

Jenni Keisu

Vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavat tekijät

Vaaratapahtumaraportointiprosessin kehittäminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ylempi AMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Ensihoitopalveluiden johtaminen

Opinnäytetyö

31.1.2018

Tekijä(t) Otsikko	Jenni Keisu Vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavat tekijät - Vaaratapahtumaraportointiprosessin kehittäminen
Sivumäärä Aika	41 sivua + 3 liitettä 31.1.2018
Tutkinto	Ensihoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen
Suuntautumisvaihtoehto	Ensihoitopalveluiden johtaminen
Ohjaaja(t)	Lehtori TtT, Iira Lankinen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vaaratapahtumaraportointiprosessin vaiheiden toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perustuen. Toisena tarkoituksena oli kartoittaa vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista ja tärkeyttä eräällä ensihoidon palveluntuottajalla Delfoi-menetelmää käyttäen. Tutkimuskysymykset olivat: 1. Mitkä tekijät vaikuttavat vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumiseen? 2. Miten vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumiseen vaikuttavat tekijät toteutuvat asiantuntijoiden arvioimana? 3. Mitkä vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavista tekijöistä ovat tärkeitä asiantuntijoiden arvioimana? 4. Mitä vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavia tekijöitä tulisi kehittää saatujen tulosten mukaan? Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli kehittää erään ensihoidon palveluntuottajan vaaratapahtumaraportointiprosessia siten, että vaaratapahtumaraportointiprosessi johtaa tehokkaammin korjaaviin ja kehitettäviin toimenpiteisiin potilasturvallisuuden edistämiseksi.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kaksivaiheisena. Kirjallisuuskatsauksella haettiin kuvausta vaaratapahtumaraportointiprosessin vaiheisiin vaikuttavista tekijöistä. Tiedonhakuun käytettiin potilasturvallisuuden kirjallisuutta, kansallisia ja kansainvälisiä internetsivustoja (Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus, World Health Organization), käsin hakua sekä kirjallisuuskatsausta potilasturvallisuuteen sekä vaaratapahtumien käsittelyyn liittyvillä hauilla Medic, Medline ja Pubmed -tietokantoihin. Aiempien tutkimusten perusteella vaaratapahtumaraportointiprosessiin ei ole aiemmin kehitetty arviointimenetelmää. Delfoi-menetelmässä asiantuntijaryhmän kuuleminen toteutettiin internetpohjaisella strukturoidulla arviointilomakkeella, joka kehitettiin kirjallisuuskatsauksen tuloksiin perustuen.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen perusteella kuvailtiin vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavat tekijät ja luokiteltiin ne deduktiivisesti vaiheisiin: vaaratapahtuman tunnistaminen, ilmoituksen teko, vastaanotto, luokittelu ja analysointi, jatkotoimista päättäminen sekä seuranta ja arviointi. Delfoi-menetelmän tulosten perusteella asiantuntijat arvioivat muun muassa henkilöstön tarvitsevan lisää koulutusta vaaratapahtumailmoituksen tekoon, kuten myös ilmoitusten käsittelyyn osallistuvat henkilöt. Yhteistyötä vastuhenkilöiden kesken vaaratapahtumaraportointiprosessin yhdenmukaistamiseksi tulee lisätä. Vaaratapahtumista saatua tietoa tulee julkistaa ja tehdä yhteistyötä organisaatorajojen yli. Vaaratapahtumaraportointin analyysin perusteella potilasturvallisuuden edistämiseksi toteutettujen jatkotoimenpiteiden tuloksia tulee seurata.</p>	
Avainsanat	Vaaratapahtumaraportointi, potilasturvallisuus

Author(s) Title Number of Pages Date	Jenni Keisu Affecting factors to incident reporting process - Improving the incident reporting process 41 pages + 3 appendices 31 January 2018
Degree	Master of Emergency Care
Degree Programme	Master's Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Management of Pre-Hospital Emergency Medical Services
Instructor(s)	Lecturer, D.H.S., Iira Lankinen
<p>The purpose of this thesis was to describe factors that affect to realization of incident reporting process phases based on previous researches. The second purpose was to survey realization and importance of these factors in incident reporting process in one emergency care service by using a Delphi method. The research questions were: 1. Which factors affect to realization in incident reporting process? 2. How factors that affect in incident reporting process realize according to experts? 3. Which one of the factors that affect in incident reporting process are important according to experts? 4. How the incident reporting process should be improved according to results? The aim of this action research was to improve incident reporting process in one emergency care service so that it leads more effective, corrective and improving measures for promoting patient safety.</p> <p>The research was implemented in two phases. A literature review was used to make a description of factors that affect in incident reporting process. To information retrieval was used literature of patient safety, national and international websites (Social and Health Ministry, Department of Health and Welfare, World Health Organization) manual search and literature review to patient safety as well as searches related to incident reporting in Medica, Medline ja Pubmed – databases. Based on previous studies there are no evaluation method developed for incident report process. In the Delphi method, specialist group consultation was made with internet-based structured evaluation form which was created based on the results of the literature review.</p> <p>According to literature review, factors that affect to realization of incident reporting were narrated and deductive classified in phases: Identifying an event, making a report, receive, classification and analysis, decision for further actions and monitoring and evaluation. According to Delphi method, experts' estimates was that among other personnel need more educating to make incident reports, as well as persons who analyze incident reports. Collaboration is needed to enhance unify of incident report. The information which comes from incident reports should be published and cooperate with organizations. Actions that are developed to improve patient safety based on incident reporting analyze, should be monitored.</p>	
Keywords	Incident reporting, patient safety

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Vaaratapahtumaraportointi osana potilasturvallisuutta	2
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	5
4	Opinnäytetyön toteutus	6
4.1	Kirjallisuuskatsauksen toteutus	6
4.2	Delfoi-menetelmän toteutus	8
5	Opinnäytetyön tulokset	9
5.1	Vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavat tekijät kirjallisuuskatsaukseen perustuen	9
5.1.1	Vaaratilanteen tunnistaminen	9
5.1.2	Vaaratapahtumailmoituksen teko	11
5.1.3	Vaaratapahtumailmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi	13
5.1.4	Jatkotoimista päättäminen	18
5.1.5	Seuranta ja arviointi	21
5.2	Vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutuminen ja tärkeys asiantuntijaryhmän arvioimana	21
5.3	Vaaratapahtumaraportointiprosessin kehittäminen	29
6	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	33
7	Pohdinta ja jatkotoimenpiteet	34
	Lähteet	37
	Liitteet	
	Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen hakutuloksista valittujen tutkimusten kuvaukset	
	Liite 2. Arviointilomakkeen väitteiden muodostuminen	
	Liite 3. Kyselylomake asiantuntijaryhmälle	

1 Johdanto

Terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuoltoalan toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 § 8). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus täydentää terveydenhuoltolakia. Asetus määrittää tarkemmin, mitä potilasturvallisuussuunnitelmassa on sovittava toimintayksiköissä. Niitä ovat muun muassa potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden ja toimijoiden nimeäminen, kehittämiseen, koulutukseen ja perehdytykseen liittyvät menettelytavat kuten myös laatu- ja turvallisuusongelmien ennakointi, tunnistaminen ja hallinta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011). Potilasturvallisuussuunnitelmassa on sovittava vaara- ja haittatapahtumien raportoinnista sekä korjaavien toimenpiteiden menettelytavoista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011 1 §, THL 2011: 28). Organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta ja organisaatiossa tulisi huomioida potilasturvallisuuden kehittämisen erityispiirteitä (STM 2009: 14; Helovuori ym. 2012: 15). Vaaratapahtumien raportoinnilla tavoitellaan toiminnan kehittämistä potilasturvallisuuden parantamiseksi (Kinnunen 2014).

Ensihoito on keskeinen terveydenhuollon osa-alue, jonka toiminnan erityispiirteiden vuoksi tulee kiinnittää erityistä huomiota potilasturvallisuuden varmistamiseen (STM 2014). Vaaratapahtumailmoitukset ovat osa potilasturvallisuuden ja laadun seurantaa (Flinck 2015: 12). Sähköinen vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä on hiljattain tullut ensihoidon käyttöön. Ensihoidon vaaratapahtumailmoituksia koko HUS alueella tehtiin vuonna 2015 192 kappaletta. (Kuisma 2017: 68.) HaiPro (haittatapahtumien raportointiprosessien kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa) on tietotekninen työkalu, jolla mahdollistetaan potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointi (Awanic Oy 2017; Kinnunen 2013). Potilasturvallisuutta ei paranna tietojärjestelmä vaan se, miten raportoitua tietoa hyödynnetään organisaation oppimiseen (Helovuori ym. 2012: 139). Tutkijoiden mukaan vaara- ja haittatapahtumista oppimalla, riskejä ennakoimalla sekä toiminnan järjestämisellä voitaisiin estää puolet nykyisistä haittatapahtumista (THL 2011: 10).

Organisaation johdolla on vastuu siitä, että haittatapahtumien seurantatietoa käytetään organisaation ja palvelujärjestelmän kehittämiseen (STM 2009: 15, THL 2011: 12). Johdon ja esimiesten tehtävänä on edesauttaa avointa ja oikeudenmukaista toimintaympäristöä, joka kannustaa tekemään vaaratapahtumailmoituksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (STM 2010: 15)

”Johdolla on keskeinen vastuu turvallisuusriskien analysoinnissa ja riskeihin varautumisessa. Johdolla on vastuu myös laadun- ja riskienhallinnan toteuttamisesta sekä siitä, että seurantatietoa haittatapahtumista hyödynnetään tiimien, koko organisaation ja palvelujärjestelmän kehittämisessä.”

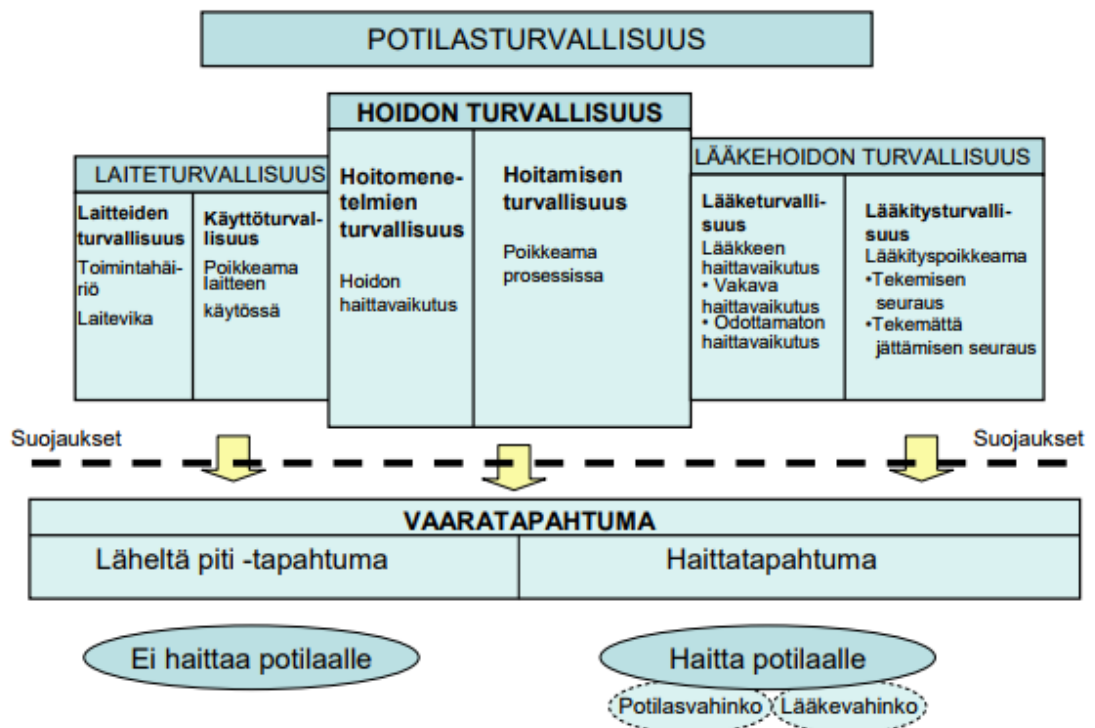
Aiemmissa vaaratapahtumaraportoinnin prosessiin liittyvissä opinnäytetöissä on tutkittu vaara-tapahtumaraportoinnin käyttöä ensihoidossa (Alavahtola – Palviainen 2014; Kivelä 2010), tehty ohje vaaratapahtumien raportoinnista ensihoidon työntekijöille (Lipponen – Matilainen – Palosuo 2014) sekä tutkittu HaiPro-ilmoituksia osana ensihoidon parempaa potilasturvallisuutta (Hämeenkorpi 2017) ja tehty ohje esimiehille vaaratapahtumien käsittelyyn (Niemi-Himanka 2014).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata vaaratapahtumaraportointiprosessin vaiheiden toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perustuen. Toisena tarkoituksena on kartoittaa vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista ja tärkeyttä erään ensihoidon palveluntuottajan toiminta-alueella. Tämä opinnäytetyö kehittää terveysalan organisaation johtamisen potilasturvallisuusosaamista vaaratapahtumaraportointiprosessin arvioinnin ja kehittämisen avulla.

2 Vaaratapahtumaraportointi osana potilasturvallisuutta

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksilöiden niitä toimintoja ja periaatteita, joilla varmistetaan hoidon turvallisuutta ja suojataan potilasta vahingoittumasta hoitotapahtuman yhteydessä (STM 2009: 11; STM 2014: 11; Autti – Keistinen 2013: 141). Potilaan tulee saada tarvitsemansa hoito oikea-aikaisesti, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (THL 2011: 7). WHO:n (2017) mukaan potilasturvallisuuden päämääriä ovat parantunut potilasturvallisuus, vähentyneet riskit ja vahingot, paremmat terveystulokset, tehostuneet potilaskokemukset ja pienemmät terveydenhuollon kulut.

Potilasturvallisuudesta ja hoidon laadusta puhutaan samassa yhteydessä, koska potilasturvallisuus on osa laatua. Laatutyöllä pyritään parempiin hoitotuloksiin ja potilasturvallisuudella varmistetaan hoidon toteutuvan ilman poikkeamia, joista aiheutuu haittaa. (Helovuom ym. 2012: 15.) Potilasturvallisuuden keskeisiä käsitteitä ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007). Myös hoitoympäristön turvallisuus ja infektioiden leviämisen estäminen liittyvät potilasturvallisuuteen (THL 2011: 21; WHO 2016). Potilasturvallisuutta voidaan käsitellä myös turvallisuuskulttuurin, vastuun, johtamisen ja säädösten näkökulmista (STM 2009: 13). Potilasturvallisuuteen liittyviä keskeisiä prosesseja ovat potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi, *vaaratapahtumista oppiminen* ja riskien hallinta, sekä potilasturvallisuuden varmistaminen ja kehittäminen (Helovuom ym. 2012: 108).



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007).

Potilasturvallisuuden edistäminen on osa terveyden ja sairaanhoidon laadun perustaa sekä riskien hallintaa (Helovuom ym. 2012: 15). Potilasturvallisuuteen sisältyy poikkeamien hallinta ja niistä johtuvien haittojen käsittely (STM 2009: 11). Vaaratapahtumaportoinnin tavoite on parantaa potilasturvallisuutta (Helovuom ym. 2012: 137; Kinnunen

2009: 117). Kinnunen ym. 2009 määrittelee vaaratapahtumaraportoinnin tarkoituksen seuraavasti:

”Raportoinnin tarkoituksena on saada tietoa vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Tietoa voidaan hyödyntää riskien tunnistamisessa, niiden hallintaan liittyvien toimenpiteiden määrittelyssä ja toimenpiteiden vaikutusten arvioinnissa.”

Tässä opinnäytetyössä keskitytään kuvion 1. vaaratapahtumakäsitteeseen ja niistä oppimiseen vaaratapahtumaraportoinnin kautta. Opinnäytetyön kannalta keskeiset määritelmät ovat esitetty seuraavassa taulukossa (taulukko 1).

Taulukko 1. Opinnäytetyön keskeiset määritelmät

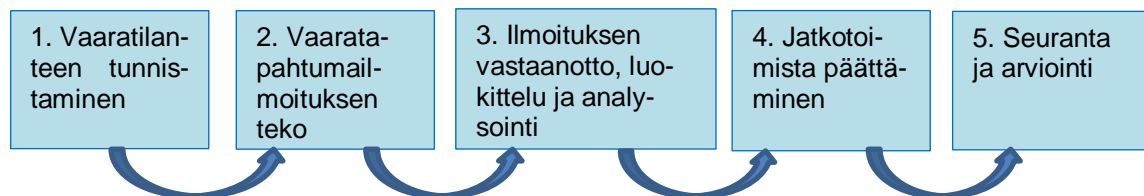
Läheltä piti -tapahtuma	Vaaratapahtuma, josta olisi voinut aiheutua haittaa potilaalle, mutta haitalta vältyttiin sattumalta tai seuraukset estämällä. Läheltä piti -tapahtumat ovat tapauksia, jotka eivät tule esille, ellei läsnä ollut työntekijä ilmoita siitä. (Helovuo ym. 2012:16; STM 2010.)
Haittatapahtuma	Vamma, joka on aiheutunut lääketieteellisestä hoidosta potilaan sairauteen suoraan liittymättä. Haittatapahtumasta voi aiheutua potilaalle pitkittynyttä sairaalahoitoa tai johtaa pysyvään haittaan. (Helovuo ym. 2012:16; STM 2010.)
Vaaratapahtuma	Tapahtuma, joissa potilasturvallisuus vaarantuu myös haittaa potilaalle aiheuttamatta (Helovuo ym. 2012:16; STM 2010). Tässä opinnäytetyössä sekä läheltä piti -tapahtumaa että haittatapahtumaa käsitellään määritteellä vaaratapahtuma (Kinnunen 2013).
Vaaratapahtumailmoitus	Organisaatiossa käytössä olevan raportointijärjestelmän kautta tehty ilmoitus tunnistetusta turvallisuusriskistä tai vaaratapahtumasta (STM 2010: 10).
Vaaratapahtumaraportointiprosessi	Määritely prosessi, joka alkaa vaaratilanteen tunnistamisesta sekä ilmoittamisesta ja päättyy käsittelyn kautta kehitettyyn toimintatavan, toiminnan olosuhteen tai välineen muutokseen (STM 2010: 10).

