämiseen (teemakysymys 12, Liite 6). Erityisesti asiantuntijat innostuivat pohtimaan asiaa ja toivat esille erilaisia kehittämisenäkökulmia. Tämän pilottitutkimuksen tutkimusasetelma - potilaan ja potilaan omaisen kuuleminen, Keski-Suomen tutkintasovellus ja yhteiskeskustelu - sisälsi vastaajien mukaan merkittäviä etuja. Menettelytapa nähtiin oikein suunnattuna toimivan hyvin haittojen ennaltaehkäisyssä.

*”Jos tän tyyppistä mallia halutaan käyttää, niin sen on oltava näin raskas. Ei se sitten taas toimi, jos sitä ruvetaan karsimaan, et ketä siitä karsii pois, mitä siitä karsii pois? Mä luulen, et se ei oo sit enää kaikil sillä lailla kattava, kun tää on nyt. Mut tietenkin tää pitää olla tai suunnata hyvin erityistapauksiin ainoastaan, että että yrittää sitten tavallaan siinä toiminnassa ottaa huomioon sen, ettei kehittyis tämmöistä tilannetta, että tavallaan ottaa tästä raskaasta mallista oppia sellaisessa ennaltaehkäisevässä toiminnassa, että että tota, ettei näihin jouduttaisi” (Asiantuntija)*

Yhteiskeskustelusta oppiminen nähtiin yleisesti suurena etuna ja osana ammatillista kasvua.

*”Tää on oppimisprosessi sitten kaikille osanottajille, että kun parissa tällaisessa keskustelussa on mukana niin alkaa ymmärtää missä mennään ja mikä on ongelma. Niin pystyy sitten muuttamaan toimintaansa ja myös sitten, että jos siinä tulee tällaisia törmäyksiä ja ongelmia niin pystyy niistä sitten sopimaan ihan niin kuin kahden kesken potilaan kanssa.” (Asiantuntija)*

Keski-Suomen tutkintasoventuksen osalta kannattaisi harkiten valikoida sopivat tapaukset, jotka edustaisivat hoidon yleisiä kohderyhmiä esimerkiksi ranne- ja lonkkamurtumat tai tekonivel- ja ligamenttikirurgia. Sovittujen potilasryhmien joukosta kannattaisi tehdä otanta, josta valikoitaisiin sopiva tapaus. Pilottitutkimuksen tutkintaprosessi soveltuisi hyvin myös perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon välisen hoidonpörrastuksen ja potilaan hoitoketjun toimivuuden selvittelyyn siten, että potilastapaus valitaan isojen, yleisten sairausryhmien joukosta. Sopivan potilastapauksen arveltiin löytyvän potilasasiamiehen tai ylläikäärin kautta. Tutkintaprosessin toteuttamista koordinoisi sairaanhoitopiirin yhteinen, neutraali, työyksikön ulkopuolinen henkilö, joka tarkastelisi asiaa objektiivisesti.

Tutkintaa voisi keventää siten, että kirjaamista vähennetään ja osa henkilökunnan haastatteluista toteutetaan sovitusti puhelinkeskusteluna siten, että haastateltavalla on tarvittavat potilaspaperit käytössään. Samassa yhteydessä haastateltava valmennettaisiin ymmärtämään tulevan yhteiskeskustelun tarkoitus.

Kaikki vastaajat olivat yksimielisiä siitä, että myös muita hoidon haittojen ehkäisytapoja tarvitaan. Hyvänä pidettiin ammattiryhmäkohtaisia meetinkejä, osastotunteja tai hoidon kehittämistilanteita, joissa käsitellään yksittäisiä potilastapauksia. Näissä tilanteissa ei potilaan läsnäoloa nähty tarpeellisena. Joskus voisi Vincentin tutkintamallista olla apua hoito-ongelmien jäsentämisessä. Myös suuronnettomuustilanteet tarvitsivat kaikkien vastaajien mielestä tarkkaa analysointia ja ainakin näissä tilanteissa myös osallisten tukitoimet jälkikäteen nähtiin tarpeellisena.

Hoidon haittojen selvittely nähtiin parhaana laatutyönä. Vastaajat arvelivat kuitenkin, että terveydenhuollossa ei ole totuttu oman työn kyseenalaistamiseen ja arviointiin. Myös vahinkotilanteissa helposti esille nousevat syyllisyyskysymykset voivat estää tilanteiden rakentavaa selvittelyä. Jatkossa näitä asioita pitäisi käsitellä jo

terveydenhuollon koulutuksessa ja osana pakollista ammatillista täydennyskoulutusta. Laadunseurantajärjestelmiin pitäisi rakentaa potilastyytyväisyyttä ja henkilökunnan työtyytyväisyyttä kuvaavat mittarit, joita seurataan osana potilasturvallisuuden kehittämistyötä. Ymmärrys tämän tutkimusprosessin ennaltaehkäisevään merkitykseen tuli selvästi esille vastaajien puheessa.

## **7. TUTKIMUKSEN YHTEENVETO, ARVIOINTI JA JOHTOPÄÄTÖKSET**

### **7.1 Tulosten yhteenveto**

Varsinainen tutkimustiedote annettiin 2162 potilaalle, joista vain 1 % otti yhteyttä tutkijaan. Potilastiedotteen saaneet, tutkimukseen valikoituneet potilaat, ottivat yhteyttä vasta käytyään uusintakäynnillä päivystyksessä. Esitutkimusvaiheessa henkilökunnan kautta tuli esiin 11 mahdollista potilastapausta, joka suhteutettuna vuotuisen potilassuoritemäärään on ainoastaan 0.04%. Aikaisempien tutkimusten mukaan noin joka kymmenelle potilaalle aiheutuu hoidosta haittoja (Wilson ym. 1995, Schiøler ym.2001, Vincent ym. 2001, Davis ym. 2002.) ja Forster ym. (2003) tutkimuksen mukaan esiin tulevien hoidon haittojen määrä vielä kasvaa potilaan kotiuduttua. Potilaalle kynnyksenä negatiivisena koettuun yhteydenottoon saattaa olla korkea, koska tutkimukseen osallistuneet potilaatkin pohtivat sen mahdollisia vaikutuksia tulevaan hoitoon. Tutkittavien joukko voi myös valikoitua paremmin koulutettuihin, koska yhteyttä piti ottaa suoraan tutkijaan. Huolimatta päivystyksen henkilökunnalle järjestetyistä useista koulutustilaisuuksista, on tämänkaltainen lähestymistapa hoidon haittoihin uusi. Hoidon haittoihin liittyy yleisesti myös syyllisyyden kulttuuri (Barach & Small 2000, Wise 2001, Cohen ym. 2003, Runciman ym. 2003), joka osaltaan saattoi esitutkimusvaiheessa estää työntekijöitä kertomasta mahdollisista tapauksista. Toisaalta myös tutkimusasetelman raskaus saattoi vaikuttaa henkilökunnan arvioon tutkimukseen soveltuvista potilastapauksista.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia asioita potilaat kuvaavat hoitoonsa liittyvinä haittoina. Tähän tarkoitukseen kerätty tutkimusaineisto, pienuudestaan

huolimatta, tuotti runsaasti tietoa. Potilaiden kertomuksissa esille tulleet asiat luokiteltiin yhdistelyn jälkeen seuraaviin pääluokkiin: kipuun liittyvä, perushoidon puutteet, tutkimuksiin pääsy ja terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan puutteet (Kuvio 5, sivu 39). Tutkimusmenetelmänä käytetystä kertomuksen kuuntelemisesta tutkimukseen osallistuneet potilaat antoivat pelkästään myönteistä palautetta. Tämä vahvistaa aikaisempaa tietoa keskustelun tärkeydestä hoidon haittojen yhteydessä. (vrt. Allsop & Mulcahy 2001, Drife 2001, Sage 2003.) Potilaiden kertomukset antoivat näin todellisen kuvan palvelujen laadusta (Mahony 2003). Omaiset osallistuivat tutkimukseen passiivisina, mutta heidän roolinsa potilaan tukijana oli erittäin merkityksellinen.

Potilaiden kertomuksiin liittyi käyntejä useissa terveydenhuollon toimipisteissä, joten tutkimus antoi tietoa koko hoitoketjun toimivuudesta. Tutkimus osoitti, että pelkästään potilasasiakirjoihin tutustumalla saadaan rajallinen kuva todellisista tapahtumista. Kertomukset lisäsivät myös ymmärrystä potilaan käsitykseen tapahtuneesta hoitovirheestä. Potilaan kuuleminen vie kuitenkin paljon aikaa ja vaatii resursseja. Asianomaisten osallistuminen hoitohaittojen selvittelyyn oli kuitenkin myös tutkimukseen osallistuneen henkilökunnan mielestä hyvä vaihtoehto juristien kanssa käytävälle keskustelulle tai kirjeenvaihdolle.

Pilottitutkimus osoitti, että tutkimusviiveestä huolimatta systeemivirheitä on löydettävissä ja korjattavissa. Ilahduttavaa oli havaita, että Vincentin tutkintamalli soveltui hyvin pilottitutkimuksen tutkimusasetelmaan. Tutkimus tarjosi siten mahdollisuuden nähdä ja korjata koko hoitoketjussa olevia systeemivirheitä vahinkotilanteita ennakoiden. Ylilääkäri ja tutkija – työparin yhteistyö osoittautui keskeiseksi tutkinnan onnistumisen kannalta. Jatkossa yhteisen työskentelyn tulisi olla vielä suunnitelmallisempaa.

Systeemivirheiden korjaamiselta putoaa kuitenkin pohja, jos päättäjät eivät ota potilasturvallisuusnäkökohtia vakavasti ja sitoudu resursoimaan sen edellyttämiä määrärahoja. Esimerkkinä on tutkimuspotilaiden esittämä huoli henkilökunnan riittävyydestä ja jaksamisesta, joka on ollut esillä myös valtakunnallisessa terveydenhuoltohenkilöstön jaksamiseen liittyvässä keskustelussa (vrt. Honkalampi ym. 2004, Kvist 2004, Töyry 2005). Työntekijän stressin on todettu altistavan virheille

(vrt. Frith-Cozens 2001, Campbell & Cornett 2002). Tutkinnan jatkotoimenpiteenä esitettiin taulukon 9 mukaan (potilastapaukset 9a ja 9c), että triage-lääkärin tehtävänä on huomioida riittävä henkilöstömitoitus. Turvallisuutta vaarantava systeemivirhe voidaan käytännössä ehkäistä vain määrittelemällä lisähenkilöstön hälytysraja sen mukaan kuinka paljon eri kiireellisyysryhmiin kuuluvia potilaita on hoidettavana. Lisäävun pyytäminen ja saaminen ruuhkatilanteessa pitää myös turvata. Tämän tutkimuksen tulokset haastavat näin myös sairaalan hallintoon kuuluvat poliittiset päättäjät sitoutumaan potilasturvallisuuden kehittämiseen.

Yhteiskeskustelun toteuttamisesta hoitohaittojen selvittelyssä saatiin rohkaisevia tuloksia. Tapahtuminen käsittely yhteistyössä potilaan ja omaisen sekä tapahtumiin liittyvien työntekijöiden ja asiantuntijoiden kanssa parantaa asioiden ymmärrettävyyttä ja tarjoaa mahdollisuuden väärinkäsitysten oikaisuun. Oli yllättävää huomata, että samaa potilasta hoitavien eri työyksiköissä työskentelevien ammatti-ihmisten keskinäinen vuorovaikutus normaalisti on lähes olematonta. Yhteiskeskustelun puheenjohtaja voi parhaimmillaan rohkaista osallistujia ja rakentaa omalla esimerkillään avointa keskusteluilmapiiriä. Myös hoitoyksikön ulkopuolisen tutkijan osallistumisesta keskusteluun saatiin myönteisiä kokemuksia. Jatkossa pitäisi yhteiskeskustelun järjestämistä kuitenkin valmistella entistä huolellisemmin.

Tutkimuksen avulla on saatu konkreettinen esimerkki siitä miten terveyttä edistävän sairaalan viitekehystä voidaan soveltaa kokonaisvaltaisesti potilasturvallisuuden edistämisessä. Potilasturvallisuuden edelläkävijämaiden - Britannian, Kanadan, Australian ja Yhdysvaltojen - potilasturvallisuusjärjestelmän toimivuutta ja turvallisuuden parantamiseen kohdentuvaa toimintaa on arvioitu kriittisesti. Tutkimustulosten mukaan turvallisuustoimet pitäisi integroida terveysjärjestelmään ja potilaat sekä heidän omaisensa pitäisi ottaa mukaan kehittämistyöhön. (Arah & Klazingan 2004.) Tarve tämän pilottitutkimuksen kaltaiseen tutkimusasetelmaan on siis ilmeinen. Pilottitutkimuksen vahvuutena on myös se, että se yhdistää hoidon laadun kehittämisen hoidon haittojen selvittelyyn ja ehkäisyyn. Tehty tutkimus avaa laajemman keskustelun potilasturvallisuuteen liittyvistä ilmiöistä. Pilottitutkimus on samalla luonut uuden tavan tutkia potilasturvallisuutta terveydenhuollon kontekstissa. Tutkimusasetelman kannalta merkittävä huomio oli, että sen eri vaiheet olivat

toteutettavissa ja että ne myös yksittäisinä kokonaisuuksina antoivat kuvaa potilasturvallisuuden parantamiseen liittyvistä asioista.

## 7.2 Tutkimuksen arviointi

### 7.2.1 Luotettavuustarkastelu

Tämän tutkimuksen lähestymistavaksi valitsin laadullisen tutkimusotteen, koska aihetta on tutkittu vasta vähän. Laadullinen tutkimus parhaimmillaan auttaa ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, mutta tuo myös esille näyttöön perustuvan hoidon esteitä ja rajoitteita (Green & Britten 1998). Seuraavassa tarkastelen tutkimukseni luotettavuutta uskottavuuden, vahvistettavuuden ja tulosten siirrettävyyden näkökulmista (vrt. Kylmä ym.2004).

Tämän tutkimuksen tekeminen on lähtenyt kokemuksestani potilasasiamiestyössä, jossa jouduin perehtymään hoitohaittoihin liittyviin näkökulmiin. Työkokemukseni sairaanhoitajana auttoi ymmärtämään henkilökunnan tilannetta. Ymmärrystäni terveyden edistämisestä sairaalakontekstissa ovat rikastuttaneet mahdollisuuteni osallistua aktiivisesti paitsi oman sairaanhoitopiirini kehittämistyöhön, myös kansainvälisen sairaalaverkoston ja Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n toimintaan. Nämä asiat osaltaan vahvistavat tutkimukseni uskottavuutta (vrt. Kylmä ym.2004).

