

*Terveydenhuollon vaaratapahtumien
raportointijärjestelmän käyttöönotto*



		KUVAILULEHTI	
Julkaisija: Sosiaali- ja terveysministeriö		Julkaisun päivämäärä	
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri)		Julkaisun laji: Raportti	
		Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	
		HARE-nro ja toimielimen asettamis- päivä	
Julkaisun nimi: Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointiin kehitettiin toimintamalli ja työkalu pääasiassa vuoden 2006 aikana HaiPro-projektin ensimmäisessä vaiheessa. Tässä projektin toisessa vaiheessa tavoitteena oli kehitetyn raportointijärjestelmän tehokkaan ja nopean käyttöönoton varmistaminen suomalaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Keskeiset tehtävät tavoitteen toteuttamiseksi olivat raportointimenettelyn käyttöönottavien organisaatioiden tukeminen, raportointityökalun kehittäminen valmiiksi sovellukseksi, raportoinnin toimintaedellytysten varmistaminen, vaaratapahtumien luokitusten edelleen kehittäminen ja uudesta menettelystä tiedottaminen.</p> <p>Potilasturvallisuuden kehittäminen edellyttää systemaattista menettelyä toimintatapojen ja –ympäristön epäkohtien tunnistamiseksi ja inhimillisten virheiden ennaltaehkäisemiseksi. Kehitetyn menettelyn laaja ja tehokas käyttöönotto loi edellytykset raportoinnin vuorovaikutteiseen yhdessä kehittämiseen ja vertaistukeen. Samalla vältettiin päällekkäisten ja epäyhtenäisten järjestelmien kehitystyöhön kuluva aikaa. Projektin aikana vaaratapahtumien raportointi käynnistyi yhteensä noin 40 sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa. Näiden joukossa on organisaatioita lähes kaikista Suomen sairaanhoitopiireistä. Raportointimenettely on projektin aikana ollut käytössä sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Projektin päätösvaiheessa mukaan tuli myös hammashoidon yksiköitä.</p> <p>Raportointimenettely ja työkalu on koettu helpoksi oppia ja käyttää. Vaaratapahtumista keskustelu ja avoimuus on lisääntynyt. Projektin aikana tiedon keruu vaaratapahtumista saatiin käyntiin ja konkreettisia parannustoimia on tehty, erityisesti lääkitystapahtumiin liittyen. Haasteeksi jäi kootun tiedon hyödyntämiseen liittyvien organisaation toimintatapojen edistäminen ja kehittäminen. Myös tapahtumien luokittelua tulee kehittää ja täsmentää tarvittaessa eri luokkien käyttöä ja soveltamista organisaatiokohtaisesti.</p> <p>Tässä raportissa kuvataan raportointijärjestelmän käyttöönotossa toteutetut menettelyt ja ehdotetaan toimenpiteitä järjestelmän toimintaedellytysten ja ylläpidon varmistamiseksi.</p>			
Asiasanat: erikoissairaanhoito, käyttöönotto, perusterveydenhuolto, potilasturvallisuus, raportointi, terveydenhuolto			
Muut tiedot: www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2560-1(nid.) 978-952-00-2561-8 (PDF)
Kokonaissivumäärä 63	Kieli Suomi	Hinta 14,04 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Yliopistopaino Kustannus, books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