Terveystieteiden organisaatiossa tulee olla ainakin yksi nimetty potilasturvallisuuden vastuhenkilö. Suuremmassa organisaatiossa saattaa olla tarve useammalle henkilölle, jotka vastaavat potilasturvallisuussuunnitelman toteuttamisesta, seurannasta ja kehittämisestä. (THL 2011: 12.) Organisaatiossa tulee olla selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointia, seuranta ja käsittelyä varten (STM 2010: 20).

Vaaratapahtumaraportointia varten on kehitetty maailmalla erilaisia raportointijärjestelmiä. Niitä ovat esimerkiksi Englannin ja Walesin National Reporting and Learning System (NRLS), Ruotsissa Lex Maria, Tanskassa Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) ja Australiassa Advanced Incident Management System (AIMS). Järjestelmien tavoite on potilasturvallisuuden kehittäminen ja niihin ilmoitusten tekeminen perustuu vapaaehtoisuuteen. (Helovuo ym. 2012: 138.)

Vaaratapahtumailmoitusten määrä ei kerro organisaation tai yksikön potilasturvallisuudesta. Yksikössä, jossa ilmoituksia tehdään vähän, ei välttämättä edes havaita vaaratapahtumia. (Helovuo ym. 2012: 141.) Oppimista vaaratapahtumista tapahtuu raportointiprosessin jokaisessa vaiheessa. Potilasturvallisuuden ja oppimisen kannalta on tärkeää jo tunnistaa ja ilmoittaa vaaratapahtumasta. (Kinnunen ym. 2009: 14; STM 2010: 20.)

Vaaratapahtumaraportointiprosessi on viisi vaiheinen (kuvio 2). Se alkaa vaaratilanteen tunnistamisesta edeten vaaratapahtumailmoituksen tekoon. Ilmoitus vastaanotetaan, luokitellaan ja analysoinnin perusteella päätetään jatkotoimista. Vaaratapahtumaraportointiprosessiin kuuluvat myös käsiteltyjen vaaratapahtumien myötä päätettyjen potilasturvallisuutta edistävien toimenpiteiden seuranta ja arviointi. (Kinnunen 2009: 124; Kinnunen 2013.)



Kuvio 2. Vaaratapahtumaraportoinnin vaiheet (Kinnunen 2009: 124; Kinnunen 2013).

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata vaaratapahtumaraportointiprosessin vaiheiden toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perustuen. Toisena tarkoituksena on kartoittaa vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista ja tärkeyttä erään ensihoidon palveluntuottajan toiminta-alueella. Tavoitteena on kehittää ensihoidon palveluntuottajan vaaratapahtumaraportointiprosessia siten, että vaaratapahtumaraportointiprosessi johtaa tehokkaammin korjaaviin ja kehitettäviin toimenpiteisiin potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumiseen?
2. Miten vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumiseen vaikuttavat tekijät toteutuvat asiantuntijoiden arvioimana?
3. Mitkä vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavista tekijöistä ovat tärkeitä asiantuntijoiden arvioimana?
4. Mitä vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavia tekijöitä tulisi kehittää saatujen tulosten mukaan?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana erään ensihoidon palveluntuottajan kanssa. Elokuussa 2017 sovittiin aiheesta ja sen toteutuksen kulusta. Tutkimukseen saatiin lupa lokakuussa 2017.

Opinnäytetyö toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä (Kangasniemi ym. 2013; Salminen 2011:). Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella luotiin arviointilomake Delfoi-menetelmää varten. Toisessa vaiheessa asiantuntijaryhmän avulla kartoitettiin vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista ja tärkeyttä ensihoitoa käsittävässä vaaratapahtumaraportointiprosessissa. Asiantuntijaryhmän antaman arvioinnin perusteella koottiin tulosten mukaiset kehittämisehdotukset vaaratapahtumaraportointiprosessiin.

4.1 Kirjallisuuskatsauksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksella haettiin kuvausta vaaratapahtumaraportointiprosessin vaiheisiin vaikuttavista tekijöistä. Tiedon hakuun käytettiin potilasturvallisuuden kirjallisuutta, kansallisia ja kansainvälisiä internetsivustoja (Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus, World Health Organization), käsin hakua sekä kirjallisuuskatsausta potilasturvallisuuteen sekä vaaratapahtumien käsittelyyn liittyvillä hauilla Medic, Medline ja Pubmed -tietokantoihin.

Haut tietokantoihin tehtiin tarkennetuilla hauilla (advance search) rajaten vuosiväliksi 2007-2017 ja saatavilla olemaan koko tekstit. Haun tulokset ovat esitettynä taulukossa 2. Otsikoinnin ja tiivistelmien perusteella mukaan valikoituivat tutkimukset, jotka ovat esiteltynä liitteessä 1.

Taulukko 2. Kirjallisuuskatsauksen haut

Tietokanta	Hakusanat	Rajaus	Tulos → valittu
Medic	potilasturvall* AND vaaratapaht* AND raport*	2007-2017 koko teksti saatavilla	7 → 3
Medline	analys analy incident report incident reports incident reporting	2007-2017 koko teksti saatavilla	294 → 6
Pubmed	incident* report* learning*	2007-2017 koko teksti saatavilla	163 → 3

Tutkimuksia ensihoidon vaaratapahtumaraportointiprosessiin liittyen etsittiin lisäämällä hakuun sanoja EMS, emer*med*ser*, emergency medical service, ambulan*, ensihoi* tuloksetta.

Vaaratapahtumaraportointiin liittyviä tutkimuksia on aiemmin tehty Suomessa arvioimalla vaaratapahtumaraportointijärjestelmän (HaiPro) käyttöä ilmoitusten käsittelijöiden näkökulmasta (Sarste 2012), vaaratapahtumailmoituksia analysoimalla tuotu esiin keskeisimpiä potilasturvallisuuden kehittämiskohteita (Kuisma 2010) ja kuvattu HaiPro-järjestelmän käyttöönottoa ja tuloksia (Keistinen – Kinnunen – Holm 2008).

Saksassa tehdyssä katsausartikkelissa selvitettiin vaaratapahtumiin johtavia syitä ja ennaltaehkäistäviä vaaratapahtumia. Iso-Britanniassa tehdyssä katsausartikkelissa arvioitiin vaaratapahtumaraportointiin myötävaikuttavia tekijöitä (Mahajan 2010) ja laadullisessa tutkimuksessa tutkittiin vaaratapahtumaraportoinnin vaikuttavuutta potilasturvallisuuden parantamiseen (Anderson – Kodate – Walters – Dodds 2012). Myös Australiassa on tutkittu laajalla survey-tutkimuksella järjestelmäkoulutuksen hyötyjä vaaratapahtumaraportoinnissa (Braithwaite – Westbrook – Travaglia 2008). Alankomaissa tehdyssä verkkitutkimuksessa selvitettiin potilasturvallisuuskoulutuksen vaikutusta vaaratapahtumaraportointiin (Jansma – Wagner – Kate – Bijnen 2011) ja Kanadassa tutkittiin mitkä ovat esteitä ja edistäjiä vaaratapahtumaraportoinnin onnistuneessa käyttöönotossa (Lambrinos – Holubowich 2017). Ruotsissa tutkittiin retrospektiivisen katsauksen käyttöä

läheltä piti -tapahtumien havaitsemiseen ja kuvaamiseen osana proaktiivista potilasturvallisuuden kehittämistä (Schildmeijer – Unbeck – Muren – Perk – Pukk Härenstam – Nilsson 2013). Brasiliassa tutkittiin hoitajien motivaatiota vaaratapahtumailmoitusten tekkoon (de Paiva ym. 2014)

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä. Aineistosta haettiin käsitteitä, jotka liittyivät vaaratapahtumaraportointiprosessin etenemiseen joko estävästi tai edistävästi. Käsitteitä ei sisällönanalyysin tavoin pelkistetty eikä ryhmitelty, vaan ne ohjattiin suoraan teoreettisessa viitekehyksessä esitelyihin vaaratapahtumaraportointiprosessin vaiheisiin (kuvio 2.) Aineiston analyysissä kerättiin struktuuridusti vain asioita, jotka sopivat analyysirunkoon. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 113.)

Vaaratapahtumaraportoinnin prosessiin vaikuttavista tekijöistä muodostettiin väittämiä (liite 2) Delfoi-menetelmän toteutusta varten. Väittämien muodostuksessa suosittiin yksinkertaisia lauseita, vältettiin lauseiden kielteisiä muotoja sekä järjesteltiin väittämät loogiseen järjestykseen (Kananen 2012: 136). Väittämiä muodostui 66. Lopullisesta arviointilomakkeesta jätettiin pois väittämä 35. vaaratapahtumien riskiluokille on muodostettu määritelmät (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen, merkittävä, vakava), koska riskiluokkien määritelmät ovat muodostettu HaiPro-järjestelmään (Flinck 2015: 16; Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely 2015: 8). Myös väittämät 46 ja 47 (kts. liite 2) jätettiin pois, koska niiden ei koettu vaikuttavan vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumiseen ja väittämä 47 on vastaava väittämän 62 kanssa. Arviointiasteikkona vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumisessa käytettiin ”toteutuu – toteutuu osittain – ei toteudu” vaihtoehtoja. Vaikuttavien tekijöiden tärkeyttä vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumisessa kartoitettiin ”tärkeä” vaihtoehdolla.

4.2 Delfoi-menetelmän toteutus

Kehittämistyön toisessa vaiheessa kirjallisuuskatsauksessa kuvattuja vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista ja tärkeyttä kartoitettiin Delfoi-menetelmällä. Delfoi (tai Delfi) -menetelmällä kerätään tietoa asiantuntijoiden mielipiteistä (Metsämuuronen 1997; Kuusi 1999). Se on yksi monista asiantuntijoiden mielipiteiden keruumenetelmistä, jossa tutkimuksen tarkoitus ja konteksti voivat melko vapaasti vaikuttaa menetelmän toteutukseen (Linstone – Turoff 2002; Kuusi 1999). Menetelmää käytettiin tässä opinnäytetyössä nykytiedon keräämiseen, jota muutoin ei olisi saatavilla (Linstone – Turoff 2002). Delfoi-menetelmässä avaintekijöitä ovat saadun informaation

jäsentely ydinkohdiksi, asiantuntijoilta saadun palautteen käsittely sekä heidän anonymiteetin suojaaminen (Anttila 2007a; Kuusi 1999; Metsämuuronen 1997).

Asiantuntijaryhmään kutsuttiin henkilöitä, jotka käsittelevät tai ovat käsitelleet vastuutetuina erään ensihoitopalvelun tuottajan toiminta-alueella ensihoidon vaaratapahtumailmoituksia. Kutsuttuja ryhmään oli kahdeksan, joista viisi vastasi olevansa käytettävissä tutkimuksessa. Tutkimukseen vastasi neljä viidestä asiantuntijaryhmään valituksi tulleesta.

Asiantuntijaryhmän kuuleminen toteutettiin internetpohjaisella (SurveyPal) strukturoidulla arviointilomakkeella (liite 3). Arviointilomake sopii kehittämistutkimuksessa projektin alkumittaukseen (Kananen 2012: 121). Asiantuntijaryhmällä oli aikaa vastata joulukuun 2017 ajan arviointilomakkeeseen. Tämän jälkeen arviointilomake suljettiin ja vastaukset koostettiin SurveyPalin omalla taulukointiohjelmalla. Asiantuntijaryhmän vastauksia ei analysoitu tilastollisin menetelmin pienen otannan takia vaan tuloksia tarkasteltiin luokitteluasteikkoa käyttäen (Kananen 2002: 121; Anttila 2007b).

5 Opinnäytetyön tulokset

5.1 Vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavat tekijät kirjallisuuskatsaukseen perustuen

Vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavia tekijöitä etsittiin kirjallisuudesta ja tutkimuksista käyttäen prosessin vaiheita (kuvio 2) analyysirunkona. Vaikuttavat tekijät valittiin mukaan huomioimatta, kuinka usein ne kirjallisuuskatsauksen aineistossa esiintyivät.

5.1.1 Vaaratilanteen tunnistaminen

Vaaratapahtuman raportointiprosessi alkaa vaaratilanteen tunnistamisesta (STM 2010: 10; 20). Vaaratilanteen tunnistamisessa (taulukko 3) auttaa työntekijän tietoisuus riskeistä, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 13). Tunnistamiseen myötävaikuttavia tekijöitä (taulukko 3) ovat myös potilasturvalli-

suososaamisen kehittäminen esimerkiksi koulutuksilla, helposti hahmotettavat työprosessit sekä saatavilla oleva tieto päivittäiseen työhön. Työntekijöiden tulee edistää työsään potilasturvallisuutta ja sitä edistäviä periaatteita sekä soveltaa potilasturvallisuuden keskeisiä keinoja. Heidän tulee hyödyntää potilasturvallisuuden edistämisen työkaluja, kuten oppaita ja suosituksia. (Reiman – Oedewald 2009: 44, 51; Ruuhilehto 2009: 155, 156; THL 2011: 15.) Hyvä henkilöstöjohtaminen sitouttaa henkilöstöä potilasturvallisuustyöhön ja tukee heidän ymmärrystään potilasturvallisuuden rakentuvan eri tekijöistä ja toimijoista (taulukko 3) (Ruuhilehto 2009: 155; THL 2011: 14).

Vaaratilanteen tunnistamiseen (taulukko 3) voidaan todeta vaikuttavan työntekijöiden koulutus potilasturvallisuudesta sekä työprosessien tunteminen. Ohjeistuksissa, prosesseissa ja toimintatavoissa havaittavia puutteita voivat Helovuon (ym. 2012: 64) mukaan olla

- epäselvyys, puutteellisuus, tulkinnanvaraisuus tai vaikeaselkoisuus ohjeistuksissa.
- toimintaohjetta ei ole tai se on vaikeasti saatavilla, kun sitä tarvitaan.
- ohjeet saattavat olla vanhentuneita tai eri versioiden ylläpidossa ongelmia.
- prosessit ovat määriteltyjä, mutta eivät sovellu käytäntöön.
- toimintatavoissa epäyhteneväisyyttä ja liiallista vaihtelua.
- heikot tai riittämättömät varmistusmenettelyt prosesseissa.

Taulukko 3. Vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavat tekijät

	VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	LÄHDE
VAARATILAN- TEEN TUNNIS- TAMINEN	Työntekijät ovat tietoisia riskeistä, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta.	Ruuhilehto 2009: 156; THL 2011: 15
	Potilasturvallisuusosaamista kehitetään esimerkiksi koulutuksilla	THL 2011: 15
	Työntekijät noudattavat potilasturvallisuutta edistäviä periaatteita	THL 2011: 15
	Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri tekijöitä ja toimijoista.	Ruuhilehto 2009: 155; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 13; THL 2011: 14
	Työprosessit ovat kuvattuja ja päivittäiseen työhön tarvittava tieto helposti saatavilla	Ruuhilehto 2009: 155; THL 2011: 15 Reiman – Oedewald 2009: 44, 51

5.1.2 Vaaratapahtumailmoituksen teko

Vaaratapahtumien ilmoittaminen on vapaaehtoista ja perustuu työntekijän aloitteellisuuteen (STM 2010: 17). Heikko potilasturvallisuuskulttuuri ja pelko rankaisemisesta saattavat estää henkilökuntaa tekemästä vaaratapahtumailmoituksia (taulukko 4) (esim. Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 14; WHO 2008; WHO 2014: 14). Syyllistämättömässä organisaatiossa on keskustelulle avoin potilasturvallisuuskulttuuri (Aaltonen – Rosenberg 2014; Kinnunen 2009: 119). Syyllistäminen johtaa virheiden peittelyyn, jolloin avointa keskustelua ei synny (esim. Helovuo ym. 2012: 149; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 11). Johto voi tukea hyvää potilasturvallisuuskulttuuria läsnäololla potilasturvallisuuskoulutuksissa, tekemällä turvallisuuskiertoja ja keskustelemalla henkilöstön kanssa sekä viestimällä aktiivisesti potilasturvallisuudesta (Helovuo ym. 2012: 97; 149). Esimiehet ja potilasturvallisuuden vastuuhenkilöt voivat kannustaa virheiden esiin tuomiseen (taulukko 4) ja omalla esimerkillään ohjata avoimen ilmapiirin muodostamista. Mitä kannustavampaa esimiestoiminta on, sitä enemmän läheltä piti -tapahtumia on todettu raportoitavan. (Helovuo ym. 2012: 150.) Vaaratapahtumaraportointia ei tule käyttää yksittäisten henkilöiden ohjaamiseen ja johtamiseen, vaan kurinpidolliset ja organisaation oppimiseen tähtäävät menetelmät pidetään erillisinä (taulukko 4) (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24; STM 2010: 18).

Systeemilähtöinen ajattelutapa kannustaa tuomaan vaaratapahtumia esiin (taulukko 4), koska ihmistä ei nähdä ainoana syynä vaaratapahtumien syntymiseen, vaan vaaratapahtumat syntyvät järjestelmän eri osien sekä niiden toiminnan yhteisvaikutuksesta (Kinnunen 2010:19; Helovuo ym. 2012: 53, 56 WHO 2008). Vaaratapahtumista saadun tiedon analysointi ja julkistaminen edistävät osaltaan avoimuutta ja kannustavat vaaratapahtumien ilmoittamiseen (taulukko 4) (Kinnunen 2009: 119; STM 2010: 16).