Tutkimuksessani todentuvat Denzinin (1978) esittämät triangulaation neljä päätyyppiä koskien: tutkimusaineistoa, tutkijaa, teoriaa ja tutkimusmetodia. Aineistoa olen kerännyt potilailta, omaisilta ja terveydenhuoltohenkilöstöltä. Lisäksi aineistoani ovat rikastuttaneet kirjalliset potilaskertomukset. Yin (1994, 92) viittaa Batemanin ja Mooren (1983) analyysiin, jossa todettiin, että tapaustutkimukset, joissa on käytetty useita yksittäisiä tiedonlähteitä, ovat laadukkaimpia. Tutkijat kehottavat kuitenkin suureen varovaisuuteen triangulaatioon liittyvien käsitteiden käytössä. (vrt. Yin 1994,92; Mays & Pope 2000, Lukkarinen & Lepola 2003, Kylmä ym. 2004.)

Yhteiskeskustelujen osallistujat tarkistivat ja korjasivat tutkintahaastatteluista kirjaamani yhteenvedot ennen tutkintaraporttien valmistumista. Täten hyödynsin nk.



face-validiteetin mahdollisuutta (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 139; Latvala & Vanhala-Nuutinen 2003,37). Potilaan kertomus täsmentyi yhteiskeskustelussa, kun hänelle tarjoutui tilaisuus kertoa tapahtuneet hoitohaitat uudelleen. Yhteistyö päivystyksen ylilääkärin kanssa oli tiivis koko tutkimusprosessin ajan ja myös muut henkilöt lukivat tekstejäni työn eri vaiheissa. Teoreettisen tiedon osalta pyrin työni alkuvaiheessa kirjallisuusanalyysillä hahmottamaan kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen teoreettiseksi lähtökohdaksi valitsin James Reasonin (1990, 1997) systeemiteoreettisen lähestymistavan ja käytin sen perustalta tehtyä Vincentin tutkintamallia (A Protocol 1999) tutkimukseen valittujen tapausten tutkintaan.

Käytin tutkimuksessani monipuolisesti eri metodeja. Kuuntelin ja nauhoitin potilaan ja omaisen kertomuksen tapahtumista. Koska potilaan kertomuksesta ilmeni hoitohaittoja päivystyksen lisäksi koskien myös muita terveydenhuollon työyksiköjä, tutustuin potilasasiakirjoihin ja tein tutkintahaastattelut tutkinnan kannalta tarpeellisissa, myös sairaalan ulkopuolisissa työyksiköissä. Järjestin yhteiskeskustelut ja lopuksi haastattelin kaikki yhteiskeskusteluihin osallistuneet. Aineiston analyysissä käytin tarkoituksellisesti vain sisällönanalyysiä ja sisällön erittelyä.

Esittämäni triangulaation periaatteet ja muut uskottavuuteen liittyvät näkökohdat lisäävät myös tutkimuksen vahvistettavuutta (Tynjälä 1991). Laadullisessa tutkimuksessa on tutkimusprosessin julkisuus merkittävä luotettavuustekijä (Tynjälä 1991, Eskola & Suoranta 1998, 213). Oleellinen asia tulosten raportoinnissa on kuvata selkeästi ja yksityiskohtaisesti sekä tutkimusmenetelmä että analysointitapa (Aira 2005). Pilottitutkimuksen empiirinen toteutus on kuvattu mahdollisimman tarkkaan luvussa 5 ja luvussa 6 on esitetty tutkimuksen eri vaiheiden pohjalta syntyneet keskeiset tulokset ja niihin liittyvä pohdinta. Koko pilottitutkimuksen johdosta syntyneet keskeiset tulokset on esitetty luvussa 7 jatkotutkimushaasteineen.

Yhteiskeskusteluihin osallistuneiden teemahaastatteluissa henkilökunnan oli vaikea tarkastella ensimmäistä teemakysymystä 4 (Liite 6) tutkintamallin käytöstä pilottitutkimuksen kokonaisuudesta irrallisena. Vastajaat ryhtyivät haastatteluissa pohtimaan yhteiskeskusteluun liittyviä asioita ja teemakysymystä piti täsmentää.

Muilta osin laatimani teemahaastattelukysymykset toimivat hyvin. Tulosten analyysivaiheessa jätin muutamia kysymyksiä pois. (ei-lihavoitu fontti, Liitteet 4-6)

Tutkijana olin mukana koko persoonallisuuteni ja ymmärrykseni voimalla (vrt. Syrjälä ym.1994). Tutkimusprosessiin liittyi myös tutkijan roolini osallistuvana havainnoijana (Metsämuuronen 2000, 45). Loppuhaastattelussa kaikki tutkintaan ja yhteiskeskusteluun osallistuneet vahvistivat kokeneensa tutkinnan puolueettomana ja neutraalina, joka osaltaan todensi tutkimukseni refleksiivisyyttä (vrt. Mays & Pope 2000, Kylmä ym.2004). Uskon aineistoon liittyvien näkökulmien ja tulkintojen kehittyneen tietoisuudessani vähitellen näiden seitsemän tutkimuksen parissa vietetyn vuoden aikana. Olen osa tutkimusprosessia ja siten täydellinen irtautuminen aineistosta ja sen tarkastelu täysin ulkopuolisena on tuskin mahdollista.

Tehdyn tutkimuksen rajoitteena on potilastapausten vähäinen määrä. Tutkimuksen tarkoituksena ei kuitenkaan ollut yleistysten tekeminen vaan pilottitutkimusasetelman testaaminen ja ilmiön ymmärtäminen. Tutkimus oli siten merkityksellinen, koska se lisäsi tietoa ja vahvisti olemassa olevan tiedon luotettavuutta (Mays & Pope 2000). Tätä neljästä vaiheesta koostuvaa pilottitutkimusta voidaan ajatella itsenäisenä tapauksena, jonka eri vaiheet olen analysoinut käyttäen yksittäisiä potilastapauksia, jolloin niiden välineellinen merkitys korostuu (vrt. Stake 1994, 237). Pilottitutkimuksen asetelma on näin tässä tutkimuksessa oma tapaustutkimus, jossa sen vaiheet on analysoitu myös erikseen (vrt. Patton 1990, 385).

Eskola ja Suoranta (1998, 63) ovat viitanneet Bertauxin ja Bertaux-Wiamen (1981) näkemykseen aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta, jonka mukaan tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, mikä tutkimuskohteesta on mahdollista saada. Pilottitutkimuksessa apuna käytetyt kolme potilastapausta toivat esille runsaasti pilottitutkimusasetelman toimivuuteen liittyviä kysymyksiä. Lukijan arvioitavaksi jää miten hyvin nämä tutkimustulokset ovat jatkossa hyödynnettävissä (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 68).

## 7.2.2 Tutkimuksen eettinen arviointi

Tutkijana olen pyrkinyt toimimaan eettisesti kestävien periaatteiden mukaisesti niin tiedon hankinnan kuin raportoinnin näkökulmista (vrt. Pietarinen 1991, 74; Eskola & Suoranta 1998, 52). Kävin tutkimuksen eri vaiheissa ohjaajani kanssa keskusteluita siitä, voinko raportoinnin yhteydessä kertoa missä tutkimus on tehty. Keskustelin asiasta myös tutkimuksen johtoryhmässä sekä sairaalan johtajaylilääkäriin ja muiden asiantuntijoiden kanssa, jotka eivät nähneet mitään estettä tutkimuspaikan julkistamiselle. Koska tämä pilottitutkimus tuotti kansallisesti ja kansainvälisesti merkittävää uutta tietoa hoidon haittojen ehkäisyyn ja selvittelyyn, päädyin raportoimaan tutkimuspaikan. Tämä asettaa kuitenkin erityisiä vaatimuksia tutkimukseen osallistuneiden tunnistettavuuden suhteen.

Tunnistettavuuden estämiseksi olen raportoinnin yhteydessä tehnyt tutkimusaineistoon tarvittavat muutokset poistamalla mm. henkilö- ja paikannimet, ajanmääreet sekä muokkaamalla tutkimustapauksia siten, ettei tutkimuksen kannalta oleellinen tieto muutu. Yhteiskeskustelujen raportoinnissa en tarkoituksellisesti kuvannut ja analysoinut keskustelun sisältöä ja kulkua syvemmin. Myös aineiston keruun ajankohdan raportoin vuoden tarkkuudella kaikkien tutkimukseen osallistuneiden tunnistettavuuden välttämiseksi. Kaksi päivystyksen työntekijää luki tutkimusraporttini ennen sen julkistamista kiinnittäen erityistä huomiota tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tunnistettavuuteen.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuskäytäntöä noudattaen olen esittänyt tutkimussuunnitelmani sairaalan eettiselle toimikunnalle. Tässä yhteydessä käytiin päiväkirjamerkintöjeni mukaan keskustelua siitä, pitääkö muilta kuin potilaalta pyytää kirjallinen suostumus tutkimukseen. Eettisen toimikunnan jäsenet olivat sitä mieltä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kirjallinen suostumus henkilökunnalta voisi kohtuuttomasti hankaloittaa aineiston keruuta. Tein toimikunnan suosittamat muutokset tutkimustiedotteisiin välittömästi. Aineiston keruun osalta tehty tarkennus käsiteltiin eettisessä toimikunnassa hyvissä ajoin ennen varsinaista aineiston keruuta. Kaikki tutkimukseen osalliset potilaat, omaiset, työntekijät ja asiantuntijat saivat kirjallisen tutkimustiedotteen. (Liitteet 8, 10, 11) Potilaat allekirjoittivat suostumuksensa tutkimukseen. (Liite 9) Lisäksi yhteiskeskustelujen

alussa kysyttiin kaikilta osallistujilta suullinen lupa keskustelun nauhoittamiseen ja käyttämiseen tutkimusaineistona. Päivystyksen ylilääkäri Jorma Teittinen, jonka panos tutkimuksen onnistumisen kannalta on ollut merkittävä, on antanut luvan nimensä julkistamiseen.

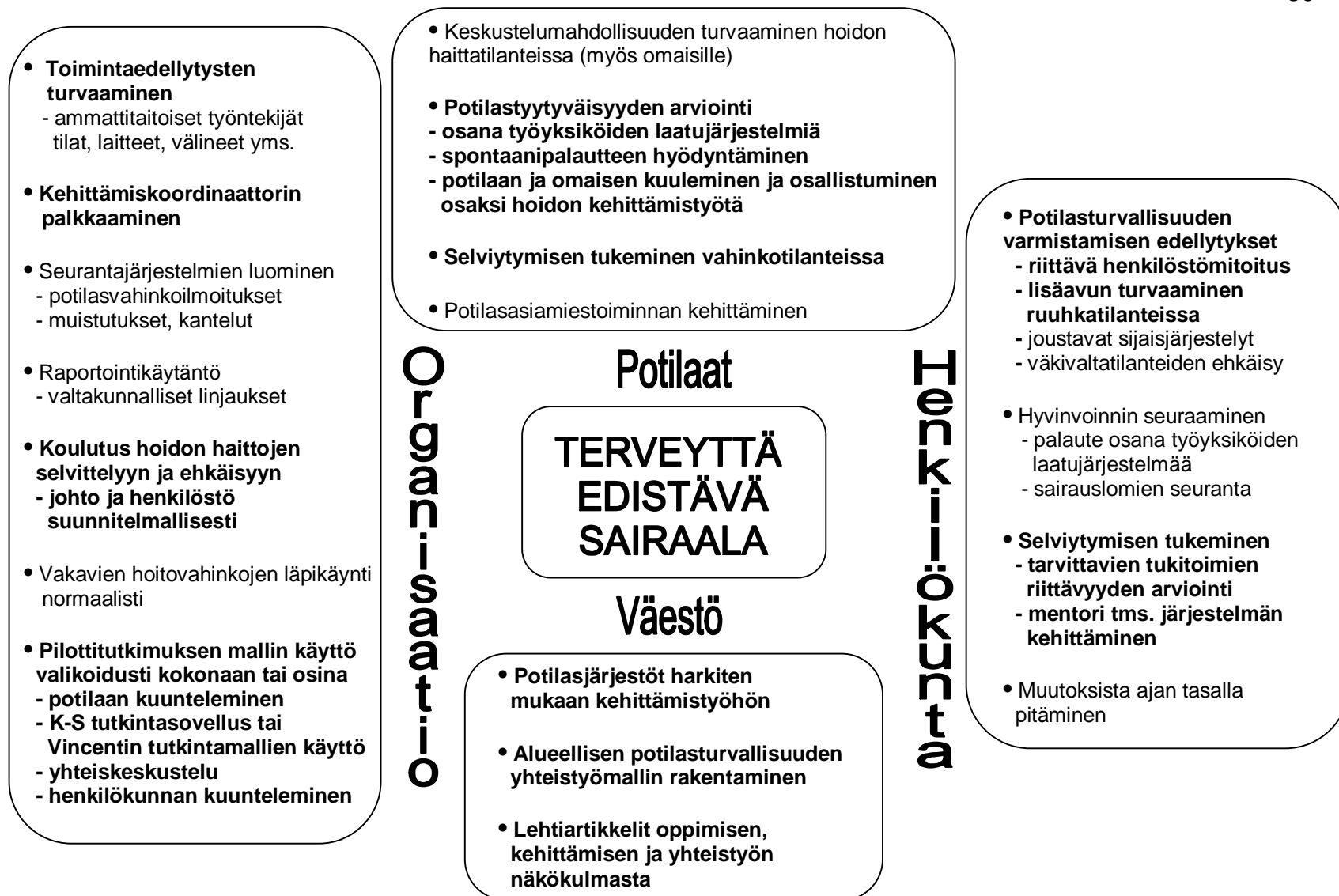
Tutkimuksen vapaaehtoisuuteen kuului mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. Kaikki tutkintahaastatteluun osallistuneet eivät halunneet osallistua yhteiskeskusteluun, joten heitä ei huomioitu keskusteluja järjestettäessä. Tutkijana olin valmistautunut korvaamaan osallistujille mahdolliset matkakulut. Yhteiskeskustelujen osalta eettinen kysymys on se, että osa osallistujista joutui poistumaan kesken. Keskustelut olisi pitänyt järjestää niin, että kaikki olisivat voineet olla mukana loppuun asti.