		PRESENTATIONSBLAD	
Utgivare: Social- och hälsovårdsministeriet		Utgivningsdatum	
Författare (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare)		Typ av publikation: Rapport	
		Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet	
Publikationens titel: Ibruktagande av ett rapporteringssystem för farosituationer inom hälso- och sjukvården			
<p>Referat</p> <p>I det första skedet av HaiPro-projektet utvecklades huvudsakligen under år 2006 en verksamhetsmodell och ett verktyg för rapportering av farosituationer inom hälso- och sjukvården. Målet för projektets andra skede var att säkerställa ett snabbt och effektivt ibruktagande av ett utvecklat rapporteringssystem i finska organisationer inom social- och hälsovården. Centrala uppgifter för att nå målen var att stödja organisationer som ska ta i bruk rapporteringsmetoden, utveckla rapporteringsverktyget till en färdig tillämpning, säkerställa funktionsförutsättningarna för rapportering, vidareutveckla klassificering av farosituationer och informera om ett nytt förfaringsätt.</p> <p>Utvecklande av patientsäkerheten förutsätter ett systematiskt förfaringsätt för att identifiera missförhållanden i fråga om praxis och verksamhetsmiljö och förebygga mänskliga fel. Ett omfattande och effektivt ibruktagande av ett utvecklat förfaringsätt skapade förutsättningar för ett interaktivt gemensamt utvecklande av rapportering och kamratstöd. Samtidigt undvek man att slösa tid på utvecklande av överlappande och oenhetliga system. Under projekteringen inleddes rapportering av farosituationer i totalt cirka 40 organisationer inom social- och hälsovården. Bland dessa finns organisationer från nästan alla sjukvårdsdistrikt i Finland. Förfarandet vid rapportering har under projektet varit i bruk inom både den specialiserade sjukvården och primärvården. Under avslutningsskedet av projektet deltog även tandvårdsenheter.</p> <p>Förfarandet vid rapportering och verktyget har upplevts som enkla att lära sig och att använda. Diskussionen om farosituationer och öppenhet har ökat. Under projektet har informationsinsamlingen av farosituationer kommit i gång och konkreta förbättringsåtgärder har gjorts, särskilt med anknytning till situationer vid medicinering. En utmaning som kvarstår är främjande och utvecklande av praxis hos organisationer med anknytning till utnyttjande av information. Man ska även utveckla klassificering av situationer och vid behov precisera användning och tillämpning av olika klasser för organisationerna.</p> <p>Denna rapport beskriver hur man gått till väga när man tagit i bruk rapporteringssystemet och föreslår åtgärder för att säkerställa verksamhetsförutsättningarna för och underhåll av systemet.</p>			
Nyckelord: hälso- och sjukvård, ibruktagande, patientsäkerhet, primärvård, rapportering, specialiserad sjukvård			
Övriga uppgifter: www.stm.fi/svenska			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2008:16		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2560-1 (inh.) 978-952-00-2561-8 (PDF)
Sidoantal 63	Språk Finska	Pris 14,04 €	Sekretessgrad Offentlig
Försäljning Helsingfors Universitetsförlaget books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

		DOCUMENTATION PAGE	
Publisher: Ministry of Social Affairs and Health, Finland		Type of publication Report	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
Title of publication: Introduction of a reporting system for dangerous situations in health care			
Summary A model and instrument for reporting dangerous situations in health care was developed mainly during 2006, in the first phase of the so called HaiPro project. In the second phase of the project the goal was to ensure an efficient and swift introduction of the reporting system in social and health care organisations in Finland. The most important tasks in order to achieve the objective were to support the organisations taking into use the reporting system, to develop the reporting instrument into an application ready for use, to ensure the operational prerequisites for reporting, to develop further the classification of dangerous situations, and to inform about the new procedure. Development of patient safety requires a systematic procedure for identifying defects in methods and environments of operation and preventing human errors. The large-scale and efficient introduction of the procedure created opportunities for a joint, interactive development of the reporting and for peer support. At the same time, spending time on development of overlapping and incoherent systems could be avoided. During the project the reporting of dangerous situations was initiated in a total of 40 social and health care organisations. Organisations from almost all hospital districts in Finland were among them. During the project the reporting procedure was in use in both specialised medical care and primary health care units. In the conclusion phase also dental care units were involved. The reporting procedure and instrument have been experienced easy to learn and use. Discussion about dangerous situations and transparency has increased. The collection of information about dangerous situations was started during the project and concrete improvements have been made, in particular in regard to medication situations. Promotion and development of the organisations' operational practices in making use of the information collected remained a challenge. The classification of events should be developed and, as necessary, the use and application of different categories should be specified according to organisation. The present report describes the procedures carried out in the context of introducing the reporting system and puts forward proposals for ensuring the prerequisites for the operation and maintenance of the system.			
Key words: health care, introduction, patient safety, primary health care, reporting, specialised health care			
Other information: www.stm.fi/english			
Title and number of series Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2008:16		ISSN 1236-2115	ISBN 978-952-00-2560-1 (pb) 978-952-00-2561-8 (PDF)
Number of pages 63	Language Finnish	Price 14.04 €	Publicity Public
Orders Helsinki University Press books@yliopistopaino.fi , www.yliopistopaino.fi/bookstore		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sisällysluettelo

KUVAILULEHTI.....	3
PRESENTATIONSBLAD	5
DOCUMENTATION PAGE.....	7
1 Johdanto.....	11
2 Tavoitteet.....	13
3 Toteutustapa ja tehtävät.....	13
3.1 Raportointijärjestelmää käyttöönottavien terveydenhuollon yksiköiden tukeminen	14
3.2 Työkalun kehitys.....	19
3.3 Raportoinnin toimintaedellytysten varmistaminen	19
3.4 Tiedottaminen	20
4 Pilottiorganisaatiot ja aineistot	23
4.1 Pilottiorganisaatiot.....	23
4.2 Aineistot	25
5 Tulokset	26
5.1 HaiPro-työkalun kokoamat tiedot ja luokitusten käyttö.....	26
5.2 Raportoinnin vaikutukset toimintaan	39
5.3 Pilotoijien kokemuksia HaiPro-raportoinnista	42
6 Miten tästä eteenpäin	48
6.1 Tähän päästiin	48
6.2 Tätä vielä tarvitaan	51
Kirjallisuus	55
Liitteet.....	56
Liite 1. Tapahtumien päätyyppien alaluokat ja niiden käyttö.....	56
Liite 2. HaiPro-projektin aikana raportointimenettelyä käyttäneet sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt.....	60