Henkilökuntaa tulee kouluttaa ja kaikilla olla mahdollisuus koulutukseen vaaratapahtumailmoituksen tekemisestä (taulukko 4) (Kinnunen 2009: 123). Ilmoittajan osaamisella voidaan varmistaa, että ilmoitus keskittyy mitä on tapahtunut eikä kuka tilanteessa on ollut tai kenen syytä vaaratapahtuma oli. Ilmoituksissa työntekijät voivat myös itse ehdottaa korvaavia toimenpiteitä (taulukko 4). (Esim. Kinnunen 2009: 126-127.) Ilman vaaratapahtumien raportointia niitä ei voi käyttää oppimisen ja potilasturvallisuuden kehittämisen välineenä eikä pystytä seuraamaan työyksikön tapahtumia (Helovuo ym. 2012: 136). Myös potilailta ja omaisilla tulisi olla myös mahdollisuus raportoida havaitsemistaan

vaaratapahtumista (taulukko 4), koska ne täydentävät kanteluiden kautta tulevaa palautetta ja antavat tärkeää tietoa hoitoprosessin toiminnasta (esim. Helovuo ym. 2012: 142).

Taulukko 4. Vaaratapahtumailmoituksen tekoon vaikuttavat tekijät.

	VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	LÄHDE
VAARATAPAHTU- MAILMOITUKSEN TEKO	Heikko potilasturvallisuuskulttuuri ja pelko rankaisemisesta	Aaltonen – Rosenberg 2014; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 14; WHO 2014: 14; Kinnunen 2010
	Keskustelulle avoin potilasturvallisuuskulttuuri	Aaltonen – Rosenberg 2014; Kinnunen 2009: 119; Kinnunen 2010.
	Virheiden esiin tuomiseen kannustetaan	Helovuo ym. 2012: 150
	Systeemilähtöinen ajattelutapa vaaratapahtumien syntymisessä	Helovuo ym. 2012: 56; WHO 2008
	Vaaratapahtumista saatu tieto analysoidaan ja julkistetaan	STM 2010: 16 Kinnunen 2009: 119
	Vaaratapahtumaraportointia ei tule käyttää yksittäisten henkilöiden ohjaamiseen ja johtamiseen, vaan kurinpidolliset ja organisaation oppimiseen tähtäävät menetelmät pidetään erillisinä	Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24; STM 2010: 18; Euroopan komissio 2014
	Vaaratapahtumista raportoidaan	Helovuo ym. 2012: 136; Kinnunen 2009: 126
	Henkilökuntaa on koulutettu vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen	Kinnunen 2009: 126
	Ilmoitus keskittyy mitä on tapahtunut eikä kuka tilanteessa on ollut tai kenen syytä vaaratapahtuma oli	Kinnunen 2009: 126; Euroopan komissio 2014
	Ilmoituksissa työntekijät ehdottavat itse korjaavia toimenpiteitä	Kinnunen 2009: 127
	Potilailta ja omaisilta on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen	Euroopan komissio 2014; Helovuo ym. 2012: 142; STM 2010: 19

Potilasturvallisuudesta on tärkeää antaa tietoa henkilökunnalle sekä saada henkilöstö ymmärtämään miksi vaaratapahtumista raportoidaan ja mitä saaduilla tiedoilla tehdään (Kinnunen 2009: 123).

Poikkeamien normalisoituminen on vaaratapahtumien vakiintumista järjestelmään. Vähitellen tapahtumat hyväksytään normaaliksi osaksi toimintaa, eikä niihin enää kiinnitetä huomiota. Esimerkkinä tällaisesta voi olla teknisessä laitteessa toistuva toimintahäiriö jonka korjaamiseksi henkilökunta kehittää oman tavan ongelman ratkaisemiseksi, kun-

nes raportoituun riskiin reagoidaan. Laitetta käytetään vastoin ohjeita, mutta toimintahäiriö vältetään. Tällöin tavasta tulee normaali käytäntö. (Helovuo ym. 2012: 61; Reiman – Oedewald 2009: 50.)

Edellä mainitulla esimerkillä on myös laajempi vaikutus; jos ongelmaan ei puututa raportoinnista huolimatta, syntyy käsitys, että raportoinnilla ei ole merkitystä ja vaaratapahtumailmoituksia ei tehdä. Tästä seuraa toimintakulttuurin heikkeneminen. (Helovuo ym. 2012: 61.)

5.1.3 Vaaratapahtumailmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi

Vaaratapahtumien tutkinta- ja käsittelyprosessi (taulukko 5) tulee olla kuvattuna organisaation potilasturvallisuussuunnitelmassa. Menettelytapojen tulee olla selkeitä koskien vaaratapahtumaraportointiprosessia, ja vakavien sekä merkityksellisten vaaratapahtumien käsittelystä, raportoinnista ja palautteesta olla ohjeet. Myös vakavien vaaratapahtumien käsittelyn tulee olla organisaation sisällä yhdenmukaista ja johdon hyväksymää. (Haavisto – Helovuo – Kinnunen – Peltomaa 2012: 10; STM 2010: 17.)

Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyvaiheeseen (taulukko 5) osallistuvat organisaatiossa nimetyt, vastuutetut, koulutetut ja perehdytetyt henkilöt (STM 2010: 20). Vaaratapahtumaraporttien analysointia ei ole tarkoituksen mukaista vaatia jokaiselta organisaation esimieheltä, vaan tueksi tarvitaan asiantuntijoita ja vastuuhenkilöitä (taulukko 5), jotka voivat tehdä muun muassa yhteenvetoja ja suosituksia päätöksenteon sekä toiminnan kehittämisen helpottamiseksi (Helovuo ym. 2012: 112). Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyyn voidaan ottaa mukaan myös henkilökuntaa ja nimetä esimerkiksi potilasturvallisuusryhmä (taulukko 5), jolloin käsittelyyn osallistetaan laaja joukko tekijöitä. Käsittelyyn osallistuvilla henkilöillä tulee olla selkeästi sovittuna toiminnan tavoitteet ja tehtävät. Käsittelylle tulee varata riittävästi resursseja ja työaikaa (taulukko 5). Organisaation ylimmän johdon tuki on toiminnalle tärkeää ja vaaratapahtumien käsittely tulee organisoida siten, että tapahtumat tulevat käsitellyiksi. (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24.) Vaaratapahtumailmoituksen käsittely tulee aloittaa viimeistään kahden viikon kuluessa sen saapumisesta (Flinck 2015: 20).

Vaaratapahtuman vastaanottajaksi nimetty/nimetyt henkilö/henkilöt suorittavat jokaisesta vaaratapahtumasta alustavan analyysin, luokittelee, tallentaa muutokset raportointijärjestelmään sekä ohjaa sovituisissa tilanteissa vaaratapahtumailmoituksen tarkempaa tutkintaa varten eteenpäin (Kinnunen 2009: 127; STM 2010: 20; WHO 2008).

Vaaratapahtumien analysoinnin tavoitteena on havaita potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä ja määrittellä toimenpiteet riskienhallintaan (Haavisto ym. 2012: 14; Helovuori – Kinnunen – Kuosmanen – Peltomaa 2015: 14). Kriteerit, joihin perustuen ilmoitetut vaaratapahtumat tutkitaan tarkemmin ja selvitetään välittömien toimenpiteiden tarve, määrittellee organisaatio. Vaaratapahtumailmoituksen vastaanottovaiheessa päätetään tarkemmasta käsittelystä. (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 29; STM 2010: 20; THL 2011; 30.)

Vaaratapahtumaraportin käsittely aloitetaan selvittämällä mitä tapahtui sekä selvittämällä faktatiedot tapahtumasta. Sen jälkeen selvitetään myötävaikuttavia tekijöitä kysymällä ”miksi” (Kinnunen 2013). Esimerkiksi miksi laitteet eivät toimineet? Miksi toiminta oli puutteellista? ”Miksi” kysymyksillä etsitään vastausta suoraan toimintaan vaikuttaneista tekijöistä. Seuraavassa vaiheessa arvioidaan organisaation toimintaa, rakenteita, prosesseja ja kulttuuria, miksi selvitettyt olosuhteet pääsivät syntymään. (Helovuori ym. 2012: 160; Ruuhilehto 2009: 164.) Mikäli ilmoituksessa on syylistämistä (taulukko 5), tulee käsittelijän analysoida vaaratapahtumaa syylistämättä ja jättää asiattomat kommentit huomioimatta (Kinnunen 2009:133).

Systeemilähtöisen vaaratapahtumien ajattelumallin mukaan olosuhteet, jotka altistavat vaaratapahtumille, ovat organisaatiotason toiminnasta johtuvia (Helovuori ym. 2012: 144). Vaaratapahtumia käsitellessä systeemilähtöisesti (taulukko 5), voidaan huomata yksilöstä riippumattomia seikkoja, kuten heikkouksia järjestelmässä, työympäristön puutteellista suunnittelua, laitteiden huonoa käytettävyyttä tai epäselviä työohjeita (Helovuori ym. 2012: 53). Potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta analyysi tulee ulottaa syvemmälle kuin vaaratapahtumaa välittömästi edeltäneisiin tapahtumiin ja kysyä henkilöstöltä, miksi he tekivät mitä tekivät tilanteessa (taulukko 5). (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 34; Helovuori ym. 2012: 143; 144.)

Vaaratapahtumia tulisi tarkastella niiden sisältämien riskien näkökulmasta (haitan todennäköisyys, miten lähellä vahingon syntyminen oli ja mitkä seuraukset olisivat voineet olla). Riski ei ole sama asia kuin vaaratapahtuma, vaan vaaratapahtuma tuo esiin yhden

tai useampia tekijöitä jotka riskejä aiheuttavat. (Helovuo ym. 2015: 7.) Riskiluokka arvioidaan todennäköisyyden ja seurausten vakavuuden perusteella. Arviointi ei ole helppoa ja eri henkilöt saattavat arvioida vaaratapahtuman riskiluokan eri tavoin (Helovuo ym. 2012: 126). Riskiluokan arviointia voidaan yhtenäistää tekemällä riskinarvioiteja ryhmässä ja muodostamalla määrittelyt, mihin arviointi perustuu (taulukko 5). (Helovuo ym. 2015: 21; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 11.)

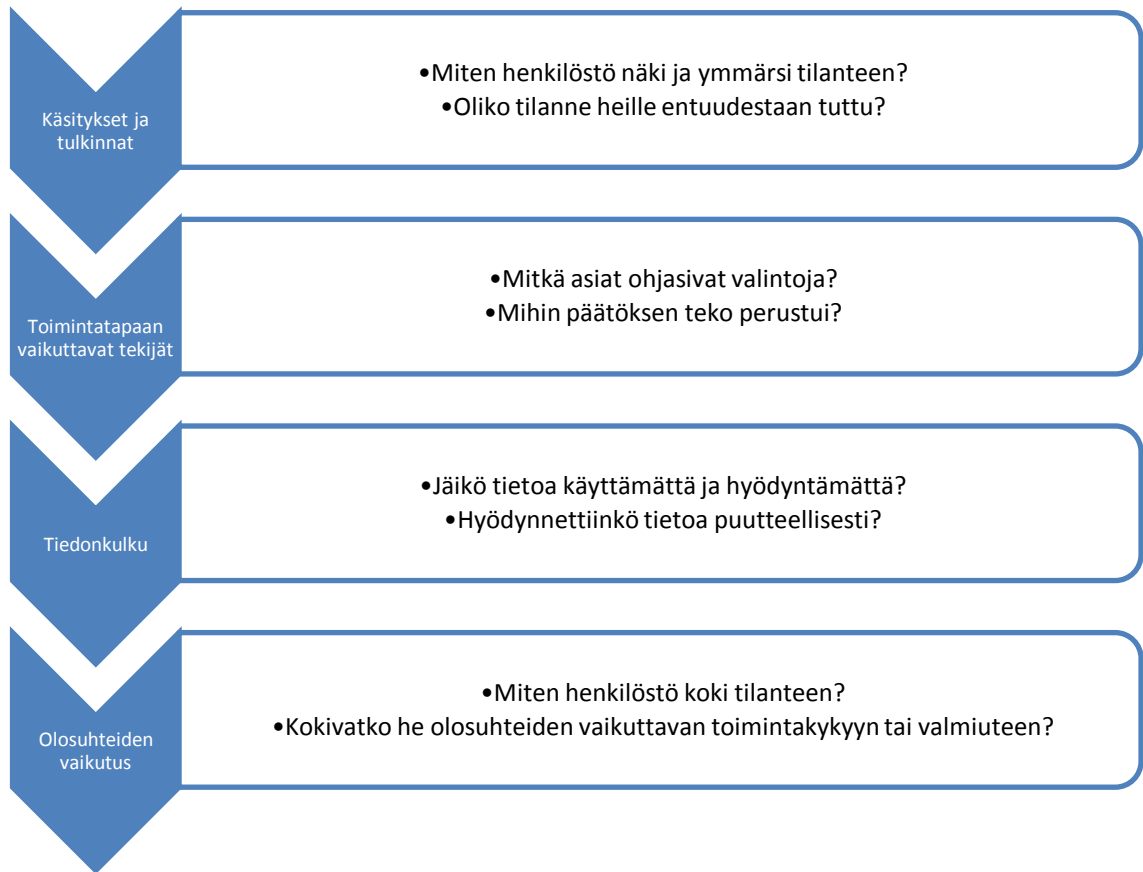
Riskiluokan määrittäminen auttaa ymmärtämään vaaratapahtuman riskin suuruutta sekä määrittelemään tarvittavien toimenpiteiden suunnittelua ja toteutusta. Kaikkia vaaratapahtumia ei käsitellä samalla tavalla, korkeisiin riskiluokkiin kuuluvat eli vakavat vaaratapahtumat vaativat välittömiä toimenpiteitä riskin hallitsemiseksi (taulukko 5). (Flinck 2015: 16; Helovuo ym. 2012: 151.) Riskien suuruuden määrittelyn periaatteet tulee sopia, jotta arviointi on yhtenäisempää (taulukko 5.).

Taulukko 5. Vaaratapahtumailmoituksen vastaanottoon, luokitteluun ja käsittelyyn vaikuttavat tekijät.

	VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	LÄHDE
VASTAANOTTO, LUOKITTELU JA ANALYSOINTI	Tutkinta/käsittelyprosessi kuvattu potilasturvallisuussuunnitelmassa	Haavisto ym. 2012: 10
	Selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointia, seuranta ja käsittelyä varten	STM 2010: 17
	Ohjeet seurauksiltaan vakavien tai muuten merkityksellisten haittatapahtumien raportoinnista, käsittelystä ja palautteesta.	STM 2010: 17
	Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan tulee olla organisaation sisällä yhdenmukainen ja johdon hyväksymä	Haavisto ym. 2012: 10
	Käsittelyvaiheeseen osallistuvat organisaatiossa nimetyt, vastuutetut, koulutetut ja perehdytetyt henkilöt	STM 2010: 20
	Vaaratapahtumien analysoinnin apuna asiantuntijoita ja vastuuhenkilöitä	Helovuo ym. 2012: 112
	Kerätty tieto kootaan paikallisesti ja alueellisesti palautteeksi, joka käsitellään johdon ja henkilöstön toimesta säännöllisesti.	STM 2010: 17
	Käsittelyyn osallistuvilla henkilöillä tulee olla selkeästi sovittuna toiminnan tavoitteet ja tehtävät	Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24
	Vakavien vaaratapahtumien ripeä käsittely	HUS 2015; Haavisto ym. 2012: 10
	Vaaratapahtuman riskiluokille on muodostettu määritelmät ja riskinarvioiteja tehdään tyhmissä keskustellen	Helovuo ym. 2015: 21; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 11
Korkean riskiluokan vaaratapahtumat johtavat välittömiin toimenpiteisiin	Flinck 2015: 16	

Organisaatiossa tulisi ennalta pohtia minkälaiset tapahtumat määritellään vakaviksi ja millä perusteilla tarkempi tutkinta tehdään	Haavisto ym. 2012: 15
Lievät tapahtumat voidaan käsitellä yksittäisten henkilöiden toimesta, kun taas vakavat tapahtumat tutkitaan erikseen nimetyn ryhmän toimesta.	Haavisto ym. 2012: 15
Käsittelylle tulee varata riittävästi resursseja ja työaikaa	Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24
Käsittelyyn voidaan ottaa mukaan myös henkilökuntaa ja nimetä esimerkiksi potilas-turvallisuusryhmä	Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24
Vaaratapahtumien käsittely tulee organisoida siten, että tapahtumat tulevat käsitellyiksi	Euroopan komissio 2014; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24
Analyysissä vaaratapahtumaa tarkastellaan tilanteessa olleiden näkökulmasta	Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 34; Helovuo ym. 2012: 144
Vaaratapahtumailmoituksen käsittely tulee aloittaa viimeistään kahden viikon kuluessa sen saapumisesta	Flinck 2015: 20

Ensi katsomalta vaaratapahtuma saattaa näyttää yksittäisen henkilön tekemältä virheeltä, mutta analyysin tarkoitus on löytää tekijöitä, jotka myötävaikuttivat vaaratapahtuman syntyyn (Helovuo ym. 2012: 143). Syyllistämisen sijaan pyritään ymmärtämään ihmisten toimintaa esimerkiksi kuvion 3. kysymyksillä, miten vaaratapahtumaan johtanut tilanne näyttäytyi henkilöstölle. (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 34; Helovuo ym. 2012: 143; 144.)



Kuvio 3. Henkilöstön kokemus vaaratapahtumatilanteesta (Helovuo ym. 2012: 144).

Vaaratapahtumia voidaan käsitellä eri tasoilla sen mukaan, miten vakava vaaratapahtuma on tai millaisen riskin se tuo esiin (kuvio 4). Erilaisia käsittelytasoja ovat esimerkiksi (Helovuo ym. 2012: 152):

- rekisteröinti ja luokittelu raportointijärjestelmään seurantaan varten
- analysointi yksittäisen käsittelijän toimesta
- analysointi työryhmän toimesta
- tutkinta moniammatillisen työryhmän toimesta perussyyanalyysin tai muun vastaavan menetelmän mukaan
- tutkinta organisaation ulkopuolisen ryhmän toimesta

HaiPro-järjestelmässä on riskimatriisi (kuvio 4), jonka avulla vaaratapahtuman riskiluokkaa arvioidaan (Flinck 2015: 16; Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely 2015: 8).