Pietarinen (1991, 75) korostaa sosiaalisen etiikan mukaan tutkijan vastuuta edistää toiminnallaan yleisinhimillisiä arvoja eli palvella humanistista edistystä. Halusin osaltani olla kehittämässä terveydenhuoltojärjestelmää turvallisemmaksi ja huomioida samalla potilaiden, omaisten sekä henkilökunnan terveyden säilymisen edellytykset tämän arkaluonteisen aiheen käsittelyssä. Tutkijana pyrin olemaan kaikkia tutkimukseen osallistujia arvostava ja kunnioittava. Tutkimustyössäni olen pyrkinyt todentamaan Kiikerin ja Ylikosken (2004, 110-112) kuvaamaa Mertonin (1938, 1942) julkaisemaa tieteen eetosta, joka muodostuu tieteilijän sisäistämistä kirjoittamattomista arvoista, säännöistä ja periaatteista. Tutkimustulosten raportoinnissa olen pyrkinyt objektiivisuuteen ja rehellisyyteen.

### **7.3 Johtopäätökset**

#### **Terveyttä edistävän sairaalan potilasturvallisuusmalli**

Eräänä tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää terveyttä edistävään sairaalaan soveltuvaa mallia hoidon haittojen selvittämiseksi ja ehkäisemiseksi. Tutkimusprosessin aikana tuli esille runsaasti kehittämismahdollisuuksia, mutta samalla myös toimintaa rajoittavat tekijät konkretisoituivat. Rakentavat toimet hoidon haittojen ehkäisemiseksi edellyttävät muutosta syyllistämisen, virheiden osoittamisen ja epäilyn kulttuurista kohti avoimuuden, oppimisen, ehkäisyn ja ymmärtämisen kulttuuria. Tähän muutokseen pitää pyrkiä pitkäjänteisesti vaiheittain edeten, niin



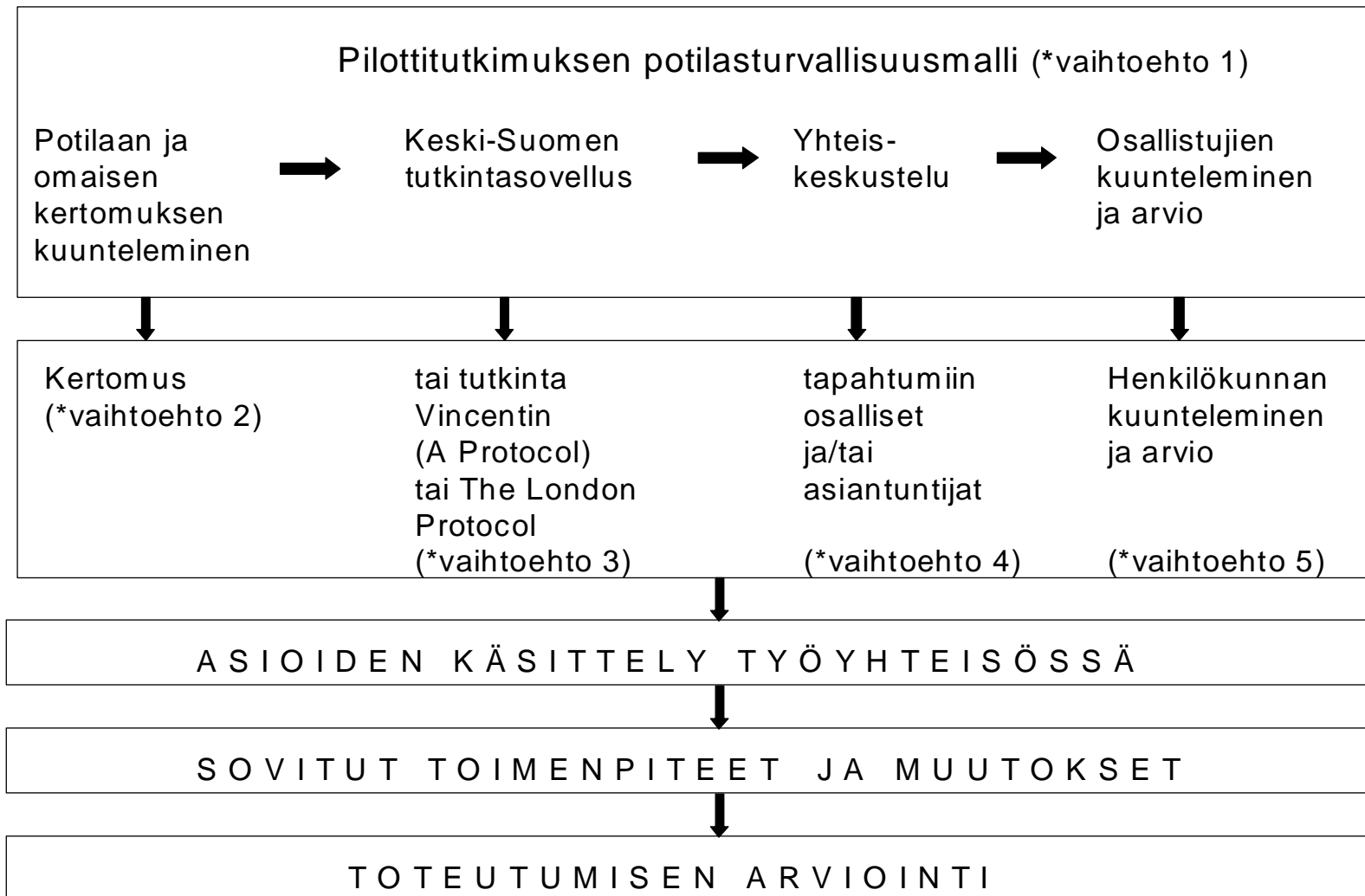
Kuvio 6 Terveyttä edistävän sairaalan potilasturvallisuusmalli (Pilottitutkimuksessa painottuneet asiat lihavoituna)

ettei henkilökunta kuormitu tarpeettomasti. Tätä ajatusta tukee Arahin ja Klazingan (2004) tutkimus, jonka mukaan turvallisuuteen tähtäävät toimet ovat tuoneet sairaaloihin byrokratiaa ja säännönmukaisia mekanismeja, jotka saattavat heikentää oppimista ja kasvua kuormittaessaan terveydenhuollon ammattilaisia erikoiskielellä, ohjeistuksilla ja uusilla velvollisuuksilla.

Pilottitutkimuksen kokemusten pohjalta luotu uusi potilasturvallisuusmalli hoidon haittojen selvittelyyn ja ehkäisyyn terveyttä edistävän sairaalan viitekehityksessä on esitetty kuviossa 6. Mallissa huomioidaan terveyden edistämisen näkökulmat: sairaalaorganisaatio, potilas, henkilökunta ja alueen väestö. (Kuvio 6) Tämän tutkimuksen kautta esiin tulleet painotukset on merkitty kuvioon 6 lihavoituna. Terveyttä edistävän sairaalan näkökulmasta on tärkeää tehdä kehittämistyötä yhtäaikaaisesti kaikilla kolmella eri tasolla, organisaatioon, potilaisiin ja henkilökuntaan liittyvänä. Potilasturvallisuusmallin mukainen kehittäminen on pitkäjänteistä vuosien aikana tapahtuvaa jatkuvaa työtä. Työn etenemiseksi tulee alkuvaiheessa tehdä 5-vuotissuunnitelma toiminnasta, jonka toteutumista tulisi seurata esimerkiksi vuosittain järjestettävässä kehittämisspäivässä.

Organisaation johto luo edellytykset sairaalan toiminnalle. Potilasturvallisuuden varmistamisen tulisi olla yksi toiminnan keskeinen lähtökohta. Tutkimustuloksena kuviossa 6 esitetty potilasturvallisuusmalli on laajuudessaan vaativa ja isossa organisaatiossa onnistuakseen edellyttääkin kokopäiväisen kehittämiskoordinaattorin palkkaamista. Varsinainen kehittäminen aloitetaan vaikuttamalla organisaation rakenteisiin mm. luomalla sairaalaan yksinkertainen vahinkotapahtumien kirjallisen käsittelyn seuranta järjestelmä ja raportointikäytäntö valtakunnalliset linjaukset huomioiden. Samanaikaisesti käynnistetään työyksiköiden johdolle suunnatut järjestelmälliset koulutukset. Henkilökunnalle luodaan oma koulutusohjelma, siten että se voidaan sisällyttää osaksi lakisääteistä täydennyskoulutusta. Nykyistä vakavien vahinkojen läpikäyntiä jatketaan soveltuvin osin.

Sairaalan työyksiköissä käynnistetään kuvion 7 mukaisesti pilottitutkimuksen mallin hyödyntäminen vahinko- tai ”läheltä piti” – tapahtumien käsittelyssä. Koska pilottitutkimuksen potilasturvallisuusmalli (vaihtoehto 1, Kuvio 7) on erittäin työläs, suositellaan sen käyttöä harkiten valituissa tilanteissa. Kuviossa 7 esitetyn



**Kuvio 7** Potilasturvallisuuden laadun kehittäminen pilottitutkimuksen perusteella  
\* potilasturvallisuuden kehittämisvaihtoehdot 1 - 5

potilasturvallisuusmalliin kuuluvien yksittäisten vaiheiden käyttö tarjoaa työyksiköille hyvän kehittämismahdollisuuden. Kuvion 7 mukaisesti potilaan ja omaisen kertomusta tapahtumista (vaihtoehto 2), tutkintaa eri muodoissaan (vaihtoehto 3), yhteiskeskustelua (vaihtoehto 4) tai henkilökunnan omaa arviota tapahtumista (vaihtoehto 5) voidaan myös käyttää erillisinä potilasturvallisuuden laadun kehittämisessä. Oleellista on, että esitettyjen vaihtoehtojen 1-5 mukaisten toimenpiteiden jälkeen käsitellään esiin tulleita asioita työyhteisössä, sovitaan yhteisesti toimenpiteistä ja toteutumisen arvioinnista. Tärkeää on valita työyksikköön parhaiten soveltuvat menetelmät ja käyttää niitä suunnitelmallisesti. Tämänkaltaisen potilasturvallisuustyön lähtökohtana tulisi olla siihen osallistuvien vapaaehtoisuus, toiminnan säännönmukaisuus ja saatujen kokemusten arviointi. (Kuviot 6 ja 7)

Potilaiden osalta turvataan keskustelumahdollisuus asiaan osallisten työntekijöiden ja/tai esimiesten ja/tai muiden hoidon asiantuntijoiden kanssa mahdollisissa hoidon haitta- tai ”läheltä piti” – tilanteissa mahdollisimman pikaisesti. Potilaita kannustetaan ottamaan omaisen mukaan keskusteluihin. Työyksiköiden laatujärjestelmissä huomioidaan potilastyytyväisyyden arviointi. Kirjallisen potilaspalautteen mahdollisuus turvataan ennen laatujärjestelmien käyttöönottoa. (Kuvio 6) Spontaanipalautteen hyödyntämistä kokeillaan ja arvioidaan asiasta kiinnostuneissa työyksiköissä. Potilaan ja omaisen osallisuus nähdään keskeisenä osana potilasturvallisuuden kehittämistyötä. Selviytymisen tukemiseen vahinkotilanteissa kiinnitetään erityistä huomiota ja potilasasiamiestoimintaa kehitetään edelleen. (Kuvio 6, sivu 80)

Sairaalan vastuulla on turvata henkilökunnalle edellytykset potilasturvallisuuden varmistamiseen. Työyksiköiden henkilöstömitoitus pitää arvioida uudelleen potilasturvallisuuden näkökulmasta, mikäli henkilökunta pitää mitoitusta liian pienenä. Arvioinnissa tulee käyttää apuna mahdollisia valtakunnallisia suosituksia tai sairaalaan laaditaan omat kriteerit yhdessä potilaiden, henkilökunnan, johdon ja päättäjien kanssa. Samalla määritellään lisäävun pyytämisen kriteerit, mikäli niitä ei ole määriteltynä. Henkilökunnan jaksaminen turvataan mm. joustavilla sijaisjärjestelyillä. Työyksiköiden laatujärjestelmissä huomioidaan henkilökunnan hyvinvoinnin seuranta. Hoitovahinko, -virhe tai ”läheltä piti” – tilanteisiin osallisten työntekijöiden tarve erilaisiin selviytymisen tukitoimiin arvioidaan kyselyllä.



Samanaikaisesti selvitetään ja kirjataan erilaiset henkilökunnan käytössä olevat selviytymisen tukitoimet. Varmistetaan se, että henkilökunnan käytössä on riittävä selviytymisen tuki. Työtä koskevista muutoksista keskustellaan riittävästi työntekijöiden kanssa. (Kuvio 6, sivu 80)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä on yli 10 vuoden perinteet potilas-, vammais-, ja kansanterveysjärjestöjen kanssa mm. Potilasjärjestöjen Valoviikkojen muodossa tehdystä yhteistyöstä. Syksyllä 2005 avattu PALANSSI – terveyden tietotori on käynnistynyt tämän yhteistyön seurauksena. (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005) On luontevaa aloittaa myös potilasturvallisuuden edistäminen mahdollisesti järjestöjen kautta löytyvien yhteistyöhön halukkaiden potilaiden kanssa. Potilasturvallisuutta ei kuitenkaan edistetä yksittäisen potilasjärjestön etuja ajamalla. Hoidon haittojen selvittelystä ja ehkäisystä saatujen kokemusten pohjalta pyritään kehittämään ja rakentamaan alueellinen potilasturvallisuuden yhteistyömalli. Myöhemmässä vaiheessa voidaan aiheesta tehdä lehtiartikkeleita tai ohjelmia paikallisradioihin. (Kuvio 6, sivu 80)

#### **7.4 Jatkotutkimusaiheita**

Tämän pilottitutkimuksen avulla tuotettiin uutta näkökulmaa ja siten esille voidaan nostaa monia jatkotutkimushaasteita. Tutkimusta voi täydentää ja syventää esimerkiksi seuraavien kysymysten avulla:

- Miten ja millaiset potilastapaukset kannattaa valita potilasturvallisuusmallin mukaiseen selvittelyyn? (vaihtoehto 1, Kuvio 7)
- Minkälaisia kokemuksia saadaan potilasturvallisuuden laadun kehittämisestä yksittäisten vaihtoehtojen 1-5 avulla? (Kuvio 7)
- Minkälainen on sairaalan johdon rooli potilasturvallisuusjohtamisessa? Tähän voisi liittää näkökulman sairaanhoitopiirin päättävien hallintoelinten, valtuuston ja hallituksen, potilasturvallisuuden varmistamiseen liittyvistä päätöksenteon arvoista, kriteereistä ja vaikuttimista.
- Minkälainen potilasturvallisuuden kehittämiseen liittyvä koulutuskokonaisuus tulisi rakentaa terveydenhuollon johdolle ja henkilöstölle? Miten koulutus tulisi

toteuttaa? Koulutukseen olisi syytä liittää erityisesti asenteiden muutosta selvittävä arviointitutkimus.