I Johdanto

Vuoden 2005 syksyllä käynnistettiin HaiPro-tutkimushanke vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittämiseksi Suomen terveydenhuoltoon. HaiPro-lyhenne muodostuu haittatapahtumien raportointiprosessista. Myöhemmin siirryttiin käyttämään termiä vaaratapahtuma, johon sisältyvät myös läheltä piti -tilanteet. Käynnissä olleen projektin nimeä ei kuitenkaan muutettu.

Hankkeessa kehitettiin toimintamalli turvallisuutta vaarantavien poikkeamien, virheiden ja vaaratilanteiden (läheltä piti -tapausten) käsittelyyn terveydenhuollon yksiköissä. Toimintamalli perustuu vapaaehtoiseen nimettömään raportointiin, jonka ominaispiirre on myös rankaisemattomuus. Rankaisemattomuudella tarkoitetaan sitä, että raportoitujen tapahtumien perusteella ei etsitä syyllisiä eikä käynnistetä kurinpitotoimia. Tarkoituksena on oppia tapahtumista selvittämällä niiden syitä ja syntymekanismeja, jotta löydetään parhaiten tehoavat ennalta ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Toimintamalli kattaa sekä poikkeamien raportoinnin ja analysoinnin että menettelyt kootun tiedon hyödyntämiseen terveydenhuollon yksikössä. Toimiva malli edellyttää suunnitelmallisen implementoinnin, mihin laadittiin työvälineitä. Niiden toimivuus samoin kuin koko toimintamalli viimeisteltiin koottujen pilotointikokemusten avulla. Tavoitteena on integroida raportointijärjestelmä osaksi yksikön laatu-, (turvallisuus)johtamis- tai toimintajärjestelmää.

HaiPro I jatkui vuoden 2007 maaliskuun loppuun. Sen keskeinen tuotos oli menettelytapakuvaus terveydenhuollon vaaratilanteiden raportoinnista ja tapahtumista oppimisesta. Hanke ei tuottanut valmista sellaisenaan käyttöön otettavaa raportointityökalua, mutta siinä syntyi raportointityökalun prototyyppi ja tietojärjestelmävaatimusmäärittelyt varsinaisen työkalun kehittämiseksi (ks. Knuutila ym. 2007, Mätäsniemi ym. 2007).

Potilasturvallisuuden kehittäminen on ajankohtainen ja näkyvä asia kansainvälisessä toiminnassa. Myös Suomessa muun muassa Turvallinen lääkehoito -opas on herättänyt terveydenhuollon yksiköt hakemaan ratkaisuja lääkityspoikkeamien seurantaan. Valtakunnan tasolla kehittämistä vauhdittaa STM:n nimittämä potilasturvallisuuden kehittäminen ohjausryhmä. Asian näkyvyyden ja ajankohtaisuuden seurauksena eri tahoilla on pyritty rakentamaan omia ratkaisuja. Nämä eivät välttämättä huomioi riittävästi kaikkia vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä ja uusimpia näkemyksiä turvallisuuden varmistamisesta. Toinen vaara on, että eri tahoilla keskitytään omiin lähiongelmiin ja että laajimmin vaikuttaviin parannuksiin toimintajärjestelmätasolla ei päästä. Valtakunnallisesti ajatellen kehitystyön koordinointi on välttämätöntä tehokkaan ja vaikuttavan toimintatavan saavuttamiseksi ja kustannusten säästämiseksi.