	Tyypilliset seuraukset		
	Vähäiset	Haitalliset	Vakavat
Todennäköisyys	Korkeintaan epämukavuutta, hoidon viivästymistä tai pitkittymistä ilman merkittäviä terveysvaikutuksia	Toimenpiteitä vaativia terveysvaikutuksia, hoidon pitkittymistä ja ylimääräistä kärsimystä, tilapäinen työkyvyttömyys	Kuolema tai pysyviä vakavia vaikutuksia, elämänlaatua huomattavasti heikentäviä vammoja, pysyvä työkyvyttömyys
Epätodennäköinen Satunnainen vaaratilanne, altistuminen lyhytaikaista, esiintyy harvoin.	<u>I Merkityksetön riski</u>	<u>II Vähäinen riski</u>	<u>III Kohtalainen riski</u>
Mahdollinen Vaara- tai kuormitusilanteet päivittäisiä. Läheltä piti -tapauksia on sattunut.	<u>II Vähäinen riski</u>	<u>III Kohtalainen riski</u>	<u>IV Merkittävä riski</u>
Todennäköinen Vaaratilanteita esiintyy usein ja säännöllisesti. Tapaturmia on sattunut.	<u>III Kohtalainen riski</u>	<u>IV Merkittävä riski</u>	<u>V Vakava riski</u>

Kuvio 4. HaiPro-järjestelmän riskimatriisi (Flinck 2015: 16; Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely 2015: 8).

Vaaratapahtumia voidaan analysoida myös joukkoina. Raportointijärjestelmä mahdollistaa tyypillisten tapahtumien esiin nostamisen, mutta tapahtumajoukot tulee analysoida kuten muutkin vaaratapahtumat (Helovuo ym. 2012: 130; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 29).

Vaaratapahtumien, joista ei aiheutunut potilaille haittaa (läheltä piti -tapahtumat) ovat oppimisen kannalta tarkoituksenmukaisimpia analysoida. Niiden avulla voidaan estää vakavia vaaratapahtumia. (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 29; Schildmeijer ym. 2013.)

5.1.4 Jatkotoimista päättäminen

Vaaratapahtumaraportointiprosessin viimeinen vaihe on toimenpidesuosituksen tekeminen sekä niiden dokumentointi (Helovuo ym. 2012: 162). Kehittämistoimenpiteiden suunnittelu ja toteutus ovat haastavin osuus vaaratapahtumaraportointiprosessissa (Kinnunen 2009: 132).

Yksittäisten poikkeaminen havaitseminen ja puuttuminen yhden ihmisten toimintaan on helpompaa kuin toiminnan rakenteissa piilevien heikkouksien selvittäminen ja muuttaminen (Helovuo ym. 2012: 56). Vaaratapahtuman käsittelyn tulee johtaa toimenpiteisiin (taulukko 6), kuten työympäristön ja laitteiden parannuksiin, työntekijöiden koulutuksiin ja perehdytyksiin, työkäytäntöjen muutoksiin tai varmistusmenettelyjen lisäämiseen sekä

prosessien kehittämiseen (Helovuo ym. 2015: 6; THL 2011: 29). Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten (taulukko 6) tulee (mukaan Helovuo ym. 2012: 147 ja Taylor-Adams – Vincent 2001):

- 1) olla kohdistettu organisatorisiin tekijöihin tai suojausjärjestelmien kehittämiseen.
- 2) perustua vaaratapahtumien käsittelyyn perustuvia ja liittyä tehtyyn johtopäätökseen sekä vaaratapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin.
- 3) olla selkeästi määriteltyjä; mitä tehdään, kenen toimesta ja missä organisaation osassa.
- 4) olla mitattavissa vaikuttavuudeltaan, jolloin kehitys kohdistuu määrättyyn toiminnan osaan ja suosituksella tavoitellaan vaikutusta toimintaan – muutostavoite konkretisoituu.
- 5) olla hyväksyttäviä organisaatiossa. Toimenpiteistä ja suosituksista keskustellaan jo niitä valmisteltaessa linjaorganisaation kanssa.
- 6) pystyä toteuttamaan realistisesti. On huomioitu toiminnan kehittämistä säätelevät reunaehdot.
- 7) sitoutua aikaan, jolloin suositusten/toimenpiteiden aloittamiselle sovitaan määräaika ja raportointivelvollisuus etenemisestä.

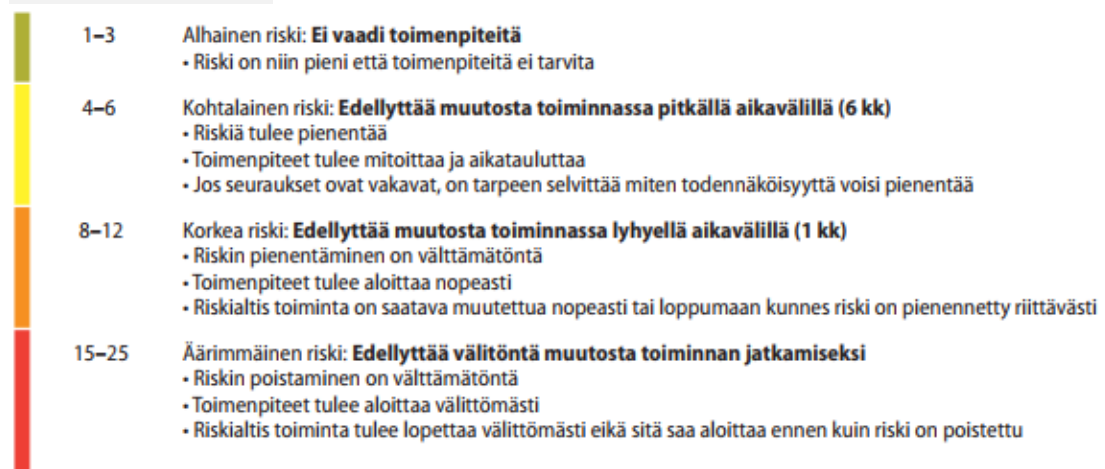
Kehittämistä vaativiin toimenpiteisiin (taulukko 6) tulee osoittaa aikataulu, tavoitteet sekä vastuuhenkilöt (STM 2014: 44). Pelkkä tiedottaminen ei välttämättä riitä toimenpiteeksi (Helovuo ym. 2015: 27). Kuitenkin ilmoitetuista vaaratapahtumista tulisi säännöllisin väliajoin keskustella työyksiköissä, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus osallistua korjaaviin toimenpide-ehdotuksiin (Ruuhivirta 2009: 167)

Taulukko 6. Jatkotoimista päättämiseen vaikuttavat tekijät

VAIHE	VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	LÄHDE
JATKOTOIMISTA PÄÄTTÄMINEN	Johto nimeää potilasturvallisuustyötä koordinoivat henkilöt ja mahdollistaa heidän työskentelynsä toimeksiannon mukaisesti.	STM 2010: 17
	Korjaaville toimenpiteille määritellään aikataulu	Haavisto ym. 2012: 10; Helovuo ym. 2012: 147; Helovuo ym. 2015: 16; STM 2014: 44
	Kehitettävälle toimenpiteille määritellään tavoitteet ja vastuuhenkilöt	STM 2014: 44; Helovuo ym. 2015: 16;
	Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla kohdistettu organisatorisiin tekijöihin tai suojausjärjestelmien kehittämiseen	Helovuo ym. 2012: 147

Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee perustua vaaratapahtumien käsittelyyn ja liittyä tehtyyn johtopäätökseen sekä vaaratapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin.	Helovuo ym. 2012: 147
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla selkeästi määriteltyjä; mitä tehdään, kenen toimesta ja missä organisaation osassa.	Helovuo ym. 2012: 147; Taylor-Adams – Vincent 2001
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla mitattavissa vaikuttavuudeltaan, jolloin kehitys kohdistuu määrättyyn toiminnan osaan ja suosituksella tavoitellaan vaikutusta toimintaan – muutostavoite konkretisoituu	Helovuo ym. 2012: 147; Taylor-Adams – Vincent 2001
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla hyväksyttäviä organisaatiotasolla. Toimenpiteistä ja suosituksista keskustellaan jo niitä valmisteltaessa linjaorganisaation kanssa	Helovuo ym. 2012: 147
Toiminnan kehittämistä edistäviä suosituksia tulee pystyä toteuttamaan realistisesti. On huomioitu toiminnan kehittämistä säätelevät reunaehdot	Helovuo ym. 2012: 147
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee sitoutua aikaan, jolloin suositusten/toimenpiteiden aloittamiselle sovitaan määräaika ja raportointivelvollisuus etene- misestä	Helovuo ym. 2012: 147; Taylor-Adams – Vincent 2001

Määriteltäessä riskiluokkia voidaan sopia mitkä riskiluokista johtavat toimenpiteisiin ja mikä on hyväksyttävä riskitaso, jolloin riski on niin pieni, ettei toimenpiteitä tarvita. (Helovuo ym. 2012: 152; Helovuo ym. 2015: 26.) Riskin merkittävyyksiä voidaan käyttää päätettäessä jatkotoimenpiteitä kuvion 5 mukaisesti:



Kuvio 5. Riskien merkittävyyksien vaikutus jatkotoimenpiteisiin (Helovuo ym. 2015:26).

Vaaratekijöitä poistamalla parannetaan potilasturvallisuutta pienentämällä riskien suuruutta (Helovuo ym. 2015: 23; Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 37).

5.1.5 Seuranta ja arviointi

Vaaratapahtumaraportoinnin seuranta (taulukko 7) on vain osa koko potilasturvallisuuden seuranta ja arviointia (Helovuo ym. 2012: 116). Vaaratapahtumaraportoinnin tuottamaa aineistoa tulisi tarkastella säännöllisesti sekä kirjata keskeiset riskialueet ja kehittämissuunnitelmat niiden pohjalta. Seurannassa (taulukko 7) arvioidaan myös ilmoitusaktiivisuuden kehitystä sekä läheltä piti -tapautumien osuutta vaaratapahtumailmoituksista. (Helovuo ym. 2012: 123; Helovuo ym. 2015: 13; STM 2014: 37.)

HaiPro-järjestelmä ei mahdollista korjaavien toimenpiteiden vastuuttamista, seuranta ja tilastointia (HUS 2016). Kuitenkin olisi tärkeää seurata, että toteutetuista muutoksista seuraa tulosta (taulukko 7) (Helovuo ym. 2015: 30; Kinnunen 2009: 129). Myös vaaratapahtumaraportointiprosessin käsittelyvaiheen toimivuutta tulee säännöllisesti arvioida sekä kehittää (Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24).

Taulukko 7. Seurantaan ja arviointiin vaikuttavat tekijät

VAIHE	VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	LÄHDE
SEURANTA JA ARVIOINTI	Vaaratapahtumaraportoinnin tuottaman aineiston tarkastelu säännöllisesti	Helovuo ym. 2012: 122; Helovuo ym. 2015: 13
	Vaaratapahtumaraportoinnin ilmoitusaktiivisuuden kehityksen seuranta sekä läheltä piti -tapautumien osuuden seuranta vaaratapahtumailmoituksista.	Kinnunen 2009: 129; Helovuo ym. 2012: 122; STM 2014: 37
	Vaaratapahtumien käsittelyvaiheen toimivuuden arviointi ja kehittäminen säännöllisesti	Pietikäinen – Ruuhilehto – Heikkilä 2010: 24
	Seurataan, että toteutetuista muutoksista seuraa tulosta	Helovuo ym. 2015: 30; Kinnunen 2009: 129

5.2 Vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutuminen ja tärkeys asiantuntijaryhmän arvioimana

Kehittämistyötä varten kartoitettiin, miten aiemmin kuvatut vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavat tekijät toteutuvat asiantuntijaryhmän mielestä ensihoidon vaaratapahtumara-

portointiprosessissa erään ensihoidon palveluntuottajan toiminta-alueella. Samalla kyselyllä kartoitettiin asiantuntijaryhmän mielipidettä, ovatko tekijät tärkeitä vaaratapahtumaraportoinnin prosessin toteutumisen kannalta.

Asiantuntijoista vähintään kaksi neljästä pitivät tärkeinä kaikkia vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavia tekijöitä (taulukko 8). Vaaratapahtumailmoituksen tekoon vaikuttavista tekijöistä (taulukko 9) kaksi asiantuntijaa pitivät tärkeänä sitä, että organisaatiossa toteutuu vahva potilasturvallisuuskulttuuri, henkilöstö voi tehdä vaaratapahtumailmoituksen pelkäämättä rangaistusta ja potilasturvallisuuskulttuuri on keskustelulle avoin. Edelleen puolet asiantuntijaryhmästä piti tärkeänä, että vaaratapahtumista saatu tieto analysoidaan ja henkilöstö ehdottaa ilmoituksissa itse korjaavia toimenpiteitä. Vaaratapahtumailmoituksen vastaanottoon, luokitteluun ja analysointiin vaikuttavista tekijöistä (taulukko 10) tärkeänä eivät asiantuntijat pitäneet sitä, että vaaratapahtumien käsittelyn avuksi nimetään tarvittaessa potilasturvallisuusryhmä tai organisaatiossa olisi ennalta pohdittu, minkälaiset vaaratapahtumat määritellään vakaviksi. Jatkotoimista päättämiseen vaikuttavien tekijöiden toteutumisesta (taulukko 11) kaksi asiantuntijaa neljästä piti tärkeänä, että toiminnan kehittämiseksi yhteistyötä tehdään organisaatorajojen yli. Seurantaan ja arviointiin vaikuttavista tekijöistä (taulukko 12) kaksi asiantuntijaa piti tärkeänä, että toteutettujen kehitysmuutosten/toimenpiteiden tuloksia seurataan.

Vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavista tekijöistä asiantuntijat arvioivat kaikkien tekijöiden toteutuvan tai toteutuvan ainakin osittain (taulukko 8). Yksi asiantuntija arvioi, ettei päivittäiseen työhön tarvittavat työprosessit olisi kuvattu, kun taas kaikkien arvion mukaan kaikki työhön tarvittavat tiedot ovat helposti saatavilla.

Taulukko 8. Vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavien tekijöiden toteutuminen

<i>Väittäjä</i>	<i>Toteutuminen</i>	<i>Frekvenssi</i>	<i>%</i>	<i>Tärkeä</i>
Henkilöstö on tietoinen potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä	Toteutuu	2	50,0%	2
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Henkilöstön potilasturvallisuusosaamista kehitetään koulutuksilla	Toteutuu	1	25,0%	2
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Henkilöstö noudattaa potilasturvallisuutta edistäviä periaatteita (esim. hyödyntää ohjeita ja oppaita potilasturvallisuudesta)	Toteutuu	1	25,0%	2
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	

Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri tekijöistä (laiteturvallisuus, lääketurvallisuus, hoidon turvallisuus)	Toteutuu	2	50,0%	2
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri toimijoista (hoitaja, potilas, omaiset)	Toteutuu	3	75,0%	2
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Päivittäiseen työhön tarvittavat työprosessit ovat kuvattuja (esim. eri potilasryhmien hoitoprosessit)	Toteutuu	1	25,0%	2
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Päivittäiseen työhön tarvittavat tiedot ovat helposti saatavilla (esim. alueen hoito-ohjeet)	Toteutuu	4	100,0%	3
	Toteutuu osittain	0	0,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	

Vaaratapahtumailmoituksen tekoon vaikuttavista tekijöistä (taulukko 9) yksi asiantuntijoista arvioi, että toteutumatta jäävät vaaratapahtumista saatujen tietojen analysointi, vaaratapahtumista saadun tiedon julkistaminen, raportoinnin pitäminen kurinpitotoimista erillisenä, henkilöstön kouluttaminen, ilmoitusten tekeminen syylistämättä ja keskittyen tapahtumiin tai että henkilöstö ehdottaisi itse korjaavia tapahtumia. Kaksi asiantuntijoista arvioi, ettei potilailla ja omaisilla ole mahdollisuutta vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen.

Taulukko 9. Vaaratapahtumailmoituksen tekoon vaikuttavien tekijöiden toteutuminen

<i>Väittäjä</i>	<i>Toteutuminen</i>	<i>Frekvenssi</i>	<i>%</i>	<i>Tärkeä</i>
Organisaatiossa toteutuu vahva potilasturvallisuuskulttuuri (potilasturvallisuus on läsnä kaikilla organisaation tasoilla)	Toteutuu	2	50,0%	2
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Henkilöstö voi tehdä vaaratapahtumailmoituksen pelkäämättä rangaistusta	Toteutuu	3	75,0%	2
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Organisaatiossa on keskustelulle avoin potilasturvallisuuskulttuuri	Toteutuu	3	75,0%	2
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Henkilöstöä kannustetaan virheiden esiintuomiseen	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Vaaratapahtumia käsitellään systeemilähteisesti (syytä virheen syntymiseen etsitään organisaatiosta)	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	

Vaaratapahtumista saatu tieto analysoidaan	Toteutuu	1	25,0%	2
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Vaaratapahtumista saatu tieto julkistetaan	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Vaaratapahtumaraportointia käytetään ainoastaan organisaation potilasturvallisuudesta oppimiseen (esim. kurinpidolliset menetelmät ovat erillisiä)	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Henkilöstöä koulutetaan vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Henkilöstö raportoi havaitsemistaan vaaratapahtumista	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Ilmoitukset keskittyvät siihen mitä on tapahtunut	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	0	0,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Ilmoitukset tehdään osallisia syylistämättä	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Henkilöstö ehdottaa ilmoituksissa itse korjaavia toimenpiteitä	Toteutuu	1	25,0%	2
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Potilailla on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Omaisilla on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	

Vaaratapahtumailmoituksen vastaanottoon, luokitteluun ja analysointiin vaikuttavista tekijöistä (taulukko 10) yksi asiantuntija arvioi, ettei vaaratapahtumien käsittelyprosessia ole kuvattu organisaation potilasturvallisuussuunnitelmassa ja toteutumatta jää vaaratapahtumien käsittelyn organisointi siten, että tapahtumat tulevat käsitellyiksi. Yhden asiantuntijan arvioimana käsittelyyn osallistuvat eivät ole saaneet koulutusta vaaratapahtumien käsittelyyn, eikä käsittelyyn varata riittävästi resursseja tai avuksi nimetä tarvittaessa potilasturvallisuusryhmää. Yhden asiantuntijan arvion perusteella käsittelyyn osallistuvien tieto vaaratapahtumien käsittelyn tavoitteista ei toteudu. Vakavien vaaratapahtumien

osalta yhden asiantuntijan arvioimana organisaatiossa ei olisi ennalta pohdittu, minkälaiset vaaratapahtumat määritellään vakaviksi, millä perusteilla vakavat vaaratapahtumat tutkitaan tarkemmin tai ettei vakavien vaaratapahtumien tutkintamalli organisaatiossa olisi johdon hyväksymä. Yhden asiantuntijan arvioimana toteutumatta jää lievien vaaratapahtumailmoitusten käsittely yksittäisten henkilöiden toimesta sekä käsittelyn aloittaminen viimeistään kahden viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta.