- Miten voidaan auttaa potilaita ja omaisia selviytymään hoidon haitta ja ”läheltä piti” – tilanteissa?
- Millaiset tukitoimet parhaiten auttavat henkilökuntaa selviytymään hoidon haittatilanteissa?
- Miten potilasturvallisuuden kulttuuri muuttuu?
- Jatkossa pyritään kehittämään ja arvioimaan terveyttä edistävään sairaalaan soveltuvia potilasturvallisuuden laatuksiteereitä.

## Epilogi

Tämä tutkimus on kirkastanut ja konkretisoinut terveyttä edistävän sairaalan merkitystä osana sairaalan arkityötä. ”Terveyttä edistävä sairaala” -ajattelu auttaa jäsentämään erilaisiin ilmiöihin, kuten potilasturvallisuuden kehittämiseen ja laatuun liittyviä asioita. Tutkimus osoittaa, että jos terveydenhuollon organisaatioiden päättäjät sitoutuvat riittävästi asiaan, voidaan potilasturvallisuuden laatua kehittämällä vaikuttaa niin, *ettei kenellekään toiselle sattuisi samoin!*

## LÄHDELUETTELO

Aaltonen L-M, Aarnisalo A, Voipio H, Sävelkoski L, Ramsay H. Potilaspalauteprojekti Hyksin korvaklinikassa vuonna 2002 – mitä opimme potilailtamme? Suomen Lääkärilehti 2003; 58: 4945-4948.

Aaltonen T. Autonomiaa ja osallistumista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2004; 41: 176-184.

Act on Patient Safety in the Danish Health Care System. [WWW-dokumentti] [viitattu 7.10.2005]  
<http://www.patientsikkerhed.dk/admin/media/pdf/133907d0940e4d5f751852ec8f6b1795.pdf>

Aiken L, Clarke P, Sloane D, Sochalski J, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty A, Shamian J. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. Health Affairs 2001; 20: 43-53.

Aira M. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 2005; 121: 1073-1077.

van Amerongen D. Error Management and Patient Safety: A Managed Care Competency. In Rosenthal M, Sutcliffe K. (toim.) Medical Error. Jossey-Bass 2002: 117-36.

Aujoulat I, Le Faou A-L, Sandrin-Berthon B, Martin F, Deccache A. Implementing health promotin in health care settings: conceptual coherence and policy support. Patient Education and Counselling 2001; 45: 245-254

A Protocol for the investigation and analysis of clinical incidents. Clinical Risk Unit and ALARM 1999.

Allsop J, Mulcahy L. Dealing with clinical complaints. Teoksessa Vincent C (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books, 2001:497-518.

Amberla S, Kermann B. Tapausesimerkki ja ratkaisuvaihtoehtoja. Teoksessa Koivisto J. (toim.) Potilaan oikeudet ja potilasasiamiestoiminta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 1994:145-150.

Anttila U. Virheistä vaari. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuverkoston tiedotuslehti Lautupala 2005; 2: 20-21.

Arah O, Klazinga N. How safe is the safe paradigm? Quality and Safety in Health Care 2004; 13 (3): 226-232.

Arkadopoulos N, Tsamandouraki K, Tountas Y. The Areteion Health Promoting Hospital Project (AHPH) – Overview of a four year experience. Teoksessa Pelikan J, Krajic K, Lobnig H (toim.) Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. Health Promotion Publications Germany 1998: 200-201. [WWW-dokumentti] [viitattu 4.10.2005] <http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphvienna1997.pdf>

Arnetz B. Anmälningsrisker inom medicinsk verksamhet. Teoksessa Arnetz B (toim.) Riskhantering inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Lund 1998a: 15-22.

Arnetz B. Misstag i vården. Teoksessa Arnetz B (toim.) Riskhantering inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Lund 1998b: 23-58.

Arnetz B. Från missöde till anmälan – en lång process. Teoksessa Arnetz B (toim.) Riskhantering inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Lund 1998c: 59-65.

Arnetz B. 1998d. Manual för praktisk riskhantering. Teoksessa Arnetz B (toim.) Riskhantering inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur, Lund 1998: 123-140.

Attree M. Towards a conceptual model of "Quality Care". International Journal of Nursing Studies 1996; 33 (1): 13-28.

Bagian J, Gosbee J, Lee C, Williams L, McKnight S, Mannos D. The Veterans Affairs Root Cause Analysis System in Action. Journal on Quality Improvement 2002; 28 (10): 531-545.

Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. British Medical Journal 2000; 320: 759-763.

Barach P, Moss F. Delivering safe health care. British Medical Journal 2001; 323: 585-586.

Barach P, Berwick D. Patient Safety and the Reliability of Health Care Systems. Annals of Internal Medicine 2003; 138: 997-998.

Basilini V, Cinotti R, Di Denia P. Integrated approach to risk management in healthcare facilities. 11th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH) Florence, Italy, May 18.-20, 2003. Conference Handbook, abstract 168-169.

Beard R, O'Connor A, Scott P. Implementation of risk management. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001:389-417.

Bensberg M, Kennedy M. A framework for health promoting emergency departments. Health Promotion International 2002; 17 (2): 179-188.

Bevilacqua L, Caltagirone P, Minella C, Natangelo R. Systems for identifying preventable adverse events in hospitals. 9<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, Denmark, May 16-18, 2001. Book of Abstracts 54.

Blank F, Mader T, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D. Adequacy of Pain Assessment and Pain Relief and Correlation of Patient Satisfaction in 68 ED Fast-track Patients. Journal of Emergency Nursing 2001; 27: 327-334.

Brennan T, Leape L, Laird N, Hebert L, Localio R, Lawthers A, Newhouse J, Weiler P, Hiatt H. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. New England Journal of Medicine 1991; 324: 370-376.

Briganti F, Zini M, Guidetti D, Ravelli M. Clinical governance and risk analysis.

11th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH), Florence, Italy May 18-20, 2003. Conference Handbook, abstract 118.

Campbell D, Cornett P. How Stress and Burnout Produce Medical Mistakes. Teoksessa Rosenthal M, Sutcliffe K (toim.) Medical Error. Jossey-Bass, 2002:37-57.

Chiarenza A, Baruzzo S, Ragni P. Integrated management of clinical risk for patient safety in hospital and health care facilities. 11<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH), Florence, Italy May 18-20, 2003. Conference Handbook, abstract 168.

Cinotti R, Basili C, Di Denia P, Chiarenza A. Regional experiment on an Incident Reporting system for the surveillance of incidents in the operating theatre. 12<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH). Moscow, Russian Federation, May 26.-28, 2004. Conference Handbook 148.

Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction methods yield consistent results? Comparison of three surveys. British Medical Journal 1996; 313: 841-844.

Cohen M. Why error reporting systems should be voluntary. *British Medical Journal* 2000; 320: 728-729.

Cohen M, Eustis M, Gribbins R. Changing the Culture of Patient Safety: Leadership's Role in Health Care Quality Improvement. *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 2003; 29: 329-335.

Connolly A. Dealing with complaints within healthcare. 10<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH). Bratislava, Slovakia, May 15-17, 2002. Conference Abstractbook 37. [WWW-dokumentti] [viitattu 5.10.2005] <http://www.univie.ac.at/hph/10ic/abstractbook.PDF>

Cook R, Woods D, Miller C. 1998. A tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety. [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] <http://www.npsf.org/exec/front.html>

Cook R, Render M, Woods D. 2000. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *British Medical Journal* 320, 791-794.

Crawford M, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, Tyrer P. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *British Medical Journal* 2002; 325: 1263-1268.

Davies J, Aitkenhead. Clinical risk management in anaesthesia. Teoksessa Vincent C.(toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001:111-136.

Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *The New Zealand medical journal* 2002; 115 (1167). [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] [URL:http://www.nzma.org.nz/journal/115-1167/271/](http://www.nzma.org.nz/journal/115-1167/271/)

Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context. *The New Zealand medical journal* 2003; 116 (1183). [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] [URL:http://www.nzma.org.nz/journal/116-1183/624/](http://www.nzma.org.nz/journal/116-1183/624/)

Delbanco T. Quality of care through the patient's eyes. *British Medical Journal* 1996; 313: 832-833.

Denzin N. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. 2th ed. New York: McCraw-Hill book company, 1978.

Drife J. Reducing risk in obstetrics. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001:77-94.

Driscoll P, Tomas M, Touquet R, Fothergill J. Risk management in accident and emergency medicine. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001:151-173.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 1998.

Espinosa J, Nolan T. Reducing errors made by emergency physicians in interpreting radiographs: longitudinal study. British Medical Journal 2000; 320: 737-740.

Firth-Cozens J. Teams, culture and managing risk. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001: 355- 368.

Forster A, Murff H, Peterson J, Gandhi T, Bates D. The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patient after Discharge from Hospital. Annals Internal Medicine 2003; 138: 161-174.

Fugleholm A, Jørgensen S, Møller L, Groene O. Development of standards for disease prevention and health promotion. Teoksessa Groene O, Garcia-Barbero M. Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Who Regional Office for Europe, 2005: 68-83.

Gaba D. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. British Medical Journal 2000; 320: 785-788.

Gillespie M, Melby V. Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. Journal of Clinical nursing 2003; 12: 842-851.

Goldacre M, Griffith M, Gill L, Mackintosh A. In-hospital deaths as fraction of all deaths within 30 days of hospital admission for surgery: analysis of routine statistics. British Medical Journal 2002; 324: 1069-1070.

Gosbee J, Lin L. The role of human factors engineering in medical device and medical system errors. Teoksessa Vincent C (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001: 301-317.

Gosbee J, Anderson T. Human factors engineering design demonstrations can enlighten your RCA team. Quality and Safety in Health Care 2003; 12: 119-121.

Grassi G, Costi D, Tagliabue L. The Risk Management Project in the Mental Health Department in Reggio Emilia. 12<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH). Moscow, Russian Federation, May 26.-28, 2004. Conference Handbook 149.

Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. British Medical Journal 1998; 316: 1230-1232.

Groene O. Evaluating the progress of the Health Promoting Hospitals Initiative? A WHO perspective. Commentary on: Whitehead, D.(2004) The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? Health Promotion International, 19, 259-267. Health Promotion International 2005; 20: 205-207.

Groene O, Jorgensen S. Health promotion in hospitals – a strategy to improve quality in health care. European Journal of Public Health 2005; 15 (1): 6-8.

Groene O, Jorgensen S, Fugleholm A, Møller L, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. International Journal of Health Care Quality Assurance 2005; 18 (4): 300-307.

Hallman M, Kauppinen T, Korhonen H, Lyytinen L. Terveystietotarpeet ja odotustilojen toimivuus terveystiedon välityksessä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 41, 1994.

Hallman-Keiskoski M. Terveyttä edistävä sairaala. Teoksessa Koivisto T, Muurinen S, Peiponen A, Rajalahti E (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003. Tammi 2002: 95-108.

Hallman-Keiskoski M. The use of system-theoretical model to prevent problems with care in HPH. 11th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH) Florence, Italy, May 18.-20, 2003. Conference Handbook, abstract 169-70.

Hallman-Keiskoski M, Honkala V, Karpakka J. Health-Promoting Hospitals in Finland working to be Smoke-free. Suomen Lääkärilehti 2003; 58: 3003 – 3007.

Hallman-Keiskoski M. Preventing Problems with Care in Health Promoting Hospital Settings. 12<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH). Moscow, Russian Federation, May 26.-28, 2004. [WWW-dokumentti] [Viitattu 5.10.2005] Virtual Proceedings:  
<http://www.univie.ac.at/hph/moscow2004/htm/proceedings/Hallman-Keiskoski.doc>

Hallman-Keiskoski M, Puolakka J. Erikoissairaanhoito terveyden edistämisen tiellä. Suomen Lääkärilehti 2005; 60: 2241-2245.

Hallman-Keiskoski M. Listening to the patient when solving problems related to treatment error. 13<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH). Dublin, Ireland, May 18.-20<sup>th</sup>, 2005. Book of Abstracts 28.



Halonen S. Mitä opittiin Konginkankaan suuronnettomuudesta? Suomen Lääkärilehti 2005; 60: 1309-1312.

Hancock T. Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating Leadership in Health Services 1999; 12 (2): 8-14.

Hart E, Bond M. Action research for health and social care: a guide to practice. Buckingham: Open University Press 1995.

Health Promoting Hospitals. World Health Organization, 2005. [WWW-dokumentti] Päivitetty 14.3.2005 [viitattu 13.12.2005]. <http://www.euro.who.int/healthpromohosp>

Heikkinen H, Jyrkämä J. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen H, Huttunen R, Moilanen P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. WSOY. Juva 1999: 25-62.

Helmreich R. On error management: lessons from aviation. British Medical Journal 2000; 320: 781-785.

Hewett D. Supporting staff involved in serious incidents and during litigation. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001:481-495.

Hiidenhovi H, Åstedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. Hoitotiede 2001; 13: 11-20.

Hiidenhovi H. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, 2001. [WWW-dokumentti] [viitattu 19.9.2005] <http://acta.uta.fi>

Hilgerson L, Prohaska T. Hospital Health Promotion: Swimming or Sinking in an Upstream Business? Health Promotion Practice 2003; 4 (1): 56-63.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2000.

Honkalampi K, Koivu A, Savolainen K, Viinamäki H. Lääkärien ja sairaanhoitajien työn vaatimustekijät ja työuupumus yliopistollisessa sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 2004; 59 (36): 3287-3291.

Hsieh H-F, Shannon S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15 (9): 1277-1288.

Ibrahim J, Majoor J. Quality, adverse events and research. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 357-358.

Illich I. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. 3 Paperback Edition, London: Marion Boyars, 1975.

Irita K, Kawashima Y, Morita K, Seo N, Iwao Y, Tsuzaki K, Makita K, Kobayashi Y; Sanuki M, Sawa T, Obara H, Omura A. Critical events in the operating room among 1,440,776 patients with ASA PS 1 for elective surgery. *Masui. The Japanese journal of anaesthesiology* 2005; Aug 54 (8): 939-948.

Ivarsson K. Hur tillämpa erfarenheter av säkerhetsarbete inom industrin? *Läkartidningen* 2000; 97: 2848-2850.

Johansson P, Ole'ni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2002; 16: 337-344.

Johnson A, Baum F. 2001. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International* 16 (3) 281-287.

Jones B. Nurses and the "Code of Silence". Teoksessa Rosenthal M, Sutcliffe K. (toim.) *Medical Error*. Jossey-Bass, 2002: 84-100.

Jorulf H. Verksamhetschefens roll vid anmälan. Teoksessa Arnetz B. (toim.) *Riskhantering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 1998: 66-82.

Kalimo E, Vertio H. (toim.) *Terveyden edistäminen*. Ottawan asiakirja 1986. Muistio taustasta ja periaatteista 1984. Valtion painatuskeskus 1987.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Työryhmämuistioita 3, 2002.

Kauppinen S, Hiltunen K-M. Kirurgisen päivystyspotilaan kipulääkitys. *Suomen Lääkärilehti* 2001; 56: 3313-3317.

Kauste A, Myllynen P. Traumapotilaan nestehoito ja ravitseminen. Teoksessa Rokkanen P, Slätis P, Alho A, Ryöppy S, Huittinen V-M (toim.) Traumatologia. Vammojen patofysiologian ja hoidon perusteet. 6. painos. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy, 1995: 205-211.

Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta 75, 2001.

Kiikeri M, Ylikoski P. Tiede tutkimuskohteena. Filosofinen johdatus tieteentutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus, 2004.

Knuuttila J. Terveystieteiden haastatapahtumien raportointijärjestelmä. Power Point – esitys. Seminaarissa: Sairaanhoito – uhka terveydelle? Suomen Lääkäriliiton kutsuseminaari 23.11.2005. Helsinki.

Koivuniemi M. Potilasturvallisuus herättää kysymyksiä. Suomen Lääkärilehti 2003; 58:5240-5241.

Kosonen S. Virheistä viisaammaksi. Duodecim 2004; 120: 1286-1289.

Kumpusalo-Vauhkonen A, Ahonen R, Kumpusalo E, Mäntyselkä P, Takala J. "Kun rahho on vuan panna likkoon, niin kyllä sitä jottaen tietoo lähtis" Suomen Lääkärilehti 2001; 56: 1411-1415.

Kristenson M, Rainer G, Vang J. The University Hospital in Linköping, Sweden. Teoksessa Pelikan J, Krajic K, Lobnig H (toim.) Feasibility, Effectiveness, Quality and Sustainability of Health Promoting Hospital Projects. Health Promotion Publications Germany 1998: 170-172. [WWW-dokumentti] [viitattu 4.10.2005] <http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphvienna1997.pdf>

Kuzel A, Woolf S, Gilchrist V, Engel J, LaVeist T, Vincent C, Frankel R. Patients Reports of Preventable Problems and Harms in Primary Health Care. Annals of Family Medicine 2004; 2 (4): 333-340.

Kvist T. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111, 2004. [WWW-dokumentti] [viitattu 16.9.2005] <http://www.uku.fi/vaitokset/2004/>

Kylmä J, Pelkonen M, Hakulinen T. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. Hoitotiede 2004; 16 (6): 250-257.

Kyngäs H, Vanhanen L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1999; 11(1): 3-12.

Käypä hoito. [WWW-dokumentti] [viitattu 7.11.2005] <http://www.kaypahoito.fi/>

Kääriäinen M, Kyngäs H. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 2005; 17 (4): 208-216.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488 / 9.4.1999.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 17.8.1992.

Latvala E, Vanhanen-Nuutinen L. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S, Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY Juva, 2.uudistettu painos, 2003: 21-43.

Leape L, Berwick D. Safe health care: are we up to it? *British Medical Journal* 2000; 320: 725-726.

Leino-Kilpi H, Vuorenheimo J. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportteja 68. Vapokustannus, 1992.

Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J, Välimäki M. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO – mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. STAKES raportteja 151, lisäpainos 1995.

Lillrank P, Kujala J, Parvinen P. Keskeneräinen potilas. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Tuotannonohjaus. Talentum. Helsinki 2004.

Lumio J. Sairaalainfektiot ja potilasturvallisuus, hoidon laatu ja sairaalan kannattavuus. *Kansanterveys*. Kansanterveyslaitoksen tiedotuslehti 1999; 10: 1-2.

Lobnig H, Krajic K, Pelikan M. The International WHO-Network of Health Promoting Hospitals: state of Development of Concepts and Projects – 1998. Teoksessa Berger H, Krajic K, Paul R (toim.) Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. Health Promotion Publications Series Vol 3. Germany 1999: 15-20. [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] <http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphseriesvol3.pdf>

Lukkarinen H, Lepola I. Metodologinen triangulaatio – tutkimuskohteen sisällöllisen kokonaisuuden hahmottaminen ja validiteetin vahvistaminen. *Hoitotiede* 2003; 15 (5): 202-213.

Mahony C. Interviews with patients better than surveys for generating change. *British Medical Journal* 2003; 326: 618.

Marquie´ L, Raufaste E, Lauque D, Marine´C, Ecoiffier M, Sorum P. Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. *Pain* 2003; 102: 289-296.

Mazor K, Simon S, Gurwitz J. Communicating With Patients About Medical Errors. A Review of the Literature. *Archives of internal medicine* 2004; 164 (9/23): 1690-1697.

Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 2000; 320: 50-52.

McElhinney J, Heffernan O. Using clinical risk management as a means of enhancing patient safety: the Irish experience. *International Journal of Health Care Quality assurance* 2003; 16: 90-98.

Meretoja O. Opimmeko virheistä? *Suomen Lääkärilehti* 2005; 60: 592.

Merry A, McCall Smith A. *Errors, Medicine and the Law*. Cambridge: Cambridge University Press 2001.

Metsämuuronen J. *Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4*. Helsinki: International Methelp Ky, 2000.

Miettola J, Halinen M, Lipponen P, Hietakorpi S, Kaukonen M, Kumpusalo E. Kuopion yhteispäivystystutkimus. Asiakastytyväisyys. *Suomen lääkäri-lehti* 2003; 58 (30-32): 3108-3110.

Milz H, Vang J. Consultation on the role of health promotion in hospitals. *Health Promotion* 1989; 3 (4): 425-427.

Moss F, Paice E. Training and supervision. Teoksessa Vincent C (toim.) *Clinical risk management*. 2th ed. BMJ Books 2001: 341-354.

Mustajoki P. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalan projekti. *Suomen Lääkärilehti* 2005; 60: 2623-2625.

Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Takala J. Patients' versus general practitioners' assessments of pain intensity in primary care patients with non-cancer pain. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 995-997.

Neale G. Reducing risks in the practice of hospital general medicine. Teoksessa Vincent C. (toim.) *Clinical risk management*. 2th ed. BMJ Books 2001:175-195.

Nieminen M. Potilasvalitusten palautejärjestelmän rakentaminen. Teoksessa Sundman E. (toim.) *Potilaan asema ja oikeudet*. Tammi 2000: 380-391.

NOVA-hanke. Nopean vasteen toimintatapa päivystyksyksikössä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. [WWW-dokumentti] Päivitetty 19.5.2005 [viitattu 31.10.2005] <http://www.ksshp.fi/netcomm/>

Novaco F, Damen V. Clinical Risk Management in AUSL Modena. 11th International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH), Florence, Italy May 18-20, 2003. Conference Handbook, abstract 130.

Nowak P, Lobnig H, Krajic K, Pelikan J. Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria. WHO-Model Project "Health and Hospital". Teoksessa Pelikan J, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K (toim.) *Pathways to a Health Promoting Hospital*. Health Promotion Publications Series Vol. 2, Germany 1998: 47-66. [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] <http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphseriesvol2.pdf>

O'Leary D. Accreditation's role in reducing medical errors. *British Medical Journal* 2000; 320: 727-728.

Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organisation, Geneva 1986. [WWW-dokumentti] [viitattu 22.9.2005] [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Palonen R, Nio A, Mustajoki P. Potilas- ja lääkevahingot. Talentum Media Oy, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2005.

Partanen P, Heikkinen T, Vehviläinen-Julkunen K. Työolosuhteet hoitotyössä vuonna 2004. Sairaanhoitajakyselyn tuloksia. *Sairaanhoitaja* 2004; 77 (10): 5-8.

Partanen M-L. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista – tausta ja pääperiaatteet. Teoksessa Koivisto J. (toim.) *Potilaan oikeudet ja potilasasiamestoiminta*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 1994: 62 – 70.

Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 2th ed. Sage publications, 1990.

Pelikan J, Lobnig H, Krajic K, Dietscher C. Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project – A Summary. Teoksessa Pelikan J, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K (toim.) Pathways to a Health Promoting Hospital. Health Promotion Publications Series Vol. 2, Germany 1998: 17-44. [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] <http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphseriesvol2.pdf>

Pelkonen R. Viisas oppii virheistä. Duodecim 2003; 199: 281-283.

Pelikka H, Isola A, Lukkarinen H. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. Hoitotiede 2003; 15 (4): 166-179.

Pietarinen J. Tiede moraalifilosofian valossa. Teoksessa Löppönen P, Mäkelä P, Paunio K. (toim.) Tiede ja etiikka. Juva 1991: 65-84.

Pichert J., Hickson G. Communicating risk to patients and families. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001: 263-81.

Pietro D, Shyavitz L, Smith R, Auerbach B. Detecting and reporting medical errors: why the dilemma? British Medical Journal 2000; 320: 794-796.

Potilasvahinkolaki 585 / 25.7.1986.

Potilasturvallisuus, riskienhallinta, virhetilanteiden käsittely ja virheistä oppiminen terveydenhuollossa. Lääkäriliiton laatuneuvoston muistio 28.10.2004 Lääkäriliiton hallitukselle. [www-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] <http://www.laakariliitto.fi/files/potilasturvallisuus.pdf>

Potilasvakuutustilastot. Potilasvakuutuskeskus. [WWW-dokumentti] [viitattu 21.9.2005] [http://www.vakes.fi/pvk/suomi/index.jsp?cid=pvk\\_fi\\_tilastot&hid=06.08](http://www.vakes.fi/pvk/suomi/index.jsp?cid=pvk_fi_tilastot&hid=06.08)

Pronovost P, Morlock L, Cassirer C. Creating and maintaining safe systems of medical care: the role of risk management. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical Risk Management. 2th ed. BMJ Books, 2001: 369-385.

Pylkkänen K. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – miten terveydenhuolto voi oppia virheistään. Suomen Lääkärilehti 2003; 58: 1827-1828.

Reason J. Human Error. 8th ed. Cambridge University Press 1999. [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] <http://www.cambridge.org/catalogue/catalogue.asp?isbn=0521314194>

Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents. 5th ed. Ashgate Publishing Company 2000a. [WWW-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] <https://www.ashgate.com/shopping/title.asp?key1=&key2=&orig=results&isbn=1%2084014%20105%200>

Reason J. Human error: models and management. British Medical Journal 2000b; 320: 768-770.

Reason J. Understanding adverse events: the human factor. Teoksessa Vincent C. (toim.). Clinical Risk Management. 2th ed. BMJ Books, 2001: 9-30.

Reinertsen J. Let's talk about error. British Medical Journal 2000: 320: 730.

Renholm M, Suominen T. Potilaan kohtelu päivystysosastolla. Hoitotiede 2000: 12 (3): 112-120.

Rogers S. Risk management in general practice. Teoksessa Vincent C. (toim.). Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books, 2001: 241-259.

Root Cause Analysis (RCA). VA National Center for Patient Safety. [WWW-dokumentti] päivitetty 6.3.2005 [viitattu 6.10.2005] <http://www.va.gov/ncps/rca.html>

Runciman W, Webb R, Helps S, Thomas E, Sexton E, Studdert D, Brennan T. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. II: reviewer behaviour and quality of care. International journal for Quality in Health Care 2000; 12 (5): 379-388.

Runciman W, Merry A, Tito F. Error, Blame, and the Law in Health Care – An Antipodean Perspective. Annals of Internal Medicine 2003; 138: 975-980.

Rupp T, Delaney K. Inadequate Analgesia in Emergency Medicine. Annals of Emergency Medicine 2004; 43: 494-503.

Safety and Quality Council. Adverse Event, Shared Meanings. [WWW-dokumentti] [viitattu 21.9.2005] <http://www.safetyandquality.org/definition/adverseevent.htm> .

Sage W. Medical liability and patient safety. Health Affairs 2003; 22: 26.

Salanterä S, Virtanen H, Johansson K, Elomaa L, Salmela M, Ahonen P, Lehtikunnas T, Moisander M-L, Pulkkinen M-L, Leino-Kilpi H. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 2005; 17 (4): 217-228.



Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskus ry. Edita Prima Oy, Helsinki 2005.

Schiøler T. The Epidemiology of Adverse Events. Findings from the Danish and other Adverse Events Studies. Luento ja lyhennelmä. Nationell konferens om patientsäkerhet. Tukholma 10.9.2003.

Schiøler T, Lipczak H, Pedersen B. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskr Læger 2001; 163 (39): 5370-5378.

Schöldström J. Fackets roll i anmälningsärenden. Teoksessa Arnetz B. (toim.) Riskhantering inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur 1998: 104-108.

Secker-Walker J, Taylor-Adams S. Clinical incident reporting. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books, 2001: 419-438.

Silverman D. Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. 2th ed. SAGE Publications 2005.

Simonelli F, Colonna L, Tavanti L, Caldès Pinilla J, Majer K. "Active safety" in the Tuscany health promoting hospitals network: from training to project. 13<sup>th</sup> International Conference on Health Promoting Hospitals (HPH). Dublin, Irland, May 18.-20<sup>th</sup>, 2005. Book of Abstracts 39.

Singer A, Richman P, Kowalska A, Thode H. Comparison of Patient and Practitioner Assessments of Pain From Commonly Performed Emergency Department Procedures. Annals of Emergency Medicine 1999; 33: 652-658.

Smallwood R. Learning from adverse events. International Journal for Quality in Health Care 2000; 12: 359 – 361.

Smith L. Working time, stress and fatigue. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books, 2001: 319-40.

Sohlberg T, Töyry E, Rissanen V. Hoidon ihmisläheisyys KYS:ssa – Kuinka potilaat sen kokevat? Suomen Lääkärilehti 1994; 49 (1-2): 54-59.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000 – luvulle: valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 1999.

Stake R. Case Studies. Teoksessa: Denzin N, Lincoln Y. (toim.) Sage Publications 1994 : 236 – 247.

STAKES. Asiakastyytyväisyys lomakepalvelu. [WWW-dokumentti] [Viitattu 20.9.2005]  
<http://www.stakes.fi/palvelut/laatu/lary/aspallomakepalvelu.html>

Stanhope N, Vincent C, Taylor-Adams S, O'Connor A, Beard R. Applying human factors methods to clinical risk management in obstetrics. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1997; 104: 1225-1232.