Kaksi asiantuntijaa neljästä arvioi, että vaaratapahtumailmoituksen vastaanottoon, luokitteluun ja analysointiin vaikuttavista tekijöistä (taulukko 11) organisaatiolta puuttuu menettelytavat vaaratapahtumien raportointiprosessia varten, riittävä työaika käsittelyyn sekä henkilöstön käyttö käsittelyn apuna. Asiantuntijoista kahden arvion mukaan käsittelijöillä ei ole sovittuna toiminnan tehtäviä eikä vaaratapahtumien riskinarvioita tehdä ryhmässä. Kaksi myös arvioi, ettei vakavien vaaratapahtumien tutkinta organisaatiossa ole yhdenmukaista.

Taulukko 10. Vaaratapahtumailmoituksen vastaanottoon, luokitteluun ja analysointiin vaikuttavien tekijöiden toteutuminen

<i>Väittäjä</i>	<i>Toteutuminen</i>	<i>Frekvenssi</i>	<i>%</i>	<i>Tärkeä</i>
Vaaratapahtumien käsittelyprosessi on kuvattu organisaation potilasturvallisuus-suunnitelmassa	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Organisaatiolla on menettelytavat vaaratapahtumien raportointiprosessia varten (raportointi, käsittely ja seuranta)	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Vaaratapahtumien käsittely on organisoitu siten, että tapahtumat tulevat käsitellyiksi	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Käsittelyyn osallistuvat nimetyt ja vastuutetut henkilöt	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Käsittelyyn osallistuvat ovat saaneet koulutuksen vaaratapahtumien käsittelyyn	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Vaaratapahtumien käsittelyyn varataan riittävästi työaikaa	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Vaaratapahtumien käsittelyyn varataan riittävästi resursseja (esimerkiksi vastuhenkilöitä)	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	

Vaaratapahtumien käsittelyn avuksi otetaan tarvittaessa mukaan henkilöstöä	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	0	0,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Vaaratapahtumien käsittelyn avuksi nimitään tarvittaessa potilasturvallisuusryhmä	Toteutuu	1	25,0%	0
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Vaaratapahtumien analysoinnin apuna käytetään tarvittaessa asiantuntijoita (laitteiden ja välineiden asiantuntijoita, työturvallisuusvaltuutettu)	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Käsittelyyn osallistuvat tietävät vaaratapahtumien käsittelyn tavoitteet	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	0	0,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Käsittelyyn osallistuvilla on sovittuna toiminnan (käsittelyn) tehtävät	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	0	0,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Vaaratapahtumien riskinarvioiteja (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen jne.) tehdään ryhmässä arvioinnin yhtenäistämiseksi	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Organisaatiolla on ohjeet vakavien tai merkityksellisten vaaratapahtumaraporttien käsittelyprosessista	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	4	100,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Organisaatiossa on ennalta pohdittu, min-käläiset vaaratapahtumat määritellään vakaviksi	Toteutuu	0	0,0%	0
	Toteutuu osittain	2	66,7%	
	Ei toteudu	1	33,3%	
Organisaatiossa on ennalta pohdittu millä perusteilla vakavat vaaratapahtumat tutkitaan tarkemmin	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Vakavien vaaratapahtumien tutkinta organisaatiossa on yhdenmukaista	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Vakavien vaaratapahtumien tutkintamalli organisaatiossa on johdon hyväksymä	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Vakavat vaaratapahtumat käsitellään nopeasti (esim. viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta)	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Korkean riskiluokan vaaratapahtumat johdavat välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Lievät vaaratapahtumailmoitukset käsitellään yksittäisten henkilöiden toimesta (esim. potilasturvallisuusvastaava, esimies, ensihoitopäällikkö)	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	0	0,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	

Vakavat vaaratapahtumat käsitellään erikseen nimetyn ryhmän toimesta	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Vaaratapahtumailmoitusten käsittely aloitetaan viimeistään kahden viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	

Jatkotoimista päättämiseen vaikuttavien tekijöiden toteutumisesta (taulukko 11) ei toteudu yhden asiantuntijan arvion mukaan johdon mahdollistama potilasturvallisuustyöskentely toimeksiannon mukaisesti. Toisaalta kaksi arvioi sen toteutuvan. Yhden asiantuntijan arvion mukaan kehitettäville/toteutettaville toimenpiteille ei toteudu aikataulun, tavoitteiden, vastuuhenkilöiden ja organisaation osan määrittäminen. Kolme asiantuntijaa kuitenkin arvioi, että kehitettäville/toteutettaville toimenpiteille määritellään vastuuhenkilöt. Kaksi asiantuntijaa neljästä arvioi, ettei kehitettäviä/toteutettavia toimenpiteitä ole hyväksytetty organisaatitasolla, ne eivät ole mitattavissa vaikuttavuudeltaan ja niiden etenemisestä ei raportoida potilasturvallisuudesta vastaaville.

Taulukko 11. Jatkotoimista päättämiseen vaikuttavien tekijöiden toteutuminen

Väittäjä	Toteutuminen	Frekvenssi	%	Tärkeä
Organisaation johto on nimennyt potilasturvallisuutta koordinoivat henkilöt (esim. potilasturvallisuusvastaava, kehitystyöryhmä)	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Johto mahdollistaa potilasturvallisuustyötä tekevien mahdollisuuden työskennellä toimeksiannon mukaisesti	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Kehitettäville/toteutettaville toimenpiteille määritellään aikataulu	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Kehitettäville/toteutettaville toimenpiteille määritellään tavoitteet	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Kehitettäville/toteutettaville toimenpiteille määritellään vastuuhenkilöt	Toteutuu	3	75,0%	1
	Toteutuu osittain	0	0,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet kohdistetaan organisatorisiin tekijöihin tai suojausjärjestelmien kehittämiseen (check-listat, ohjeet, toimintatavat)	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet perustuvat vaaratapahtumien analyysin tuloksiin (vaaratapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin)	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	

Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet määritellään missä organisaation osassa ne toteutetaan (esim. kenttätasolla, esimiestasolla tai tietyllä toiminta-alueella)	Toteutuu	2	50,0%	1
	Toteutuu osittain	1	25,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet ovat mitattavissa vaikuttavuudeltaan (muutostavoitteen konkretisoiminen)	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet ovat hyväksytyt organisaatotasolla (ylin johto hyväksyy ja tietoinen toimenpiteistä)	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Kehitettäviä/toteutettavia toimenpiteitä pystytään toteuttamaan realistisesti	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Kehitettävien toimenpiteiden etenemisestä raportoidaan potilasturvallisuudesta vastaaville	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	
Toiminnan kehittämiseksi yhteistyötä tehdään organisaatorajojen yli (esim. muiden pelastuslaitosten ja sairaaloiden kanssa)	Toteutuu	1	25,0%	2
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	

Seurantaan ja arviointiin vaikuttavista tekijöistä (taulukko 12) ei toteudu yhden asiantuntijan arvion mukaan läheltä -piti tapahtumien osuuksien seuranta vaaratapahtumailmoituksista. Kaksi asiantuntijaa arvioi, että vaaratapahtumaraportoinnin käsittelyvaiheen toimivuutta ei arvioida ja kehitetä säännöllisesti tai seurata toteutettujen kehitysmuutosten/toimenpiteiden tuloksia.

Taulukko 12. Seurantaan ja arviointiin vaikuttavien tekijöiden toteutuminen

<i>Väittäjä</i>	<i>Toteutuminen</i>	<i>Frekvenssi</i>	<i>%</i>	<i>Tärkeä</i>
Vaaratapahtumaraportoinnin tuottamaa aineistoa tarkastellaan säännöllisesti	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuuden kehitystä seurataan	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	3	75,0%	
	Ei toteudu	0	0,0%	
Läheltä piti -tapahtumien osuutta vaaratapahtumailmoituksista seurataan	Toteutuu	1	25,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	1	25,0%	
Vaaratapahtumaraportoinnin käsittelyvaiheen toimivuutta arvioidaan ja kehitetään säännöllisesti	Toteutuu	0	0,0%	1
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	

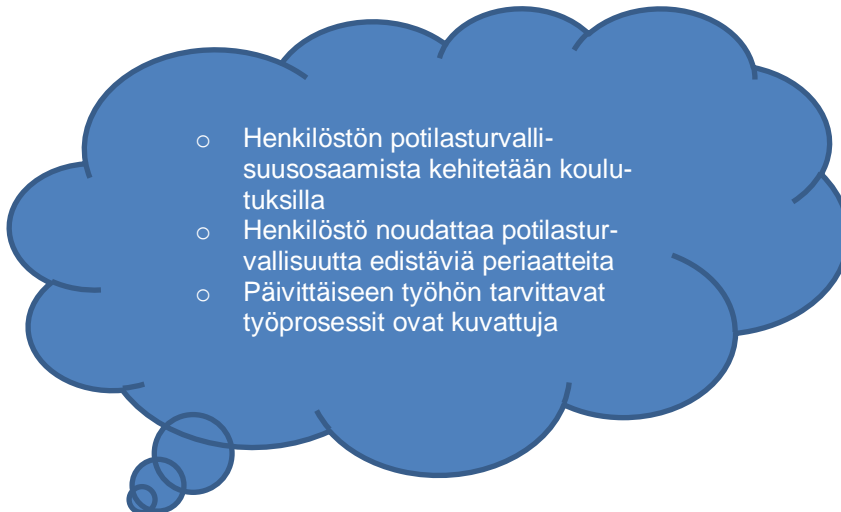
Toteutettujen kehitysmuutosten/toimenpiteiden tuloksia seurataan	Toteutuu	0	0,0%	2
	Toteutuu osittain	2	50,0%	
	Ei toteudu	2	50,0%	

5.3 Vaaratapahtumaraportointiprosessin kehittäminen

Asiantuntijaryhmä arvioi vaaratapahtumaprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista vaihtelevasti, eikä yhteistä juurikaan mielipidettä syntynyt. Toisaalta Delfoi-menetelmässä voidaan olla kiinnostuneita myös ristiriidoista ja erimielisyyksistä, jotka saattavatkin olla kehitettävissä (Linstone – Turoff 2002; Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 134). Vaikuttavien tekijöiden tärkeyttä vaaratapahtumaprosessin vaiheiden toteutumisessa arvioitiin vähäisesti (taulukot 8-12).

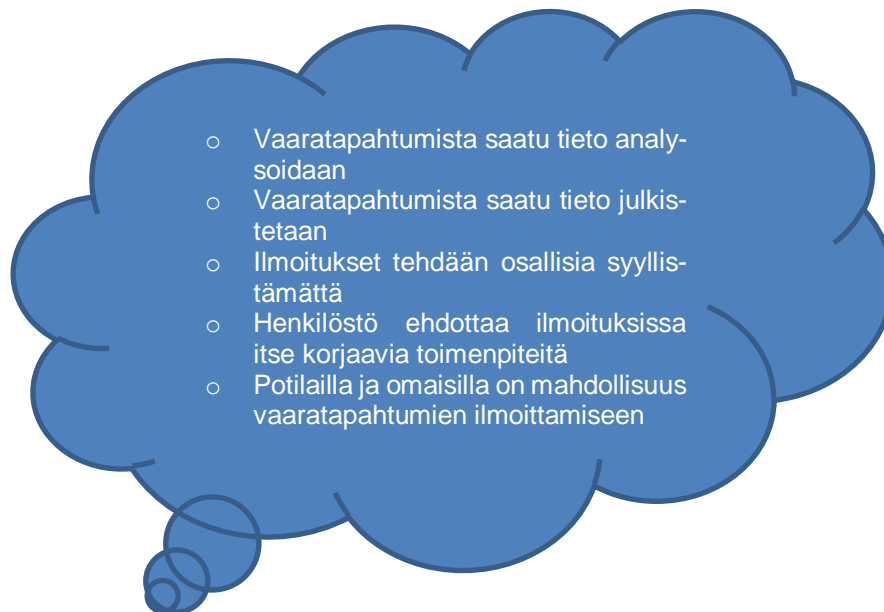
Delfoi-menetelmällä saatuja asiantuntijaryhmän vastauksia käytiin läpi yhden asiantuntijaryhmän jäsenen kanssa, joka valikoitui työelämän yhteyshenkilöksi oman kiinnostuksensa vuoksi tutkimusaiheeseen. Tulosten perusteella arvioitiin, että käsittelyyn osallistuvien asiantuntijoiden arviot ovat ristiriitaisia vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumisesta. Yksi asiantuntija antoi palautetta, että oli vaikea arvioida joidenkin vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista, koska ei tuntenut ensihoitopalvelun tuottajan laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Näiden tulosten pohjalta tehtiin rajausta kehittämistyöhön siten, että valittiin vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavat tekijät, joista vähintään kolme asiantuntijaa arvioi, ettei tekijä toteudu ollenkaan ja/tai tekijä toteutuu osittain. Kehittämiskohteet ovat esitettyinä vaiheittain kuvioissa 6-10.

Vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavista tekijöistä (kuviot 6) voidaan kehittää muun muassa henkilöstön potilasturvallisuusosaamista koulutuksia lisäämällä.



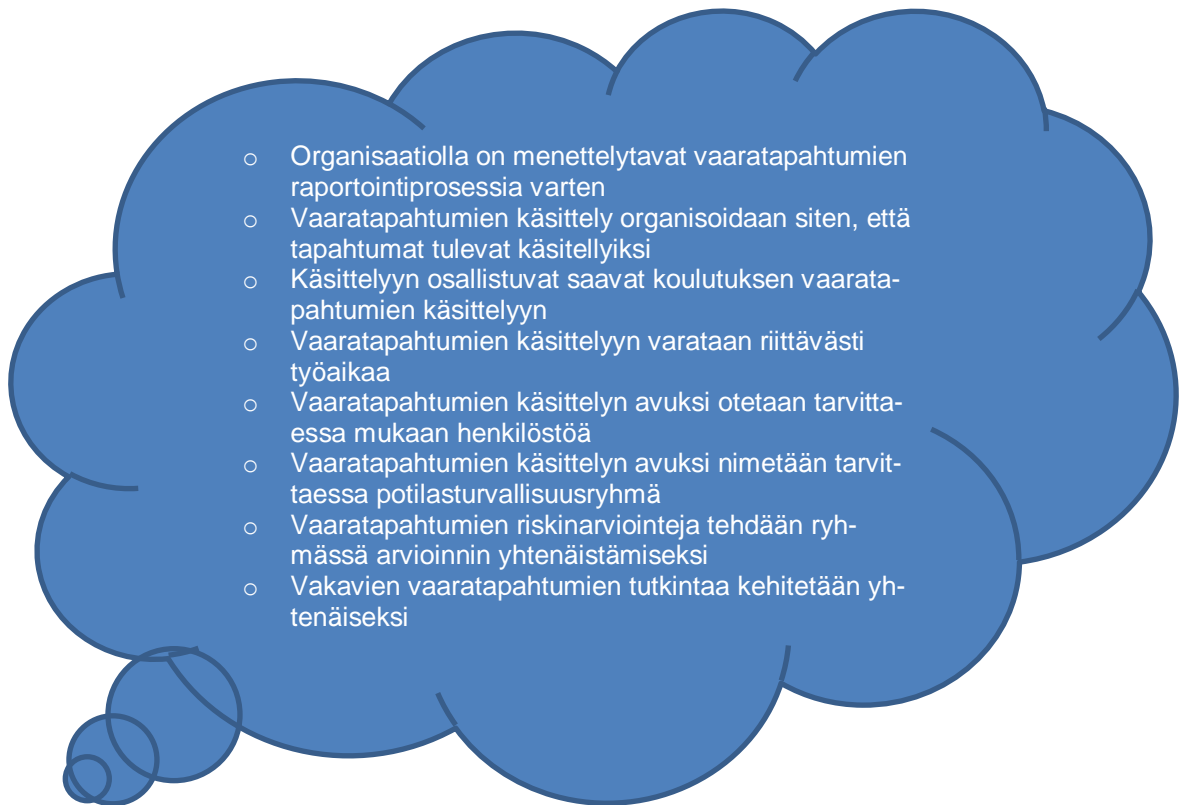
Kuvio 6. Vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavat tekijät

Vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen vaikuttavista tekijöistä (kuvio 7) kehitettävissä ovat esimerkiksi vaaratapahtumista saadun tiedon analysointi ja julkistaminen.