Studdert D, Brennan T. No-Fault Compensation for Medical Injuries. The Prospect for Error Prevention. JAMA : the journal of the American Medical Association 2001; 286: 217-223.

Studdert D, Brennan T, Thomas E. What Have We Learned since the Harvard Medical Practice Study? Teoksessa Rosenthal M, Sutcliffe K. (toim.) Medical Error. Jossey-Bass, 2002: 3-33.

Suhonen R, Österberg K, Välimäki M. Polikliinisen hoidon laatu – potilaan näkökulma. Tutkiva hoitotyö 2004; 2 (3):22-7.

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry. [WWW-dokumentti] [viitattu 4.12.2005]  
<http://www.hph.tutka.net>

Syrjälä L, Ahonen S, Syrjäläinen E, Saari S. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä, 1994.

Tam V, Knowles S, Cornish P, Fine N, Marchesano R, Etchells E. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. Canadian Medical Association journal 2005; Aug 173(5): 510-515.

Tamminen A, Knuutila J. Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004. [WWW-dokumentti] [viitattu 30.12.2005]  
<http://www.nam.fi/julkaisut/laitteet/laadunhallinta/index.html> (2.8.2005)

Taylor-Adams S, Vincent C, Stanhope N. Applying human factors methods to the investigation and analysis of clinical adverse events. Safety Science 1999; 31: 143-159.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. [WWW-dokumentti] [viitattu 21.9.2005]  
<http://www.teo.fi/Hakemistot/h10/10x.pdf>

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 8, 2001. [WWW-dokumentti] [viitattu 20.9.2005]  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys2015/t2015esi.pdf>

Terveyttä edistävä sairaala – ohjelma vuosille 2001-2006. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2001.

Tervo T, Hallman-Keiskoski M. Lääkäreiden ja potilasasiamiesten yhteistyö hoitovahinkojen selvittelyssä. Suomen Lääkärilehti 2000; 55: 2917-2920.

Tervo T. Tyytymättömyyden hallinta terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2001; 56: 4023.

Tervo T. Lääkärin toimintaan sairaalassa kohdistuvat tyypilliset kantelut. Suomen Lääkärilehti 2004; 59: 3415-3417.

The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. 1991. World Health Organisation, Copenhagen. [WWW-dokumentti] [viitattu 22.9.2005]  
<http://www.euro.who.int/document/IHB/hphbudadecl.pdf>

The London Protocol. Institute for Healthcare Improvement, 2004. [www-dokumentti] [viitattu 14.9.2005] Institute for Healthcare Improvement: (URL) <http://qualityhealthcare.org/IHI/Topics/PatientSafety/SafetyGeneral/Tools/SystemsAnalysisofClinicalIncidentsTheLondonProtocol.htm> tai Clinical Safety Research Unit: <http://csru.org.uk/downloads/SACI.pdf>

The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. World Health Organisation, Copenhagen, 1997. [WWW-dokumentti] [viitattu 22.9.2005]  
<http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>

Thomas E, Studdert D, Burstin H, Orav J, Zeena T, Williams E, Howard M, Weiler P, Brennan T. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Medical Care 2000a; 38: 261-271.

Thomas E, Studdert D, Runciman W, Webb R, Sexton E, Wilson R, Gibberd R, Harrison B, Brennan T. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. International Journal for Quality in Health Care 2000b; 12: 371-378.

Toiviainen H. Potilaan osallistuminen – mitä, kuka ja miten? sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2004; 41: 259-261.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä, 2002.

Tynjälä P. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 1991; 22 (5-6): 387-398.

Töyry E, Vehviläinen-Julkunen K, Roine E, Naumanen-Tuomela P, Rissanen V. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa – kyselytutkimus osastopotilaille. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2000; 37: 223-231.

Töyry E. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 86, 2001.

Töyry E, Tuomainen R. Potilaan kokemuksen ymmärtäminen ja hoidon laatu – hoitotiede medikalisaation vastavoimana. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2002; 39: 230-235.

Töyry S. Burnout and Self-Reported Health among Finnish Physicians. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Työterveyshuolto. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 365, 2005. [[WWW-dokumentti](http://www.uku.fi/vaitokset/2005/)] [viitattu 28.9.2005] <http://www.uku.fi/vaitokset/2005/>

Utlisigtede hændelser i H:S – handlingsplan med retningslinjer. Kopiafdelingen, Hvidovre Hospital. November 2002.

Uusimäki A. Mitä kantelut kertovat? Suomen Lääkärilehti 2004; 59: 4403-4405.

Wallin A. Potilaan ja lääkärin oikeusturva. Teoksessa Kumpusalo E, Ahto M, Eskola K, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kosunen E, Kunnamo I, Lohi J.(toim.) Yleislääketiede. Duodecim. Karisto Oy, Hämeenlinna 2005: 569-575.

Walshe K. The development of clinical risk management. Teoksessa Vincent C. (toim.) Clinical risk management. 2th ed. BMJ Books 2001: 45-60.

Vaula E. Päivystäville lääkäreille oma yhdistys. Suomen Lääkärilehti 2005; 60 (41): 4172.

Weick K. The Reduction of Medical Errors Through Mindful Interdependence. Teoksessa Rosenthal M, Sutcliffe K (toim.) *Medical Error*. Jossey-Bass, 2002: 177-199.

Whitehead D. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International* 2004; 19 (2): 259 – 267

Williams J. Risk management in surgery. Teoksessa Vincent C. (toim.) *Clinical risk management*. 2th ed. BMJ Books 2001: 137-150.

Wise J. UK government and doctors agree to end “blame culture”. *British Medical Journal* 2001; 323: 9.

Wilson R, Runciman W, Gibberd R, Harrison B, Newby L, Hamilton J. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia* 1995; 163: 458-471.

Vincent C. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343: 1609-1613.

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal* 1998; 316: 1154-1157.

Vincent C. Stanhope N. Taylor-Adams S. Developing a systematic method of analysing serious incidents in mental health. *Journal of Mental Health* 2000a; 9: 89-103.

Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman J, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *British Medical Journal* 2000b; 320: 777-781.

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 2001; 322: 517-519.

Vincent C, Taylor-Adams S. The investigation and analysis of clinical incidents. Teoksessa Vincent C. (toim.) *Clinical risk management*. 2th ed. BMJ Books 2001: 439-460.

Vincent C. Caring for patients harmed by treatment. Teoksessa Vincent C. (toim.) *Clinical risk management*. 2th ed. BMJ Books 2001, 461-479.

Vincent C, Coulter A. 2002. Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care* 2002; 11: 76-80.

Vincent C. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13: 242-243.

Virtanen M, Vasenius J, Lindberg O, Niemi M, Saario I. Uusi työkalu hoidon laadun varmistukseen. *Suomen Lääkärilehti* 2005; 60 (40): 4015-4020.

Wolf E. 2003. Promoting patient safety through facility design. *Healthcare Executive* 2003; 18: 16.

Woodward S. Preventing harm, reducing risks and improving patient safety: Seven Steps to Patient Safety. Power point – esitys. Suomen Lääkäriliiton laatuneuvoston kutsuseminaarissa "Sairaanhoito – uhka terveydelle" Helsinki 23.11.2005.

Wreathall J, Nemeth C. 2004. Assessing risk: the role of probabilistic risk assessment (PRA) in patient safety improvement. *Quality and Safety in Health Care* 2004; 13: 206-212.

von Wright G. *Explanation and understanding*. London Routledge & Kegan 1971.

Wu A. Medical error: the second victim. *British Medical Journal* 2000; 320: 726-727.

Vuoria P. Hoitovirheistä. *Suomen Lääkärilehti* 2000; 55: 4643.

Yin R. *Case study research. Design and Methods*. 2th ed. Sage Publications, 1994.

**Pääasialliset hoitoon liittyvät ongelmat**

Potilaan nimi:

Tapaus nro:

Tapahtumapäivä:

Työyksikkö:

**Yhteenveto tapahtumien kulusta:**

**Hoitoon liittyvät ongelmat**

1.

2.

3.

4.

5.

**Asiaan liittyvä henkilökunta:**

**Allekirjoitus:**

**Päiväys:**

**Hoitoon liittyvät ongelmat ja myötävaikuttavat tekijät**

Käytä omaa kaavaketta jokaiselle havaitulle hoitoon liittyvälle ongelmalle

**Hoitoon liittyvä ongelma**

**Kliininen yhteys ja potilaaseen liittyvät tekijät**

**Myötävaikuttavat tekijät**

<b>Erityinen</b>	<b>Yleinen</b>
<b>Työympäristö</b>	
<b>Tiimi</b>	
<b>Yksilökohtainen</b>	
<b>Työtehtävä</b>	

**Organisaation johtamiseen & järjestelmään liittyvät tekijät**



## HAASTATTELUN JÄLKEINEN TARKISTUSLISTA MYÖTÄVAIKUTTAVISTA TEKIJÖISTÄ

Huomioi jokainen kysymys kerrallaan tapahtumien näkökulmasta ja rastita kaikki kysymykset, joissa olet samaa mieltä – kiitos vaivannäöstäsi

KEHYS- TEKIJÄT	MYÖTÄVAIKUTTAVAT TEKIJÄT	Kyllä ( x )	Ei ( x )
Org & Joht.	Tuntuuko sinusta, että johto osoitti asianmukaista huolenpitoa ja välittämistä tilanteessa?		
Työ- ympäristö	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaikuttiko työympäristö sinuun (esim. kuumuus, melu)?</li> <li>• Oliko kaikista välineistä riittävästi luotettavaa tietoa?</li> <li>• Toimivatko kaikki käyttämäsi välineet oikein ja tehokkaasti?</li> <li>• Oliko sinulla riittävästi lääketieteellisiä ja hoitotarvikkeita?</li> <li>• Pitikö sinun työskennellä uuden työtoverin (lääk/hoit) kanssa?</li> <li>• Valmistiko orientaatiojaksosi tähän sairaalaan/erikoisalaan /hoitoyksikköön tätä tapausta varten?</li> <li>• Saitko riittävästi ohjausta välineiden/menettelyn suhteen tämän potilaan hoitoon liittyen?</li> <li>• Pitikö sinun käyttää aikaasi muuhun kuin vars. työhön?</li> <li>• Oliko työmääräsi yhtäkkiä lisääntynyt?</li> <li>• Pitikö sinun priorisoida useamman vaativan tilanteen välillä?</li> <li>• Ovatto hoitotoimet yleensä viivästyneet?</li> </ul>		
Tiimi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oliko vuorovaikutus tiimiin kuuluvien välillä toimivaa?</li> <li>• Oliko henkilökunnan, potilaan ja omaisten välisessä vuorovaikutuksessa kielellisiä tai kulttuuriin liittyviä ongelmia tai väärinymmärryksiä?</li> <li>• Olivatko potilastiedot käytettävissä, luettavia, vertailukelpoisia ja täydellisiä?</li> <li>• Oliko potilasasiakirjoihin selkeästi kirjattu pot. liittyvät riskit?</li> <li>• Oliko sinulla riittävästi ohjausta ja tukea?</li> <li>• Oliko muiden työtovereiden tuki käytettävissä koko ajan?</li> <li>• Oliko henkilökunta yksimielinen siitä, kuka oli vastuussa potilaasta ja osastosta?</li> </ul>		
Yksilö- kohtainen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oliko sinulla riittävästi tietoa ja kokemusta käytettävissä liittyen ongelmaan / komplikaatioon?</li> <li>• Olitko väsynyt, nälkäinen tai huonovointinen?</li> <li>• Koitko että sinua arvostettiin ja oliko työmoraalisi hyvä?</li> <li>• Tuntuiko sinusta, että mielipiteitäsi ja kykyjäsi arvostettiin ja hyväksyttiin ne sellaisina?</li> </ul>		
Tehtävä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Olivatko tutkimustulosten tulkintaan liittyvät mielipiteet yhteneviä?</li> <li>• Tehtiinkö riittävät rutiinikokeet ja kirjattiinko vastaukset potilasasiakirjoihin?</li> <li>• Olivatko koetulokset nopeasti ja helposti käytettävissä?</li> <li>• Konsultoiitinko tarvittaessa hoitoon liittyvissä kysymyksissä?</li> <li>• Oliko sinulla riittävästi aikaa selvittää potilaalle tulevat tapahtumat, mahdolliset komplikaatiot ja lopputulos?</li> </ul>		
Potilas	Olivatko potilas/vierailijat auttavaisia ja yhteistyökykyisiä?		

Kirjaa alle mieleen tulevia kysymyksiä:

# Loppuhaastattelu

## Potilaan teemahaastattelu

Aineiston analyysissä käytetyt teemahaastattelukysymykset on lihavoitu.

### Yhteiskeskustelu

- 1. Mitä ajattelette käydystä keskustelusta?**
- 2. Miten keskustelussa mukana ollut asiaan liittyvä henkilökunta mielestänne suhtautui asiaanne?**
- 3. Muuttiko tehty tutkinta ja keskustelu näkemyksiänne tapahtumista?  
Jos muutti, miten?**
- 4. Miten arvelette tehdyn tutkinnan muuttavan sairaalan käytäntöjä jatkossa?**
5. Millaista tukea ja apua olette saanut selvittääksenne Teille aiheutuneista asioista?
6. Onko jatkohoitonne mielestänne nyt hyvin järjestetty?
7. Miten suhtaudutte hoitoon teissä tässä sairaalassa jatkossa?
8. Mitä tunteita asianne selvittely kokonaisuudessaan on Teissä herättänyt?

### Haastattelu

9. Mitä mieltä olette tästä haastattelusta?

Haluatteko vielä lisätä jotain?

## **Loppuhaastattelu**

## **Omaisien teemahaastattelu**

Aineiston analyysissä käytetyt teemahaastattelukysymykset on lihavoitu.

### **Yhteiskeskustelu**

- 1. Mitä ajattelette käydystä keskustelusta?**
  
- 2. Miten keskustelussa mukana ollut asiaan liittyvä henkilökunta mielestänne suhtautui asiaanne?**
  
- 3. Muuttiko tehty tutkinta ja keskustelu näkemyksiänne tapahtumista?  
Jos muutti, miten?**
  
- 4. Miten arvelette tehdyn tutkinnan muuttavan sairaalan käytäntöjä jatkossa?**
  
- 5. Millaista tukea ja apua Te ja muut läheisenne olette saanut selvittääksenne tilanteesta?**
  
- 6. Miten suhtaudutte hoitoon tässä sairaalassa jatkossa?**
  
- 7. Mitä tunteita tämän asian selvittely kokonaisuudessaan on Teissä herättänyt?**

### **Haastattelu**

- 8. Mitä mieltä olette tästä haastattelusta?**

Haluatteko vielä lisätä jotain?

# Loppuhaastattelu

## Henkilökunnan teemahaastattelu

Aineiston analyysissä käytetyt teemahaastattelukysymykset on lihavoitu.

### Yhteiskeskustelu

- 1. Mitä ajattelet käydystä yhteiskeskustelusta?**
- 2. Mitä olisit tehnyt toisin yhteiskeskustelussa?**
- 3. Mitä etuja siitä mielestäsi oli itsesi ja työtovereittesi kannalta?**  
**- entä potilaan ja hänen läheisensä kannalta?**

### Tutkintamalli

- 4. Mitä ajattelet tutkintamallin käytöstä ja soveltuvuudesta tämän tilanteen selvittelyyn?**
- 5. Mitä hyvää näet tutkintamallin käytössä asianosaisten (haastateltavien) kannalta?**  
**- entä onko tutkintamallin käytöllä huonoja vaikutuksia asianosaisten (haastateltavien) kannalta?**
- 6. Toteutuiko tutkinta mielestäsi puolueettomasti?**
- 7. Miten tutkinta mielestäsi vaikuttaa luottamuksen ilmapiirin kehittymiseen?**
- 8. Miten mielestäsi tutkintamallin käyttö voi muuttaa käytäntöjä?**

**Potilas**

9. Mitä vaikutuksia arvelet tutkinnasta ja yhteiskeskustelusta olevan potilaan/omaisen hoitoluottamuksen uudelleenrakentumisen kannalta?

10. Mitä vaikutuksia arvelet tutkinnasta ja yhteiskeskustelusta olevan potilaan selviytymisen kannalta?

**Työntekijä**

11. Ovatko potilaalle sattuneet tapahtumat mietityttäneet/vaivanneet mieltäsi?

Jos ovat: - Arveletko tilanteen rauhoittuvan nyt käydyn keskustelun jälkeen?  
- Mitä apua olet saanut tilanteesta selviytymiseen?

**Vastaavat tilanteet**

**12. Kannattaisiko mielestäsi tämänkaltaista selvittelymallia käyttää vastaavissa tai vaikeammissa hoidon haitta – tilanteissa jatkossa?  
- miten kehittäisit asiaa?**

13. Mitä tunteita tämä koko prosessi (tutkinta, keskustelu, haastattelu) on Sinussa herättänyt?

Haluatko vielä lisätä jotain?

## Tiedote potilaalle

### Arvoisa potilas,

Pyrimme Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla hoitamaan Teitä mahdollisimman hyvin. Työyksikössämme on käynnissä erilaisia hankkeita, joilla haluamme kehittää hoidon laatua. Tähän liittyvänä on päivystyspoliklinikalla käynnissä tutkimus: "Hoidon haittojen ehkäisy ja selvittely terveyttä edistävän sairaalan toimintana". Tutkimuksen tarkoituksena on kokeilla uutta mallia, jolla pyritään ehkäisemään hoidosta mahdollisesti aiheutuvia haittoja. Pyrkimyksenä on parantaa sairaalan toimintakäytäntöjä.

**Tutkimuksen aineistoa kerätään välisenä aikana.**

**Mikäli hoitoonne päivystyspoliklinikalla liittyy vähemmän toivottuja seikkoja (esim. hoitoon pääsyn vaikeudet, epäselvyydet tutkimuksissa tai hoidossa, odotusaika), jotka haluaisitte selvittää, pyydämme Teitä ystävällisesti ottamaan yhteyttä tutkijaan:**

### **Maria Hallman - Keiskoski**

Tutkija kertoo Teille lisää tutkimuksen etenemisestä. Selontekonne perusteella tutkimuksen johtoryhmä arvioi, soveltuvatko Teille tapahtuneet asiat tähän tutkimukseen vai voidaanko Teitä muulla tavoin auttaa.

Tutkimuksen aineisto on luottamuksellista ja sitä luvallanne käsittelevät vain tutkimuksen suorittajat. Tutkimuksesta ei jää potilasasiakirjoihinne mitään merkintöjä. Tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, että yksittäistä henkilöä ei voida tunnistaa. Tutkimuksesta ei aiheudu Teille tai läheisellenne mitään haittaa eikä kuluja. Teillä on oikeus vetäytyä missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, ilman että peruuttamisesta koituu Teille mitään haittaa.

Ystävällisin terveisin

Jorma Teittinen  
Ylilääkäri

Maija Vanhanen  
Sairaanhoitaja

Maria Hallman-Keiskoski  
Tutkija

## Tiedote potilaalle tutkimuksesta

### **Arvoisa potilas,**

Teen jatko-opintoja terveystieteiden tohtorin tutkintoa varten Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella. Tutkimukseni tarkoituksena on "Terveyttä edistävä sairaala" -ohjelman lähtökohdista kokeilla uusia käytäntöjä hoidon haittojen ehkäisyssä ja selvittelyssä. Toiveenani on löytää myös sellaisia toimintatapoja, jotka auttavat hoitovirhe/-vahinko tai potilasvalitustilanteissa potilaan ja omaisen/läheisen hoitoluottamuksen uudelleen rakentumista sekä helpottavat kaikkien asianomaisten selviytymistä tilanteessa.

Hoitoonne Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla liittyy ei-toivottuja tapahtumia. Toivoisin voivani selvittää asioita perusteellisesti ja käyttää selvitystyötä väitöskirjatyöni aineistona. Tutkimusaineisto on tarkoitus kerätä välisenä aikana.

### **Tutkimusaineisto kerätään neljässä vaiheessa seuraavasti:**

**1. Potilaan ja omaisen/läheisen kertomus.** Teidän ja läheistenne oma käsitys ja kokemus tapahtumista on tutkimuksen kannalta tärkeää. Siksi haluaisin kuulla tapahtumat Teidän ja nimeämänne läheisen kertomana. Kertomukset tallennetaan Teidän ja läheisenne suostumuksella ääninauhalle. Tapaaminen kestää keskimäärin tunnista kahteen tuntiin.

**2. Tapahtumien tutkinta.** Ei-toivotut hoitoonne liittyvät tapahtumat Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja muissa mahdollisissa hoitopaikoissa tutkitaan perusteellisesti englantilaisen tutkijaryhmän terveydenhuollossa tapahtuneiden onnettomuuksien tutkintaan kehittämää menetelmää (=protokolla) käyttäen. Menetelmän avulla tutkitaan hoitoonne liittyvät ei-toivotut tapahtumat potilasasiakirjojen ja hoitohenkilökunnan haastattelujen avulla ja selvitystyöstä tehdään tapahtumaraportti. Tutkintaa varten tarvitsen lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) 13§ ja henkilötietolain (1999/523) 11§ ja 12§ säädösten mukaisesti kirjallisen suostumuksenne potilasasiakirjoihin tutustumista ja henkilökunnan haastattelua varten.

**3. Palautekeskustelu.** Haastattelunne ja tutkinnan jälkeen järjestetään palautekeskustelu asianomaisille (esim. potilas, läheinen, asiaanne liittyvät työntekijät, potilasasiamies tai varapotilasasiamies ja tutkija). Palautekeskustelu tallennetaan osallistujien suostumuksella ääninauhalle.

**4. Haastattelut.** Palautekeskustelun jälkeen kaikki siihen osallistuneet haastatellaan erikseen sovittavana ajankohtana. Haastattelu kestää noin 30 minuuttia ja se tallennetaan ääninauhalle.

Kaikki kootut haastattelunauhat ja litteroitu aineisto (eli haastattelujen purkaminen sanasta sanaan tietokoneelle tekstinkäsittelyohjelmaan) sekä potilasasiakirjojen ja henkilökunnan haastattelusta tehty tapahtumaraportti ovat luottamuksellista tietoa, jota käsittelevät vain tutkimuksen suorittajat. Tutkimuksesta ei jää potilasasiakirjoihinne mitään merkintöjä. Tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, että vastausten perusteella ei voida tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tutkimuksesta ei aiheudu Teille tai läheisellenne mitään haittaa eikä kuluja. Tutkimusaineisto (ääninauhut) tuhotaan, kun tutkimuksellinen mielenkiinto häviää.

Tutkimuksen tuloksia käytetään väitöskirjatyöstäni ilmestyvissä artikkeleissa. Tutkimuksen vastaavana ohjaajana toimii FT, KM, Dos. Marita Poskiparta Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitokselta

**Lämmin kiitos avustannel!**

Maria Hallman-Keiskoski

## Potilaan suostumus tutkimukseen

Olen lukenut selvityksen Maria Hallman-Keiskosken väitöskirjatyöhön liittyvän tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutustavasta sekä keskustelussa saanut asiasta riittävästi taustatietoa.

Ilmoitan suostuvani kertomaan tutkijalle oman näkemykseni ei-toivottujen tapahtumien kulusta Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja tapahtumaan liittyen mahdollisesti myös muissa hoitopisteissä. Suostun siihen, että kertomukseni voidaan tallentaa ääninauhalle.

Ilmoitan myös suostuvani siihen, että tutkija Maria Hallman-Keiskoski saa tutustua potilasasiakirjoihini ja keskustella minua hoitaneen henkilökunnan kanssa.

Olen valmis osallistumaan tapahtumien tutkinnan jälkeiseen palautekeskusteluun, joka tallennetaan ääninauhalle osaksi tutkimusaineistoa.

Tutkija voi haastatella minua palautekeskustelun jälkeen sovittuna ajankohtana ja haastattelun saa tallentaa ääninauhalle.

Tallennettuja ääninauhoja voi suostumuksellani litteroimisen (eli haastattelujen ja keskustelun purkaminen sanasta sanaan tietokoneelle tekstinkäsittelyohjelmaan) jälkeen käyttää tutkimustyön aineistona.

Olen tietoinen siitä, että kyseessä on vapaaehtoinen suostumus, ja että minulla on oikeus vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, ilman että peruuttamisesta koituu minulle mitään haittaa.

Nimi: \_\_\_\_\_ Sosiaaliturvatunnus: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelin: koti \_\_\_\_\_, työ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2004  
Päiväyspaikkakunta

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus



## Tiedote omaiselle tutkimuksesta

### **Arvoisa potilaan omainen/läheinen,**

Teen jatko-opintoja terveystieteiden tohtorin tutkintoa varten Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella. Tutkimukseni tarkoituksena on "Terveyttä edistävä sairaala" -ohjelman lähtökohdista kokeilla uusia käytäntöjä hoidon haittojen ehkäisyssä ja selvittelyssä. Toiveenani on löytää sellaisia toimintatapoja, jotka auttavat hoitovirhe/-vahinko tai potilasvalitustilanteissa potilaan ja omaisen hoitoluottamuksen uudelleen rakentumista sekä helpottavat kaikkien asianomaisten selviytymistä tilanteessa.

Omaisenne/läheisenne hoitoon Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla liittyy ei-toivottuja tapahtumia. Toivoisin voivani selvittää asioita perusteellisesti ja käyttää selvitystyötä väitöskirjatyöni aineistona. Tutkimusaineisto on tarkoitus kerätä välisenä aikana.

### **Tutkimusaineisto kerätään neljässä vaiheessa seuraavasti:**

**1. Potilaan ja omaisen/läheisen kertomus.** Potilaan ja hänen omaisensa/läheisensä oma käsitys ja kokemus tapahtumista on tutkimuksen kannalta tärkeää. Siksi haluaisin kuulla tapahtumat myös Teidän kertomananne – omaisen/läheisen näkökulmasta. Kertomus tallennetaan suostumuksellanne ääninauhalle. Tapaaminen kestää keskimäärin tunnin kahden tuntiin.

**2. Tapahtumien tutkinta.** Ei-toivotut omaisenne hoitoon liittyvät tapahtumat Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja muissa mahdollisissa työyksiköissä tutkitaan perusteellisesti englantilaisen tutkijaryhmän terveydenhuollossa tapahtuneiden onnettomuuksien tutkintaan kehittämää menetelmää (=protokolla) käyttäen. Menetelmän avulla tutkitaan läheisenne hoitoon liittyvät ei-toivotut tapahtumat potilasasiakirjojen ja hoitohenkilökunnan haastattelujen avulla ja selvitystyöstä tehdään kirjallinen tapahtumaraportti.

**3. Palautekeskustelu.** Haastattelunne ja tutkinnan jälkeen järjestetään yhteiskeskustelu asianomaisille (esim. potilas, omainen/läheinen, asiaan liittyvät työntekijät, potilasasiamies tai varapotilasasiamies ja tutkija). Palautekeskustelu tallennetaan osallistujien suostumuksella ääninauhalle.

**4. Haastattelut.** Palautekeskustelun jälkeen kaikki siihen osallistuneet haastatellaan erikseen sovittavana ajankohtana. Haastattelu kestää noin 30 minuuttia ja se tallennetaan ääninauhalle.

Kaikki kootut haastattelunauhat ja litteroitu aineisto (eli haastattelujen purkaminen sanasta sanaan tietokoneelle tekstinkäsittelyohjelmaan) sekä potilasasiakirjojen ja henkilökunnan haastattelusta tehty tapahtumaraportti ovat luottamuksellista tietoa, jota käsittelevät vain tutkimuksen suorittajat. Tutkimuksen tulokset raportoidaan siten, että vastausten perusteella ei voida tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tutkimuksesta ei aiheudu Teille kuluja. Tutkimusaineisto (ääninauhat) tuhoetaan, kun tutkimuksellinen mielenkiinto häviää.

Tutkimuksen tuloksia käytetään väitöskirjatyöstäni ilmestyvissä artikkeleissa. Tutkimuksen vastaavana ohjaajana toimii FT. KM, Dos. Marita Poskiparta Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitokselta

Otan Teihin lähiaikoina yhteyttä haastatteluajankohdan sopimiseksi.

**Lämmin kiitos avustanne!**

Maria Hallman-Keiskoski

## Tiedote henkilökunnalle tutkimuksesta

### **Arvoisa Työtoveri,**

Teen jatko-opintoja terveystieteiden tohtorin tutkintoa varten Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella. Tutkimukseni tarkoituksena on "Terveyttä edistävä sairaala" -ohjelman lähtökohdista kokeilla uusia käytäntöjä hoidon haittojen ehkäisyssä ja selvittelyssä. Toiveenani on löytää sellaisia toimintatapoja, jotka auttavat hoitovirhe/-vahinko tai potilasvallitustilanteissa potilaan ja omaisen/läheisen hoitoluottamuksen uudelleen rakentumista sekä helpottavat kaikkien asianomaisten - myös työntekijöiden - selviytymistä tilanteessa.