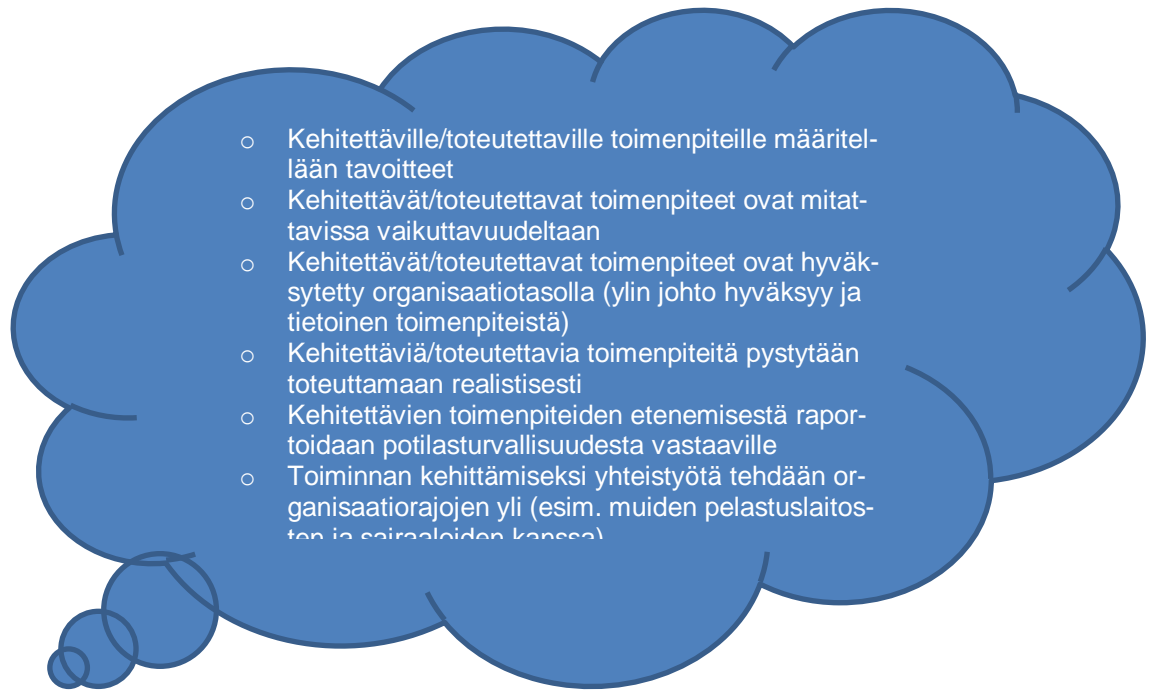
Kuvio 7. Vaaratapahtumailmoituksen tekoon vaikuttavat tekijät

Vaaratapahtumien vastaanottoon, luokitteluun ja analysointiin vaikuttavista tekijöistä (kuvio 8) kehittämiskohteita ovat esimerkiksi käsittelyä tehostavat tekijät, kuten käsittelijöiden lisäkouluttaminen, riittävän työajan varaaminen sekä henkilöstön osallistaminen käsittelyyn.



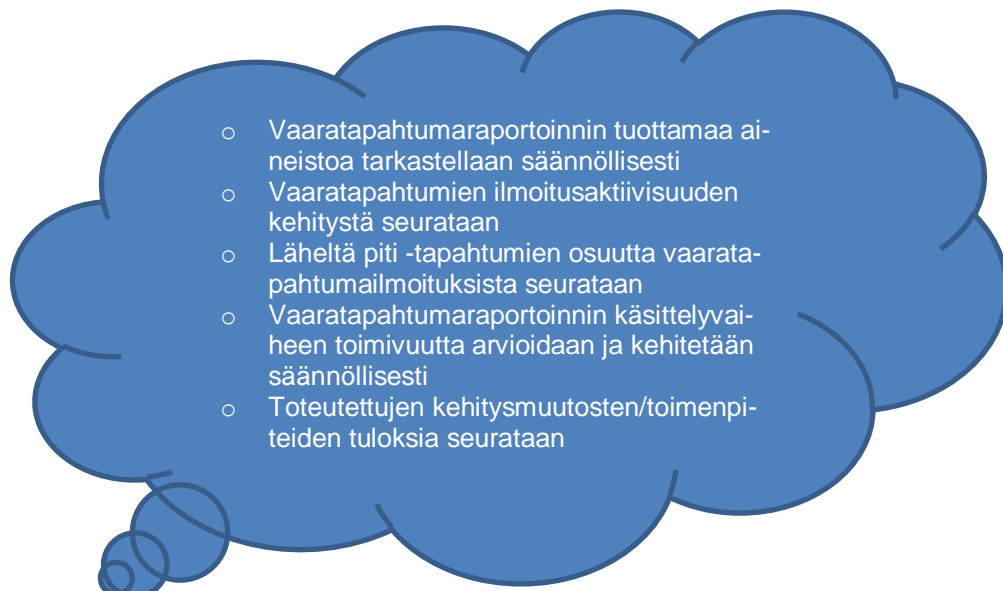
Kuvio 8. Vaaratapahtumien vastaanottoon, luokitteluun ja analysointiin vaikuttavat tekijät

Jatkotoimista päättämiseen vaikuttavista tekijöistä (kuvio 9) kehittämiskohteita ovat muun muassa kehitettävien/toteutettavien toimenpiteiden tavoitteiden määrittely, mitattavaksi tekeminen ja toteuttaminen realistisesti sekä yhteistyön lisääminen organisaatio-rajoiden yli.



Kuvio 9. Jatkotoimista päättämiseen vaikuttavat tekijät

Seurantaan ja arviointiin vaikuttavista tekijöistä (kuvio 10) kehitettäviä ovat seurattavissa olevat tekijät, kuten vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuuden kehittyminen, läheltä piti -tapahtumien osuus ilmoituksista ja toteutettujen kehitysmuutosten/toimenpiteiden tulosten seuranta.



Kuvio 10. Seurantaan ja arviointiin vaikuttavat tekijät

6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eri vaiheissa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimia eettisiä ohjeita. Opinnäytetyössä huomioitiin eettisyyden toteutumista tutkimukseen osallistuvien kohdalla. Näitä ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014). Tutkimuksessa ei käsitelty vaaratapahtumailmoitusten sisältöä, potilaiden tai tutkimukseen osallistuneiden asiantuntijoiden henkilöllisyyttä. Osallistuminen asiantuntijaryhmään oli vapaaehtoista.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka selostus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteutamisesta (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2006: 217; Costello 2003: 70). Tutkimuksen eteneminen ja toteutuminen on kuvattu luvussa 4.

Teoreettiseen viitekehykseen valittavien artikkeleiden laatua ja katsauksen prosessin toteutumista voidaan pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä (Lemetti – Ylönen 2015: 69). Alkuperäislähteiden käyttö lisää kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen luotettavuutta, koska toisen käden lähteissä alkuperäislähteitä on saatettu siteerata virheellisesti (Kankunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 70). Opinnäytetyössä käytettiin lähteinä muun muassa asiantuntijatyöryhmien raportteja, jotka luokitellaan näytön asteiltaan heikoimmiksi. Kuitenkin asiantuntijatyöryhmien raportit ja oppaat organisaatioille (kts. esimerkiksi Haavisto ym. 2012; Helovuori ym. 2015; Kinnunen ym. 2009; Pietikäinen ym. 2010; STM 2010) ovat yleisesti hyväksytyjä tietoa. (Elomaa – Mikkola 2010.)

Kehittämistoiminnassa luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen käyttökelpoisuudella (Toikko – Rantanen 2009: 121). Käyttökelpoisuutta lisää tutkimuksen siirrettävyys muihin tilanteisiin, esimerkiksi käytettävyys toisessa organisaatiossa. Luotettavuutta varmistetaan luetuttamalla opinnäytetyö henkilöllä, jota opinnäytetyö koskee (informantti), pyytämällä tutkittavilta vahvistusta (delfoi-menetelmä) ja teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisessa pyrittiin aineiston saturoitumiseen (Kananen 2012: 174).

Delfoi-menetelmässä luotettavuutta voidaan arvioida Metsämuurosen (1997) mukaan viidellä tavalla; asiantuntijoiden valinnalla, ensimmäisen kyselykierroksen onnistumisella, kyselykierrosten määrällä, riittävän konsensuksen (yksimielisyyden) löytämisen sekä tutkimuksen tulosten ja toistettavuuden kannalta. Asiantuntijoiksi tutkimukseen kut-

suttiin henkilöitä, jotka osallistuvat kohdeorganisaatiossa ilmoitettavien vaaratapahtumien käsittelyyn. Kahdeksasta kutsutusta viisi ilmoitti olevansa käytettävissä asiantuntijana ja neljä vastasi lopulliseen kyselyyn. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta pidettiin tärkeänä, että tiedonkeruun kohteilla on mahdollisimman paljon kokemusta asiasta (Tuomi – Sarajärvi 2013: 85). Asiantuntijaryhmän anonymiteettiä suojattiin, eikä edes tutkija pysty jäljittämään osallistujien mielipiteitä (Metsämuuronen 1997).

Käytettävissä olevat tutkimusresurssit, tässä tapauksessa aika, ratkaisi yhden kyselykierroksen selvittävän useampaa tekijää. Tilastolliseen yleistykseen ei tutkimuksessa pyritty, vaan asiantuntijaryhmää tarvittiin kuvaamaan vallitsevaa ilmiötä ja toimintaa kohdeorganisaatiossa. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 85.) Toisaalta asiantuntijaryhmän pieni kokokin estää tilastollisten analyysien tehokkaan käytön (Kananen 2002: 121). Tutkimus ei ole yleistettävissä pienen asiantuntijaryhmän kartoituksen perusteella.

Delfoi-menetelmässä epäonnistumisena voidaan pitää sitä, että erimieliset asiantuntijoiden vastaukset jätetään pois ja pyritään löytämään keinotekoinen yhteisymmärrys tutkitavasta aiheesta (Linstone – Turoff 2002). Opinnäytetyössä tulokset julkaistiin niitä muuttamatta ja huomioitiin kehittämistyössä tutkimuksen esiintuomat eriävät kokemukset asiantuntijoiden välillä.

7 Pohdinta ja jatkotoimenpiteet

Asiantuntijaryhmien raportit sekä opinnäytetyöhön valitut kansalliset ja kansainväliset tutkimukset puhuvat sen puolesta, että vaaratapahtumaraportoinnilla voidaan edistää potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumaraportoinnilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilasturvallisuuteen ja parhaimmillaan se vaikuttaa positiivisesti myös henkilöstön asenteisiin ja tietotaitoon (Anderson ym. 2012). Opinnäytetyössä käytetty kirjallisuus ja tutkimustieto nostavat esiin organisaation johdon vaikutuksen myönteisenä tai estävänä tekijänä vaaratapahtumista oppimisessa (esim. Kinnunen 2010; Mahajan 2010; Euroopan komissio 2014). Vaaratapahtumaprosessiin vaikuttavat tekijät ovat tunnettuja, mutta vaaratapahtumaprosessin toteutumiseen niiden vaikutusta ei ole aiemmin tutkittu.

Suomessa kehitetty HaiPro-järjestelmä vaaratapahtumien raportointiin on tullut käyttöön ensihoidossa hiljalleen 2010 vuoden jälkeen (esim. Alavahtola – Palviainen 2014) ja esimerkiksi HUS:n potilasturvallisuusraportissa mukaan ensihoidon toimintaympäristöön

liittyvän vaaratapahtumaraportointi on ollut mahdollista 2015 vuodesta (HUS 2016). Ensihoidon ympäristössä vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumista ei ole aiemmin tutkittu.

Edellä mainituista tekijöistä johtuen vaaratapahtumaraportointiprosessia aloitettiin tutki-
maan tässä opinnäytetyössä ensihoidon ympäristössä ja johtamisen osaamiseen liittyen
kartoitettiin vaaratapahtumaraportointiprosessin toteutumista organisatoristen tekijöiden
näkökulmasta. Opinnäytetyössä työelämän puolelta tutkimuksen tukena oli anonyyminä
pidetty ensihoitopalveluiden tuottaja. Tavoitteena oli, että vaaratapahtumaraportointipro-
sessia kehittämällä jatkotoimenpiteet johtaisivat tehokkaammin potilasturvallisuuden pa-
rantamiseen.

Asiantuntijaryhmän arviointi vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden
toteutumisesta ei kuitenkaan pienen otoksen ja ristiriitaisten tulosten perusteella ole
yleistettävissä. Tässä opinnäytetyössä on huomattavaa kuitenkin se, että käsittelijät
jotka käsittelevät erään ensihoidon palvelutuottajan toiminta-alueen vaaratapahtumail-
moituksia, työskentelevät eri organisaatioissa. Ristiriita arvioiden jakautumisessa voi joh-
tua siitä, että eri organisaatioiden välillä ei tiedosteta esimerkiksi käsittelyvaiheen eroja
tai tunneta toisen organisaation potilasturvallisuussuunnitelmaa ja -prosessia. Mikäli
useita käsittelijöitä toimii eri organisaatioista, tarvitaan lisää yhteistyötä vaaratapahtuma-
raportointiprosessin toteutumisen yhdenmukaistamiseksi ja kehittämiseksi. Yksi asian-
tuntija arvioikin, että lomakkeeseen vastaaminen oli hankalaa niiltä osin, kun se käsitteli
kohdeorganisaation vaaratapahtumaraportointiprosessin menettelytapoja. Tässä opin-
näytetyössä Delfoi-menetelmälle annettiin mahdollisuus ristiriitojenkin kautta nostaa
esiin kehitettäviä kohteita (Linstone – Turoff 2002). Toisaalta Delfoi-menetelmässä on
tunnistettava se heikkous, että anonyyminä asiantuntija voi esittää arvioita, jotka muok-
kaavat tuloksia hänen toivomaansa suuntaan (Kuusi 1999).

Vaaratapahtumaraportointiprosessissa vaaratapahtuman tunnistamiseen on Sarsteen
(2012) tutkimuksen mukaan pidetty tärkeänä vaaratapahtumailmoitusten läpikäyntiä ja
palautteen antoa. Tässä opinnäytetyössä vain yksi asiantuntija neljästä arvioi vaarata-
pahtumien julkistamisen tärkeäksi tekijäksi prosessin toteutumiseen, vaikkakin se on
myös kehitettävissä tulosten perusteella. Organisaatioiden on tärkeää jakaa oppimaansa
sen jälkeen, kun vaaratapahtuma on tutkittu (Euroopan komissio 2014). Tunnistamiseen
ja vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen voidaan vaikuttaa myönteisesti koulutuksilla

(esim. Anderson 2013; Braithwaite 2008; Jansma ym. 2011). Koulutus nousi myös asiantuntijoiden arviossa kehittämiskohteeksi. Jotta vaaratapahtumista voidaan oppia, vaaratapahtumailmoituksia on tehtävä.

Vaaratapahtumaraportointiin liittyen tulisi selvittää tahallista ohjeista poikkeamista ja sitä ylläpitäviä potilasturvallisuuskulttuurin piirteitä (Pietikäinen ym. 2010). Poikkeamien normalisoitumista ei arvioitu, vaikkakin se on merkittävä toistuva läheltä piti -tapahtuma. Toisaalta vaaratapahtumat, joista ei ilmoiteta, eivät voi tulla käsittelijöiden tietoon, eivätkä asiantuntijat olisi voineet arvioida poikkeamien normalisoitumisen toteutumista.

Vaaratapahtumaraportointiprosessin käsittelyvaiheeseen on järjestettävä riittävästi aikaa (Kinnunen 2010). Asiantuntijat arvioivat myös käsittelyaikaa varattavan liian vähän. Vastuun jakaminen, laajemman joukon osallistaminen käsittelyyn, kuten henkilökunnan, tehostaa vaaratapahtumien käsittelyä myös aiempien tutkimusten mukaan (esim. Euroopan komissio 2014; Kinnunen 2010; Pietikäinen ym. 2010). Jatkotoimista päättämisen on todettu olevan haastava osuus vaaratapahtumaraportointiprosessia (Kinnunen 2009), johon edellä mainituilla tekijöillä voidaan vaikuttaa toteutettavien ja kehitettävien toimenpiteiden osalta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut arviointilomakkeen kehittäminen, mutta sen avulla saatiin tietoa kerättyä aikataulullisesti sopivassa ajassa asiantuntijaryhmältä. Opinnäytetyön aikataulu oli tiukka ja arviointikierroksen tuloksia ei esitetty asiantuntijaryhmälle eikä tehty uutta arviointikierrosta. Arviointilomakkeella voi jatkossa kartoittaa henkilöstön avulla vaaratapahtumien tunnistamiseen ja vaaratapahtumailmoituksen tekoon vaikuttavien tekijöiden toteutumista - johdon ja henkilöstön näkemykset vaaratapahtumaraportointiprosessista eivät aina kohtaa (Kinnunen 2010). Arviointilomaketta voidaan käyttää myös selvittäessä organisaation vaaratapahtumaraportointiprosessin kehitystä, kun ensin on kartoitettu lomakkeen avulla vaaratapahtumaraportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista ja sovittu niiden kehittämisestä. Koko vaaratapahtumaraportointiprosessia on hyvä arvioida ja toteutettujen muutosten vaikuttavuutta seurata säännöllisin ajoin.

Lähteet

Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Alavahtola, Petteri – Palviainen, Jan-Erik 2014. Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon potilasturvallisuutta. Saimaan ammattikorkeakoulu. Luettavissa sähköisesti: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70725/Alavahtola_Petteri%20ja%20Palviainen_Jan-Erik.pdf.pdf?sequence=1>.

Anderson, Janet – Kodate, Naonori – Walters, Rhiannon – Dodds, Anneliese 2012. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *International Journal for Quality in Health Care* (25) 2. 141-150. Luettavissa sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335058>>. Luettu 21.11.2017.

Anttila, Pirkko 2007a. Delfoi-menetelmä. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Verkkodokumentti. <<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464144782/1194348561062/1194356475263.html>>. Luettu 9.10.2017.

Anttila, Pirkko 2007b: Tilastollisen analyysin periaatteet. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi. Verkkodokumentti. <<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289328583/1194289853960.html>>.

Autti, Taina – Keistinen, Timo 2013. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per (toim.): Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Verkkokirja <www.oppiportti.fi>.

Braithwaite, Jeffrey – Westbrook, Mary – Travaglia, Joanne 2008. Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system. *International Journal for Quality in Health Care* (20) 3. 184-191. Luettavissa sähköisesti: <<https://academic.oup.com/intqhc/article/20/3/184/1799051>>. Luettu 8.10.2017.