Potilas saa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalle tullessaan tutkimuksesta tiedotteen, jossa neuvotaan ottamaan yhteyttä suoraan tutkijaan, jos päivystyspoliklinikan hoitoon liittyy vähemmän toivottuja seikkoja (esim. hoitoon pääsyn vaikeudet, epäselvyydet tutkimuksissa tai hoidossa, odotusaika). Tutkimuksen johtoryhmä, ylilääkäri Jorma Teittinen, sairaanhoitaja Maija Vanhanen ja tutkija arvioivat soveltuuko potilastapaus tutkintaan. **Potilaan kirjallisen suostumuksen jälkeen kerätään tutkimusaineisto neljässä vaiheessa seuraavasti:**

**1. Potilaan ja omaisen/läheisen kertomus.** Potilas ja hänen läheisensä kertovat tutkijalle käsityksensä ja kokemuksensa tapahtumista. Kertomukset tallennetaan heidän suostumuksellaan ääninauhalle.

**2. Tapahtumien tutkinta.** Ei-toivotut kyseisen potilaan hoitoon liittyvät tapahtumat Keski-Suomen keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja muissa mahdollisissa hoitopaikoissa tutkitaan perusteellisesti englantilaisen tutkijaryhmän terveydenhuollossa tapahtuneiden onnettomuuksien tutkintaan kehittämää menetelmää (=protokolla) käyttäen. Menetelmän avulla tutkitaan kyseisen potilaan hoitoon liittyvät ei-toivotut tapahtumat potilasasiakirjojen ja hoitohenkilökunnan haastattelujen avulla ja selvitystyöstä tehdään tapahtumaraportti. Tutkintahaastattelun kesto on noin 30 min. Tutkinnan keskeisenä lähtökohdana on tapahtuminen tarkastelu systeemin eikä syyllisyyssajattelun näkökulmasta.

**3. Palautekeskustelu.** Tapahtumien tutkinnan jälkeen järjestetään palautekeskustelu asianomaisille (esim. potilas, läheinen, asiaan liittyvät työntekijät, potilasasiamies tai varapotilasasiamies ja tutkija). Palautekeskustelu tallennetaan osallistujien suostumuksella ääninauhalle ja siihen voi tarvittaessa ottaa mukaan oman tukihenkilön.

**4. Haastattelut.** Palautekeskustelun jälkeen kaikki siihen osallistuneet haastatellaan erikseen sovittuna ajankohtana. Haastattelu kestää noin 30 min ja se tallennetaan ääninauhalle.

Kaikki kootut haastattelunauhut ja litteroitu aineisto (eli haastattelujen purkaminen sanasta sanaan tietokoneelle tekstinkäsittelyohjelmaan) sekä potilasasiakirjojen ja henkilökunnan haastattelusta tehty tapahtumaraportti ovat luottamuksellista tietoa, jota käsittelevät vain tutkimuksen suorittajat. Potilaan hoitoon osallistuneet työntekijät tai tutkija eivät saa tehdä potilasasiakirjoihin mitään tähän tutkimukseen liittyviä merkintöjä. Tulokset raportoidaan siten, että vastausten perusteella ei voida tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tutkimuksesta ei aiheudu siihen osallistuneille mitään haittaa eikä kuluja. Tutkimusaineisto (ääninauhut) tuhoetaan, kun tutkimuksellinen mielenkiinto häviää.

Tutkimuksen tulokset raportoidaan väitöskirjatyöstäni ilmestyvissä artikkeleissa. Tutkimuksen vastaavana ohjaajana toimii FT, KM, Dos. Marita Poskiparta Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitokselta

**Toivon Teiltä myönteistä suhtautumista tutkimusaineiston (kohdat 2-4) keruussa: tutkintaan liittyvän haastattelun, palautekeskusteluun osallistumisen ja sen jälkeisen haastattelumahdollisuuden muodossa.**

**Lämmin kiitos avustanne!**

Ylihoitaja Maria Hallman-Keiskoski

**Yhteydenotot tutkimuksen johdosta**

Liite 12

Yhteydenottoajankohta: \_\_\_\_/\_\_\_\_2004 kello \_\_\_\_\_

Nro \_\_\_\_\_

Soittaja  
\_\_\_\_\_

Potilaan nimi \_\_\_\_\_

SOTU \_\_\_\_\_

Puhelin k. \_\_\_\_\_ gsm. \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Kuvaus tapahtumista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tilanteen arviointi tutkimuksen johtoryhmässä

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2004

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jatkotoimenpiteet:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hoidettu eteenpäin \_\_\_\_\_

päiväys

## Tutkimustiedotteeseen liittyneet yhteydenotot

Potilastapaus	Yhteydenottaja	Hoitohaitta	Toimenpiteet
1. Mies	Potilas kirjeellä	Väärä diagnoosi Viive Ruokailu ja nesteytys Sairaskertomusteksti Kohtelu	Tutkintaan
2. Nainen	Aviopuoliso	Saattohoitopotilaan väärä tilanteen arviointi terveys- keskuksessa à potilaalle kohtuuton rasitus	Ylilääkäri soitti puolisolle
3. Nainen	Potilas soitti	Hoitovirhe-epäily Kivun lievitys Virheellinen jatkohoitopaikka/ ulkopaikkakuntalainen opiskelija Neuvonnan puutteet	Tutkintaan
4. Mies	Potilaan hoitaja	Yleisinä huomioina: – Potilaan kulku nopeaksi – Paarien huono kunto – Patjat liian ohuita	Selvitetään, kuka vastaa paarien huollosta Hankitaan paksumpia patjoja
5. Mies	Potilas soitti	Epäselvyydet jatko- hoidossa  Riittämätön tuki  Muuten hyvä hoito!	Sairauskertomus- kopio lähetetään Tutkija soitti: – Kannustus puhua vamman kuntoutuksesta omalääkärille – Kannustus ottamaan yhteyttä ystäväpalveluun Tiedoksi osasto- kokouksessa

<b>Potilastapaus</b>	<b>Yhteydenottaja</b>	<b>Hoitohaitta</b>	<b>Toimenpiteet</b>
6. Nainen	Potilas soitti	Asiaton suhtautuminen, kun ammatti-ihminen oli potilaana  Ruokailu Muuten hyvä hoito!	Käsitellään yleisellä tasolla osastokokouksessa  Tiedoksi osastokokouksessa
7. Nainen	Potilas soitti	Hoitovirhe-epäily Viive hoitoketjussa Ruokailu/nesteytys Tiedottaminen odotuksesta Kivun hoito murtuman paikalleen vedossa Ruuhkahuiput Röntgen-kuvat Neuvonnan puutteet	Tutkintaan
8. Nainen	Potilas soitti	Odotusaika  Muuten hyvä hoito!	Tiedoksi osastokokouksessa
9. Nainen	Potilas soitti	Sairauskertomuskopio Sairaslomatodistus  Muuten hyvä hoito!	Ylilääkäri lähetti kirjeen, jossa sairauskertomuskopio ja sairaslomatodistus  Tiedoksi osastokokouksessa
10. Nainen	Potilas soitti	Tiedottaminen asioista Sairauskertomuskopio Jatkohoitojärjestelyt	Ylilääkäri soitti ja lähetti kopion Huom! Saneluihin vastaanoton tarkka aika
11. Nainen	Potilas soitti	Hyvä hoito - kiitos!	Tiedoksi osastokokouksessa
12. Nainen	Potilas soitti	Virheet saneluissa	Asia esillä päivystyksen kehittämispäivillä

<b>Potilastapaus</b>	<b>Yhteydenottaja</b>	<b>Hoitohaitta</b>	<b>Toimenpiteet</b>
13. Nainen	Potilas soitti	Tutkimusvastauksista tiedottaminen	Sairauskertomus- ja verikokeiden vastausten kopiot potilaalle Jatkossa pitäisi antaa potilaalle kopio verikokeiden vastauksista
14. Mies	Vaimo soitti	Tieto päivystävästä lääkäristä Kiire - liian vähän henkilökuntaa Ruokailu päivystyksessä	Asiat esillä päivystyksen kehittämispäivillä
15. Nainen	Potilas soitti	Omalääkäri "hylkäsi" Tutkimuksista tiedottaminen	Tutkija selvitti asiaa ja soitti potilaalle
16. Nainen	Potilas soitti	Diagnoosi virhe - sydänfilmi väärin tulkittu	Ylilääkäri soitti potilaalle ja otti asian hoitoonsa

Potilastapausten kuvaus keskussairaalan epikriisitietojen mukaan

#### Potilastapaus 1.

Mies loukkasi vasemman jalan takareittä kaatuessaan ja tuli terveyskeskuslääkärin läheteellä kovan kivun vuoksi keskussairaalan päivystykseen. Vasemmassa reidessä lievää turvotusta, jalka ojentuu ja koukistuu pitkällään normaalisti. Pystyyn noustessa potilas valittaa erittäin kovaa kipua ja ns. pyörtyy. Muutaman tunnin seurannan jälkeen, kun yritetään nostaa seisomaan, hän alkaa taas tutista ja täristä, ilmoittaa korvien suhinaa. Lähinnä simuloi pyörtymistä. Vasen lonkka ja reisi kuvattu, luuvammoja ei todeta. Aamulla vointi parempi ja potilas voi ottaa muutaman askeleen. Kipulääkkeeksi Panadol. Sairauslomaa 1 vko. Dg. Vasemman reiden takaosan lihasten lievä revähdysvamma.

Potilas tulee uudelleen terveyskeskuslääkärin läheteellä kirurgin arvioon ja UÄ-tutkimukseen. Potilas pystyy kävelemään. Takareidessä komea hematoma. Potilas valittelee pyörrytystä ja huimausta. HB 104, aloitetaan Obsidan 1x2 3kk. Ultraääntä ei tarvita, koska dg ilman sitäkin täysin selkeä. Dg. Ruptura musculus biceps femoris l.sin.

Kolme päivää myöhemmin terveyskeskuksesta läheteellä vasemman reiden biceps femoriksen proksimaalipään irtoamisen vuoksi. Edellisenä päivänä tehty UÄ, jossa kookas hematooma, imetty 350 ml vanhaa verta. Biceps femori lihaksen jänteen todettu irronneen istuinkyhmystä. Ortopedin konsultaation jälkeen potilas osastolle ja tehdään MRI sieltä käsin. Hb kontrolloituna 114. Seuraavana päivänä potilas kotiutetaan osastolta, rgt:ssä ruuhka ja MRI joudutaan tekemään 10 päivää myöhemmin, jolloin potilas tulee suoraan osastolle. Sairauslomaa jatketaan, Mobic 7,5 mg.

Suunnitellusti osastolle jossa MRI, jossa todetaan, että semitendinosuksen ja biceps femoriin yhteinen jänne on irronnut istuinkyhmystä. Re-insertio. Siirto terveyskeskukseen viikon osastohoidon jälkeen. Donjoy-lastat viisi viikkoa. Hoito-ohjeet. Kontrolli 2 kk kirurgian poliklinikalla.

#### Potilastapaus 2.

Opiskelija liukastui ja loukkasi vasemman ranteensa. Hän hakeutui terveysasemalle, josta hänet ohjattiin keskussairaalan päivystyspoliklinikalle. Ranne reponoitiin ja kipsattiin, lisäksi määrättiin viikon ja kahden viikon kuluttua kontrollit opiskelijaterveydenhuollon kautta, myös rgt-kontrolli. Dg. Fractura radii l sin.

Potilas tulee kaksi viikkoa myöhemmin uudelleen keskussairaalan päivystykseen opiskelijaterveydenhuollon lääkärin läheteellä rannemurtuman asennon heikennyttä. Ortopedin konsultaatiossa päädytään laittamaan eksterni fiksaattori.

Potilas on käynyt lisäksi kirurgian päivystyksessä muutama päivä fiksaattorin laitton jälkeen eksternin fiksaattorin aiheuttaman kivun ja subjektiivisen heilumisen tunteen vuoksi sekä kuukautta myöhemmin läheteellä terveyskeskuksesta Hoffmanin laitteen aiheuttaman infektiopäilyn vuoksi. Hoffmanin laite on poistettu normaalin käytännön mukaisesti. Keskussairaalan potilaspapereiden mukaan hoito on edennyt normaalisti.

Potilastapaus 3.

Terveyskeskuslääkärin läheteellä pirstaleisen radiusfraktuuran takia keskussairaalan kirurgian päivystykseen. Todetaan deformeettia, röntgenissä radiuksen tyyppimurtuma. Reponoidaan kahdesti ja saadaan hyvä asento. Suunnitelmana 5 viikon kipsihoito. Ensimmäinen kontrolliröntgenkuvaus viikon kuluttua terveyskeskuksessa. SVA 1 kk.

DG: Fractura radii I.dx.

Kahden viikon kuluttua tulee yksityisen ortopedin läheteellä oikeanpuolisen radiuksen Bart-tyyppisen murtuman vuoksi. Kontrolleissa asento heikentynyt ja ortopedi suosittaa operatiivista hoitoa. Ilmoitetaan potilas leikkaussaliin, suunnitellaan preoperatiiviset tutkimukset, siirretään osastolle. Dg. Fractura radii typus Bartonel dx. Leikkaus seuraavana päivänä. Asennetaan eksterni fiksaattori. Kontrollikuvissa murtuman asento hyväksyttävä. Ompeleiden poisto 2vko kuluttua. Kontrolli kirurgian poliklinikalla 6 vko kuluttua, jolloin rtg ja mahdollisesti fiksaattorin poisto. Sairauslomaa 2 kk.

Potilaspapereiden mukaan hoito on edennyt normaalisti.



Nimi:  
 Työyksikkö:  
 Haastatteluajankohta:

Potilas:

### Tutkintahaastattelu

Hoitoon liittyvät ongelmat:

esim.

1.

4.

Yleiset kommentit tapahtumista huomioiden hoitoon liittyvät ongelmat:

1.

4.

Myötävaikuttavat tekijät

Erityinen	Yleinen
Työympäristö	
Tiimi	
Yksilökohtainen	
Työtehtävä	

Organisaation johtamiseen & järjestelmään liittyvät tekijät

Haastateltavan toimenpide-ehdotukset:

Haluaako osallistua yhteiskeskusteluun?

Millaisia aikaisempia kokemuksia mahdollisesti on hoidon haittoihin liittyvänä?