Carson-Stevens, Andrew ym. 2016. Characterising the nature of primary care patient safety incident reports in the England and Wales National Reporting and Learning System: a mixed-methods agenda-setting study for general practice. *Health services and delivery research* 4:27. Luettavissa sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385186/>>. Luettu 21.11.2017.

Costello, Patrick 2003. Action research. Lontoo: Continuum.

De Paiva, Miriam – Popim, Regina Célia – Melleiro, Marta – Tronchim, Daisy – Lima, Silvana – Juliani, Carmen 2014. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (5) 22. 747-754. Luettavissa sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25493669>>. Luettu 8.10.2017.

Elomaa, Leena – Mikkola, Hannele 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustavassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Verkkodokumentti. <<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>>. Luettu 8.8.2017.

Euroopan komissio 2014. Potilasturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimisjärjestelmät Euroopassa. Euroopan komission potilasturvallisuutta ja hoidon laatua käsittelevän työryhmän (PSQCWG) ilmoitus- ja oppimisjärjestelmiä käsittelevä

alaryhmä. Luettavissa sähköisesti: <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_fi.pdf>. Luettu 15.11.2017.

Haavisto, Ermo – Helovu, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina (toim.) 2012. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry.

Helovu, Arto – Kinnunen, Marina – Kuosmanen, Anssi – Peltomaa, Karolina (toim.) 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry. Luettavissa sähköisesti: <http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf>. Luettu 26.9.2017.

Helovu, Arto - Kinnunen, Marina - Peltomaa, Karolina - Pennanen, Pirjo 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännön läheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Hoffmann, Barbara – Rohe, Julia 2010. Patient Safety and Error Management What Causes Adverse Events and How Can They Be Prevented? Luettavissa sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2832110/>>. Luettu 21.11.2017.

HUS 2016. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusraportti 2015. Luettavissa sähköisesti: <http://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/Documents/HUS_potilasturvallisuusraportti_2015_Konsernin%20johtoryhm%C3%A4.pdf>. Luettu 25.9.2017.

HUS 2017. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusraportti 2016. Luettavissa sähköisesti: <http://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuushussa/Documents/HUS_potilasturvallisuusraportti%202016%201032017.pdf>. Luettu 2.10.2017.

Hämeenkorpi, Mika 2017. HaiPro-ilmoitukset osana ensihoidon potilasturvallisuuden kehittämistä. Aktiivisella organisaation sisäisellä HaiPro-viestinnällä kohti parempaa potilasturvallisuuskulttuuria. Opinnäytetyö. Centria-ammattikorkeakoulu. Luettavissa sähköisesti: <<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/129569/hameenkorpi%20mika.pdf?sequence=1>>. Luettu 8.8.2017.

Jansma, José – Wagner, Cordula – Kate, Reinier – Bijnen, Arnold 2011. Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273445/>>. Luettu 8.10.2017.

Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvailuva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291-301.

Keistinen, Timo – Kinnunen, Marina – Holm, Tarja 2008. Vaaratapahtuminen raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen lääkäri-lehti 44/2008. 3785 - 3789. Luettavissa sähköisesti Metropolian tunnuksilla: <<http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/pdf/2008/SLL442008-3785.pdf>>. Luettu 19.9.2017.

- Kinnunen, Marina 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 117-138.
- Kinnunen, Marina 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Luettavissa sähköisesti: <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf>. Luettu 13.11.2017.
- Kinnunen, Marina 2013. Vaaratapahtumien raportointi ja oppiminen. Teoksessa Aaltonen, Leena-Maija – Rosenberg, Per (toim.): Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Verkkokirja <www.oppiportti.fi>.
- Kinnunen, Marina – Keistinen, Timo – Ruuhilehto, Karin – Ojanen, Juhani 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Luettavissa sähköisesti: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1>>. Luettu 23.9.2017.
- Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kivelä, Tuukka 2010. Hoitovirheet ensihoidossa. Opinnäytetyö. Savonia ammattikorkeakoulu. Luettavissa sähköisesti: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24004/kivela_tuukka.pdf?sequence=1>. Luettu 8.8.2017.
- Kuisma, Päivi 2010. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Luettavissa sähköisesti: <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence=1>>. Luettu 19.9.2017. Luettu 23.9.2017.
- Kuusi, Osmo. 1999. DELFOI- MENETELMÄ. Verkkodokumentti. <<https://metodix.net/2014/05/19/kuusi-delfoi-metodi/>>. Luettu 10.10.2017.
- Lambrinos, Anna – Holubowich, Corinne 2017. Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis. Ontario health technology assessment series (17) 3. Luettavissa sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28326148>>. Luettu 22.11.2017.
- Linstone, Harold A. – Turoff, Murray 2002. The delphi method. Luettavissa sähköisesti: <<https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>>. Luettu 10.10.2017.
- Lipponen, Minna – Matilainen, Tarja – Palosuo, Anna 2014. Ohje vaaratapahtumien raportoinnista ensihoidon työntekijöille. Opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Luettavissa sähköisesti: <http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/74646/Lipponen_Minna.pdf?sequence=1>. Luettu 25.9.2017.
- Mahajan, Ravi 2010. Critical incident reporting and learning. British Journal of Anaesthesia 105 (1). 69–75. Luettavissa sähköisesti: <<https://academic.oup.com/bja/article/105/1/69/307227>>. Luettu 22.11.2017.
- Metsämuuronen, Jari 1997. Delfi-tekniikka sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden osaamistarpeiden tutkimisessa. Verkkodokumentti. <https://www.researchgate.net/publication/305774584_Delfi-tekniikka_sosiaali_ ja_terveydenhuollon_tulevaisuuden_osaamistarpeiden_tutkimisessa>. Luettu 9.10.2017.

Niemi-Himanka, Anu 2014. HaiPro–vaaratapahtumailmoitukset potilasturvallisuuden johtamisen välineenä. Opinnäytetyö. Centria ammattikorkeakoulu. Luettavissa sähköisesti: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/79274/Niemi-Himanka_Anu.pdf?sequence=1>. Luettu 8.8.2017.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Pietikäinen, Elina – Ruuhilehto, Kaarin – Heikkilä, Jouko 2010. Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. VTT. Luettavissa sähköisesti: <http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto-organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf>. Luettu 9.10.2017.

Potilasturvallisuusilmoituksen käsittely 2015. Ohje potilasturvallisuusilmoituksen käsitteijälle. Verkkodokumentti. <http://www.haipro.fi/ohjeet/pt-kasittelijan_ohje_30092015.pdf>. Luettu 28.8.2017.

Reiman, Teemu – Oedewald, Pia 2009. Terveydenhuollon organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 43-62.

Ruuhilehto, Kaarin 2009. Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 148-171.

Ruuhilehto, Kaarin – Kaila, Minna – Keistinen, Timo – Kinnunen, Marina – Vuorenkoski, Lauri – Wallenius, Jarkko 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? Luettavissa sähköisesti: <https://www.researchgate.net/publication/51241059_HaiPro--what_was_learned_from_patient_safety_incidents_in_Finnish_health_care_units_in_2007_to_2009>. Luettu 1.10.2017.

Ruuhilehto, Kaarin – Knuuttila, Jari 2008. HaiPro-vaaratapahtumien raportointi: Tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. Alustava yhteenveto vastauksista 21.2.2008. Luettavissa sähköisesti: <http://haipro.vtt.fi/aineisto/haipro-kyselyn_yhteenveto_210208.pdf>. Luettu 9.11.2017.

Salminen, Ari. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Luettavissa sähköisesti: <<http://docplayer.fi/94102-Mika-kirjallisuuskatsaus.html>>.

Sarste, Tuula 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Itä-Suomen yliopisto. Luettavissa sähköisesti: <http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120469/urn_nbn_fi_uef-20120469.pdf>. Luettu 19.9.2017.

Schildmeijer, Kristina – Unbeck, Maria – Muren, Olav – Perk, Joep – Pukk Härenstam, Karin – Nilsson, Lena 2013. Retrospective record review in proactive patient safety work – identification of no-harm incidents. BMC Health Services Research. Luettavissa sähköisesti: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-282>>. Luettu 22.11.2017.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007. Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. Luettavissa sähköisesti: <https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf>. Luettu 10.8.2017.

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Luettavissa sähköisesti: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1>. Luettu 4.9.2017.

STM 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövaliokunta 2006-2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18. Helsinki. Luettavissa sähköisesti: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72183/URN%3aNBN%3afi-fe201504224053.pdf?sequence=1>>. Luettu 4.9.2017.

STM 2014: Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettavissa sähköisesti: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf>. Luettu 8.8.2017.

Taylor-Adams, Sally – Vincent, Charles 2001. Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. Clinical safety research unit. Imperial college London. Luettavissa sähköisesti: <https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol_e.pdf>. Luettu 8.8.2017.

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

WHO 2005. World Alliance For Patient Safety. WHO Draft guidelines for adverse event reporting and learning system. From information to action. Luettavissa sähköisesti: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69797/1/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf>>. Luettu 28.8.2017.

WHO 2014. Preliminary version of Minimal Information Model for Patient Safety. Working paper. Luettavissa sähköisesti: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/IMPS_working-paper.pdf?ua=1>. Luettu 28.8.2017.

WHO 2016. Patient safety. Verkkosivusto. <http://www.who.int/topics/patient_safety/en/>. Luettu 28.8.2017.

WHO 2017. Patient safety. Making health care safer. Luettavissa sähköisesti: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?ua=1>>. Luettu 30.8.2017.

VTT 2007. HaiPro-prosessin esittely. HaiPro II -projektin aloitusseminaari. Verkkodokumentti. <http://haipro.vtt.fi/muistiot/haipro_prosessi.pdf>. Luettu 27.8.2017.

Kirjallisuuskatsauksen hakutuloksista valittujen tutkimusten kuvaukset

Nimi	Tekijät ja vuosi	Luokka	Kuvaus
Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa	Kinnunen Marina 2010	Väitöskirja	Laadullinen tutkimus, joka tavoitteena on lisätä ymmärrystä organisaation oppimisesta yksilön kokemien virheiden kautta. Tavoitteena oli kuvata organisaation virheistä oppimisen prosessia, oppimisen mahdollistajia ja sitä estäviä tekijöitä.
Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys	Sarste Tuula 2012	Pro Gradu	Tutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän (HaiPro) käyttöä ilmoitusten käsittelijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa vaaratapahtumien raportointijärjestelmän avulla saatavan tiedon hyödynnettävyydestä potilasturvallisuuden edistämiseksi.
Terveystieteiden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä	Kuisma Päivi 2010	Pro Gradu	Tutkimuksen tavoitteena tuoda esiin tutkimuskohteena olevan organisaation keskeisimpiä potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueita ja toimenpideehdotuksia vaaratapahtumailmoituksia analysoimalla.
Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi	Keistinen Timo, Kinnunen Marina, Holm Tarja 2008	Lehtiartikkeli alkupe- räistutkimuksesta	Kuvaa HaiPro vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmän käyttöönottoa ja tuloksia Vaasan keskussairaalassa
Critical incident reporting and learning	Mahajan Ravi 2010	Katsausartikkeli	Kuvaa aiempiin tutkimuksiin ja artikkeleihin perustuen tärkeitä tekijöitä vaaratapahtumaraportointiprosessissa.
Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting.	Anderson Janet, Kodate Naonori, Walters Rhiannon, Dodds Anneliese 2012	Laadullinen tutkimus	Dokumenteja analysoimalla ja puolistrukturoidulla haastattelulla (n=62) tutkii 1) henkilökunnan kokemuksia vaaratapahtumaraportoinnin vaikuttavuudesta potilasturvallisuuteen 2) vaaratapahtumien analysoinnin, muutosten toteuttamisen ja arvioinnin sekä palautteen antamisen haasteita 3) Arvioi vaaratapahtumaraportoinnin asiayhteyden vaikutusta raportoinnin käytännön ja tehokkuuden eroihin akuutti- ja psykiatrisen sairaalan välillä

Effects on incident reporting after educating residents in patient safety: a controlled study	Jansma José, Wagner Cordula, Kate Reinier, Bijnen Arnold 2011	Määrällinen tutkimus, verrokkimenetelmä (n=44/32)	Tutkii potilasturvallisuuskoulutuksen vaikutusta vaaratapahtumaraportointiin
Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system	Braithwaite Jeffrey, Westbrook Mary, Travaglia Joanne 2008	Survey-tutkimus (n=2185)	Tutkii kahden hypoteesin toteutumista, joiden mukaan muun muassa 1) koulutuksilla voidaan ylläpitää tai lisätä vaaratapahtumaraportointijärjestelmän käyttöä ja suotuisia asenteita raportointijärjestelmää kohtaan. Toisen mukaan 2) suotuisimpia järjestelmän käyttäjiä ovat hoitajat lääkäreihin verrattuna.
Retrospective record review in proactive patient safety work – identification of no-harm incidents	Schildmeijer Kristina, Unbeck Maria, Muren Olav, Perk Joep, Pukk Härenstam Karin, Nilsson Lena 2013	Määrällinen tutkimus, retrospektiivinen katsaus	Arvioi takautuvan katsauksen käyttöä läheltä piti -tapahtumien havaitsemiseksi ja kuvaamiseksi verraten tuloksia perinteisten vaaratapahtumaraportointijärjestelmien kanssa.
Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis	Lambrinos Anna, Holubowich Corinne 2017	Laadullinen tutkimus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Selvittää mitkä ovat esteitä ja edistäjiä vaaratapahtumaraportoinnin käyttöönotossa ja mitkä osatekijät vaikuttavat menestyksekkääseen vaaratapahtumaraportointijärjestelmän hyväksyntään ja käyttöön.
Characterising the nature of primary care patient safety incident reports in the England and Wales National Reporting and Learning System: a mixed-methods agenda-setting study for general practice	Carson-Stevens Andrew ym. 2016	Kirja	Analysoitu 2003-2015 vuosina ilmoitetut vaaratapahtumat Walesissa ja Englannissa.
The reasons of the nursing staff to notify adverse events	de Paiva Miriam, Popim Regina, Melheiro Marta, Tronchim Daisy, Lima Silvana, Juliani, Carmen 2014	Laadullinen tutkimus, avoin haastattelu n=31	Selvittää hoitohenkilöstön motivaatiota vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen.
Patient Safety and Error Management What Causes Adverse Events and How Can They Be Prevented?	Hoffmann Barbara, Rohe Julia 2010	Katsausartikkeli	Selektiivinen katsaus vaaratapahtumiin johtavista syistä ja ennaltaehkäistäväissä olevista vaaratapahtumista.

Arviointilomakkeen väitteiden muodostuminen

Vaikuttavat tekijät	Nro	Väite
1. Vaaratilanteen tunnistaminen		
Työntekijät ovat tietoisia riskeistä, jotka vaarantavat potilasturvallisuutta.	1	Henkilöstö on tietoinen potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä
Potilasturvallisuusosaamista kehitetään esimerkiksi koulutuksilla	2	Henkilöstön potilasturvallisuusosaamista kehitetään koulutuksilla
Työntekijät noudattavat potilasturvallisuutta edistäviä periaatteita	3	Henkilöstö noudattaa potilasturvallisuutta edistäviä periaatteita (esim. hyödyntää ohjeita ja oppaita potilasturvallisuudesta)
Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri tekijöistä ja toimijoista.	4	Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri tekijöistä (laiteturvallisuus, lääketurvallisuus, hoidon turvallisuus)
	5	Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri toimijoista (hoitaja, potilas, omaiset)
Työprosessit ovat kuvattuja ja päivittäiseen työhön tarvittava tieto helposti saatavilla	6	Päivittäiseen työhön tarvittavat työprosessit ovat kuvattuja (esim. eri potilasryhmien hoitoprosessit)
	7	Päivittäiseen työhön tarvittavat tiedot ovat helposti saatavilla (esim. alueen hoito-ohjeet)
2. Vaaratapahtumailmoituksen teko		
Heikko potilasturvallisuuskulttuuri ja pelko rankaisemisesta	8	Organisaatiossa toteutuu vahva potilasturvallisuuskulttuuri (potilasturvallisuus on läsnä kaikilla organisaation tasoilla)
	9	Henkilöstö voi tehdä vaaratapahtumailmoituksen pelkäämättä rangaistusta
Keskustelulle avoin potilasturvallisuuskulttuuri	10	Organisaatiossa on keskustelulle avoin potilasturvallisuuskulttuuri
Virheiden esiintuomiseen kannustetaan	11	Henkilöstöä kannustetaan virheiden esiintuomiseen
Systeemilähtöinen ajattelutapa vaaratapahtumien syntymisessä	12	Vaaratapahtumia käsitellään systeemilähtöisesti (syytä virheen syntymiseen etsitään organisaatiosta)
Vaaratapahtumista saatu tieto analysoidaan ja julkistetaan	13	Vaaratapahtumista saatu tieto analysoidaan
	14	Vaaratapahtumista saatu tieto julkistetaan
Vaaratapahtumaraportointia ei tule käyttää yksittäisten henkilöiden ohjaamiseen ja johtamiseen, vaan kurinpidolliset ja organisaation oppimiseen tähtäävät menetelmät pidetään erillisinä	15	Vaaratapahtumaraportointia käytetään ainoastaan organisaation potilasturvallisuudesta oppimiseen (esim. kurinpidolliset menetelmät ovat erillisinä)
Henkilökuntaa on koulutettu vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen	16	Henkilöstöä koulutetaan vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen
Vaaratapahtumista raportoidaan	17	Henkilöstö raportoi havaitsemistaan vaaratapahtumista
Ilmoitus keskittyy mitä on tapahtunut eikä kuka tilanteessa on ollut tai kenen syytä	18	Ilmoitukset keskittyvät siihen mitä on tapahtunut
	19	Ilmoitukset tehdään osallisia syylistämättä
Ilmoituksissa työntekijät ehdottavat itse korjaavia toimenpiteitä	20	Henkilöstö ehdottaa ilmoituksissa itse korjaavia toimenpiteitä
Potilailla ja omaisilla on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen	21	Potilailla on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen
	22	Omaisilla on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen

3. Vastaanotto, luokittelu ja analysointi		
Tutkinta/käsittelyprosessi on kuvattu potilasturvallisuussuunnitelmassa	23	Vaaratapatumien käsittelyprosessi on kuvattu organisaation potilasturvallisuussuunnitelmassa
selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointia, seuranta ja käsittelyä varten	24	Organisaatiolla on menettelytavat vaaratapahtumien raportointiprosessia varten (raportointi, käsittely ja seuranta)
Vaaratapatumien käsittely tulee organisoida siten, että tapahtumat tulevat käsitellyiksi	25	Vaaratapatumien käsittely on organisoitu siten, että tapahtumat tulevat käsitellyiksi
Käsittelyyn osallistuvat organisaatiossa nimetyt, vastuutetut, koulutetut ja perehdytetyt henkilöt	26	Käsittelyyn osallistuvat nimetyt ja vastuutetut henkilöt
	27	Käsittelyyn osallistuvat ovat saaneet koulutuksen vaaratapahtumien käsittelyyn
Käsittelylle tulee varata riittävästi resursseja ja työaika	28	Vaaratapatumien käsittelyyn varataan riittävästi työaika
	29	Vaaratapatumien käsittelyyn varataan riittävästi resursseja (esimerkiksi vastuuhenkilöitä)
Käsittelyyn voidaan ottaa mukaan myös henkilökuntaa ja nimetä esimerkiksi potilasturvallisuusryhmä	30	Vaaratapatumien käsittelyn avuksi otetaan tarvittaessa mukaan henkilöstöä
	31	Vaaratapatumien käsittelyn avuksi on nimetään tarvittaessa potilasturvallisuusryhmä
Vaaratapatumien analysoinnin apuna käytetään asiantuntijoita ja vastuuhenkilöitä	32	Vaaratapatumien analysoinnin apuna käytetään tarvittaessa asiantuntijoita (laitteiden ja välineiden asiantuntijoita, työturvallisuusvaltuutettu)
Käsittelyyn osallistuvilla henkilöillä tulee olla selkeästi sovittuna toiminnan tavoitteet ja tehtävät	33	Käsittelyyn osallistuvat tietävät vaaratapahtumien käsittelyn tavoitteet
	34	Käsittelyyn osallistuvilla on sovittuna toiminnan (käsittelyn) tehtävät
Vaaratapatumien riskiluokille on muodostettu määritelmät ja riskinarviointeja tehdään ryhmässä keskustellen	35	Vaaratapatumien riskiluokille on muodostettu määritelmät (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen, merkittävä, vakava)
	36	Vaaratapatumien riskinarviointeja (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen jne.) tehdään ryhmässä arvioinnin yhtenäistämiseksi
ohjeet seurauksiltaan vakavien tai muuten merkityksellisten haittatapahtumien raportoinnista, käsittelystä ja palautteesta.	37	Organisaatiolla on ohjeet vakavien tai merkityksellisten vaaratapahtumaraporttien käsittelyprosessista
Organisaatiossa tulisi ennalta pohtia minkälaiset tapahtumat määritellään vakaviksi ja millä perusteilla tarkempi tutkinta tehdään	38	Organisaatiossa on ennalta pohdittu minkälaiset vaaratapahtumat määritellään vakaviksi
	39	Organisaatiossa on ennalta pohdittu millä perusteilla vakavat vaaratapahtumat tutkitaan tarkemmin
Vakavien vaaratapahtumien tutkinnan tulee olla organisaation sisällä yhdenmukainen ja johdon hyväksymä	40	Vakavien vaaratapahtumien tutkinta organisaatiossa on yhdenmukaista
	41	Vakavien vaaratapahtumien tutkintamalli organisaatiossa on johdon hyväksymä
Vakavien vaaratapahtumien ripeä käsittely	42	Vakavat vaaratapahtumat käsitellään nopeasti (esim. viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta)
Korkean riskiluokan vaaratapahtumat johtavat välittömiin toimenpiteisiin	43	Korkean riskiluokan vaaratapahtumat johtavat välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin
lievät tapahtumat voidaan käsitellä yksittäisten henkilöiden toimesta, kun taas vakavat tapahtumat tutkitaan erikseen nimetyyn ryhmän toimesta.	44	Lievät vaaratapahtumailmoitukset käsitellään yksittäisten henkilöiden toimesta (esim. potilasturvallisuusvastaava, esimies, ensihoitopäällikkö)
	45	Vakavat vaaratapahtumat käsitellään erikseen nimetyyn ryhmän toimesta
Analyysissä vaaratapahtumaa tarkastellaan tilanteessa olleiden näkökulmasta	46	Vaaratapatumia analysoidaan tilanteessa olleiden näkökulmista
Kerätty tieto kootaan paikallisesti ja alueellisesti palautteeksi, joka käsitellään johdon ja henkilöstön toimesta säännöllisesti.	47	
Vaaratapatumailmoituksen käsittely tulee aloittaa viimeistään kahden viikon kuluessa sen saapumisesta	48	Vaaratapatumailmoitusten käsittely aloitetaan viimeistään kahden viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta

4. Jatkotoimista päättäminen		
Johto nimeää potilasturvallisuustyötä koordinoivat henkilöt ja mahdollistaa heidän työskentelynsä toimeksiannon mukaisesti.	49	Organisaation johto on nimennyt potilasturvallisuutta koordinoivat henkilöt (esim. potilasturvallisuusvastaava, kehitystyöryhmä)
	50	Johto mahdollistaa potilasturvallisuustyötä tekevien mahdollisuuden työskennellä toimeksiannon mukaisesti
Korjaaville toimenpiteille määritellään aikataulu	51	Kehitettävälle/toteutettaville toimenpiteille määritellään aikataulu
Kehitettävälle toimenpiteille määritellään tavoitteet ja vastuuhenkilöt	52	Kehitettävälle/toteutettaville toimenpiteille määritellään tavoitteet
	53	Kehitettävälle/toteutettaville toimenpiteille määritellään vastuuhenkilöt
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla kohdistettu organisatorisiin tekijöihin tai suojausjärjestelmien kehittämiseen	54	Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet kohdistetaan organisatorisiin tekijöihin tai suojausjärjestelmien kehittämiseen (check-listat, ohjeet, toimintatavat)
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee perustua vaaratapahtumien käsittelyyn ja liittyä tehtyyn johtopäätökseen sekä vaaratapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin.	55	Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet perustuvat vaaratapahtumien analyysin tuloksiin (vaaratapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin)
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla selkeästi määriteltyjä; mitä tehdään, kenen toimesta ja missä organisaation osassa.	56	Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet määritellään missä organisaation osassa ne toteutetaan (esim. kenttätasolla, esimiestasolla tai tietyllä toiminta-alueella)
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla mitattavissa vaikuttavuudeltaan, jolloin kehitys kohdistuu määrättyyn toiminnan osaan ja suosituksella tavoitellaan vaikutusta toimintaan – muutostavoite konkretisoituu	57	Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet ovat mitattavissa vaikuttavuudeltaan (muutostavoitteen konkretisoiminen)
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee olla hyväksyttäviä organisaatiotasolla. Toimenpiteistä ja suosituksista keskustellaan jo niitä valmisteltaessa linjaorganisaation kanssa	58	Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet ovat hyväksytyt organisaatiotasolla (ylin johto hyväksyy ja tietoinen toimenpiteistä)
Toiminnan kehittämistä edistäviä suosituksia tulee pystyä toteuttamaan realistisesti. On huomioitu toiminnan kehittämistä säätelevät reunaehdot	59	Kehitettävää/toteutettavia toimenpiteitä pystytään toteuttamaan realistisesti
Toiminnan kehittämistä edistävien suositusten tulee sitoutua aikaan, jolloin suositusten/toimenpiteiden aloittamiselle sovitaan määräaika ja raportointivelvollisuus etenemisestä	60	Kehitettävien toimenpiteiden etenemisestä raportoidaan potilasturvallisuudesta vastaaville
Toiminnan kehittämiseksi yhteistyötä tehdään organisaatorajojen yli	61	Toiminnan kehittämiseksi yhteistyötä tehdään organisaatorajojen yli (esim. muiden pelastuslaitosten ja sairaaloiden kanssa)
5. Seuranta ja arviointi		
Vaaratapahtumaraportoinnin tuottaman aineiston tarkastelu säännöllisesti	62	Vaaratapahtumaraportoinnin tuottamaa aineistoa tarkastellaan säännöllisesti
Vaaratapahtumaraportoinnin ilmoitusaktiivisuuden kehityksen seuranta sekä läheltä piti -tapahtumien osuuden seuranta vaaratapahtumailmoituksista.	63	Vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuuden kehitystä seurataan
	64	Läheltä piti -tapahtumien osuutta vaaratapahtumailmoituksista seurataan
Vaaratapahtumien käsittelyvaiheen toimivuuden arviointi ja kehittäminen säännöllisesti	65	Vaaratapahtumaraportoinnin käsittelyvaiheen toimivuutta arvioidaan ja kehitetään säännöllisesti
Seurataan, että toteutetuista muutoksista seuraa tulosta	66	Toteutettujen kehitysmuutosten/toimenpiteiden tuloksia seurataan.

Kyselylomake asiantuntijaryhmälle

Vaaratapahtumaraportointiprosessin kehittäminen

Hyvä ensihoidon vaaratapahtumaraportoinnin asiantuntija

Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kehittää vaaratapahtumien raportointiprosessia . Tavoitteena on vaaratapahtuma- eli HaiPro-ilmoitusten raportointiprosessin johtaminen konkreettisiin toimiin potilasturvallisuuden edistämiseksi. Pyysin Sinua aiemmin syksyllä asiantuntijaryhmään, johon vastasit myöntävästi.

Tämä tutkimus arvioi vaaratapahtumaraportointiprosessin eri vaiheisiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista ja tärkeyttä. Tutkimuksen väittämät perustuvat kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin. Vaaratapahtumaraportointiprosessin kehittämistä on tutkittu vähän ensihoidossa, siksi Sinun osallistumisesi on tärkeää.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat (Metropolia). Tutkimuksella on asianmukaiset luvat. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja niihin vastaat anonyymisti.

Pyydän ystävällisesti vastauksia 8.12.2017 mennessä.

Yhteistyöstä kiittäen,

Jenni Keisu,

Ohjeita tutkimuksen täyttämiseksi

Arvioi vaaratapahtumien raportointiprosessiin vaikuttavien tekijöiden toteutumista

Arvioi myös, pidätkö vaikuttavaa tekijää tärkeänä raportointiprosessin onnistumisen kannalta. Voit halutessasi antaa sanallisen arvion vaaratapahtumaraportoinnin vaiheista.

Vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavat tekijät

	Toteutuu	Toteutuu osittain	Ei toteudu	Tärkeä
Henkilöstö on tietoinen potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstön potilasturvallisuusosaamista kehitetään koulutuksilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstö noudattaa potilasturvallisuutta edistäviä periaatteita (esim. hyödyntää ohjeita ja oppaita potilasturvallisuudesta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri tekijöistä (laiteturvallisuus, lääketurvallisuus, hoidon turvallisuus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstö ymmärtää potilasturvallisuuden rakentuvan eri toimijoista (hoitaja, potilas, omaiset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päivittäiseen työhön tarvittavat työprosessit ovat kuvattuja (esim. eri potilasryhmien hoitoprosessit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päivittäiseen työhön tarvittavat tiedot ovat helposti saatavilla (esim. alueen hoito-ohjeet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit arvioida sanallisesti vaaratilanteen tunnistamiseen vaikuttavia tekijöitä

Vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen vaikuttavat tekijät

	Toteutuu	Toteutuu osittain	Ei toteudu	Tärkeä
Organisaatiossa toteutuu vahva potilasturvallisuuskulttuuri (potilasturvallisuus on läsnä kaikilla organisaation tasolla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstö voi tehdä vaaratapahtumailmoituksen pelkäämättä rangaistusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisaatiossa on keskustelulle avoin potilasturvallisuuskulttuuri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstöä kannustetaan virheiden esiintuomiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumia käsitellään systeemilähtöisesti (syitä virheen syntymiseen etsitään organisaatiosta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumista saatu tieto analysoidaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumista saatu tieto julkaistetaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumaraportointia käytetään ainostaan organisaation potilasturvallisuudesta oppimiseen (esim. kurinpidolliset menettelyt ovat erillisiä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstöä koulutetaan vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstö raportoi havaitsemistaan vaaratapahtumista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ilmoitukset keskittyvät siihen mitä on tapahtunut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilmoitukset tehdään osallisia syyllistämättä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilöstö ehdottaa ilmoituksissa itse korjaavia toimenpiteitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilailla on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaishenkilöillä on mahdollisuus vaaratapahtumien ilmoittamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit arvioida sanallisesti vaaratapahtumailmoituksen tekemiseen vaikuttavia tekijöitä

Vaaratapahtumailmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analyysi

	Toteutuu	Toteutuu osittain	Ei toteudu	Tärkeä
Vaaratapahtumien käsittelyprosessi on kuvattu organisaation potilasturvallisuussuunnitelmassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisaatiolla on menettelytavat vaaratapahtumien raportointiprosessia varten (raportointi, käsittely ja seuranta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumien käsittely on organisoitu siten, että tapahtumat tulevat käsitellyiksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsittelyyn osallistuvat nimetyt ja vastuutetut henkilöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsittelyyn osallistuvat ovat saaneet koulutuksen vaaratapahtumien käsittelyyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumien käsittelyyn varataan riittävästi työaikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumien käsittelyyn varataan riittävästi resursseja (esimerkiksi vastuuhenkilöitä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumien käsittelyn avuksi otetaan tarvittaessa mukaan henkilöstöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumien käsittelyn avuksi nimetään tarvittaessa potilasturvallisuusryhmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaaratapahtumien analysoinnin apuna käytetään tarvittaessa asiantuntijoita (laitteiden ja välineiden asiantuntijoita, työturvallisuusvaltuutettu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsittelyyn osallistuvat tietävät vaaratapahtumien käsittelyn tavoitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käsittelyyn osallistuvilla on sovittuna toiminnan (käsittelyn) tehtävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumien riskinarvioiteja (merkityksetön, vähäinen, kohtalainen jne.) tehdään ryhmässä arvioinnin yhtenäistämiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisaatiolla on ohjeet vakavien tai merkityksellisten vaaratapahtumaporttien käsittelyprosessista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisaatiossa on ennalta pohdittu minkälaiset vaaratapahtumat määritellään vakaviksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisaatiossa on ennalta pohdittu millä perusteilla vakavat vaaratapahtumat tutkitaan tarkemmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vakavien vaaratapahtumien tutkinta organisaatiossa on yhdenmukaista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vakavien vaaratapahtumien tutkintamalli organisaatiossa on johdon hyväksymä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vakavat vaaratapahtumat käsitellään nopeasti (esim. viikon kuluessa ilmoituksen saapumisesta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Korkean riskiluokan vaaratapahtumat johtavat välittömiin korjaaviin toimenpiteisiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lievät vaaratapahtumailmoitukset käsitellään yksittäisten henkilöiden toimesta (esim. potilasturvallisuusvastaava, esimies, ensihoitopäällikkö)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vakavat vaaratapahtumat käsitellään erikseen nimetyn ryhmän toimesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumailmoitusten käsittely aloitetaan viimeistään kahden viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit arvioida sanallisesti vaaratapahtumailmoituksen vastaanottoon, luokitteluun ja analyysiin vaikuttavia tekijöitä

Jatkotoimista päättäminen

	Toteutuu	Toteutuu osittain	Ei toteudu	Tärkeä
Organisaation johto on nimennyt potilasturvallisuutta koordinoivat henkilöt (esim. potilasturvallisuusvastaava, kehitystyöryhmä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Johto mahdollistaa potilasturvallisuustyötä tekevien mahdollisuuden työskennellä toimeksiantannon mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävälle/toteutettaville toimenpiteille määritellään aikataulu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävälle/toteutettaville toimenpiteille määritellään tavoitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävälle/toteutettaville toimenpiteille määritellään vastuhenkilöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet kohdistetaan organisatorisiin tekijöihin tai suojausjärjestelmien kehittämiseen (check-listat, ohjeet, toimintatavat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet perustuvat vaaratapahtumien analyysin tuloksiin (vaaratapahtumaan myötävaikuttaneisiin tekijöihin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävät/toteutettavat toimenpiteet määritellään missä organisaation osassa ne toteutetaan (esim. kenttätasolla, esimiestasolla tai tietyllä toiminta-alueella)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kehitettävät/toeuttettavat toimenpiteet ovat mitattavissa vaikuttavuudeltaan (muutostavoitteen konkreettisolminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävät/toeuttettavat toimenpiteet ovat hyväksytetty organisaatotasolla (yllin johto hyväksyy ja tietoinen toimenpiteistä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävää/toeuttettavia toimenpiteitä pystytään toteuttamaan realltisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehitettävien toimenpiteiden etenemisestä raportoidaan potilasturvallisuudesta vastaaville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toiminnan kehittämiseksi yhteistyötä tehdään organisaatiorajojen yll (esim. muiden pelastuslaitosten ja sairaaloiden kanssa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit arvioida sanallisesti jatkotoimista päättämiseen vaikuttavia tekijöitä

Vaaratapahtumaraportoinnin seuranta ja arviointi

	Toteutuu	Toteutuu osittain	Ei toteudu	Tärkeä
Vaaratapahtumaraportoinnin tuottamaa aineistoa tarkastellaan säännöllisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuuden kehitystä seurataan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läheistä piti -tapahtumien osuutta vaaratapahtumailmoituksista seurataan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaratapahtumaraportoinnin käsittelyvaiheen toimivuutta arvioidaan ja kehitetään säännöllisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toteutettujen kehitysmuutosten/toimenpiteiden tuloksia seurataan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Halutessasi voit arvioida sanallisesti vaaratapahtumaraportoinnin seurantaan ja arviointiin vaikuttavia tekijöitä