2 Tavoitteet

Tämän projektin tavoitteena oli kehitetyn vaaratapahtumien raportointijärjestelmän tehokkaan ja nopean käyttöönoton tukeminen ja varmistaminen. Tavoitteeseen on päästy, kun

- on varmistettu, että raportointityökalu (tietojärjestelmä) on saatavilla
- raportointijärjestelmän implementointiin tarvittava ohjeistus on olemassa, saatavilla ja se on koulutettu terveydenhuollon yksiköiden vastuullisille henkilöille
- vaaratapahtumien käsittelystä ja seurannasta vastaavan organisaation tehtävät terveydenhuollon yksiköissä on luonnosteltu ja edellytykset vaaratapahtumien käsittelystä vastaavien verkostoitumiselle suunniteltu
- vaaratapahtumien valtakunnallisen tason raportoinnin koordinointiin on esitetty suuntaviivat
- esimerkkiluokitukset on laadittu erilaisille yksiköille (mm. erikoissairaanhoido, terveyskeskukset, hammashoito, sairaankuljetus, kotihoito, yksityinen sektori)
- on selvitetty raportoitujen vaaratapahtumien ja sähköisen sairauskertomukseen rajapinta silloin, kun vaaratapahtuma on luonteeltaan osa potilaan sairauskertomusta
- on kuvattu raportointijärjestelmän suhde muihin samankaltaisiin raportointijärjestelmiin (mm. Hilmo, turvallisuuspoikkeamat yms.)
- tiedotus raportointijärjestelmästä ja sen hyödynnettävyydestä (esim. turvallinen lääkehoito/ lääkityspoikkeamat) on toteutettu riittävän laajasti päällekkäisten kehitysprojektien välttämiseksi.

3 Toteutustapa ja tehtävät

Hanke toteutettiin yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa. Konsortiossa yhdistyivät terveydenhuollon henkilöstön hoitoprosessien ja organisaatioiden käytäntöjen asiantuntemus ja kokemus sekä tutkimuslaitoksen asiantuntemus ja kokemus riskienhallinnasta, organisaation ja toimintatapojen kehittämisestä, onnettomuustutkinnasta ja inhimillisistä tekijöistä.

Projektikonsortio koottiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti vuoden 2006 joulukuussa sairaanhoitopiirien johdolle kirjeen, jossa kannustettiin osallistumaan potilasturvallisuuden edistämiseen tähtäävään projektiin. Kuntaliiton Kunnat.net-verkkosivuilla julkaistiin tiedote, jonka linkin kautta oli mahdollista ilmoittautua mukaan projektiin. Mukaan liittyminen oli mahdollista myös myöhemmässä vaiheessa asiasta kiinnostuneille koko projektin ajan. Tavoitteena oli saada eri puolilta Suomea mukaan monipuolinen otos terveydenhuollon yksiköitä. Erikoissairaanhoidon yksiköiden lisäksi toivottiin mukaan erilaisia perusterveydenhuollon yksiköitä, esimerkiksi terveyskeskuksia, hammashoitoloita, kotisairaanhoidon toteuttajia jne.

HaiPro-raportoinnin käyttöönoton laajennettu kokeilu käynnistyi helmikuussa 2007 aloitusseminaarilla, johon kutsuttiin kaikki siihen mennessä työkalun ja järjestelmän käytöstä kiinnostuneet organisaatiot. Seminaariin ilmoittautui yli 70 henkilöä, ja kaikkiaan yli 20 organisaatiota ilmaisi halukkuutensa kokeiluun osallistumiseen. Projektin aikana koekäytöstä kiinnostuneiden organisaatioiden määrä kaksinkertaistui.

Tavoitteena oli luoda sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille vaivaton ”matalan kynnyksen” käyttöönottoprosessi sekä myös parantaa raportointimallia ja –työkalua edelleen projektin ensimmäisen vaiheen kokemusten perusteella. Keskeiset tehtävät määriteltiin seuraavasti:

1. Raportointijärjestelmää käyttöönettävien terveydenhuollon yksiköiden tukeminen (käyttöönotto organisaation kehittämishankkeena)
 - analysointimenettelyjen ja käsittelyprosessin ohjeistus sekä raportoinnin organisointi -ohjeistus
 - vaaratapahtumien luokituksen edelleen kehittäminen erityyppisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön
2. Vaaratapahtumien raportointityökalun prototyypin kehittäminen valmiiksi sovellukseksi ja sen ylläpidon suunnittelu
3. Raportoinnin toimintaedellytysten varmistaminen (vastuut ja tehtävät paikallisella ja valtakunnallisella tasolla, liitynnät muihin järjestelmiin).
4. Tiedottaminen

3.1 Raportointijärjestelmää käyttöönettävien terveydenhuollon yksiköiden tukeminen

Selkeä painopiste projektissa on ollut käytännön työ vaaratapahtumien raportointia käyttöönettävien organisaatioiden auttamiseksi ja tukemiseksi. Tähän on sisältynyt koulutusmateriaalien laadinta, alueellisten koulutusilaisuuksien pitäminen ja teknisten valmiuksien määrittelyn tuki. Lisäksi on järjestetty mahdollisuus vertaistukeen ja annettu opastusta puhelimitse ja sähköpostitse raportoinnin käyttöönottoa koskevissa ja sen edistämiseen liittyvissä asioissa.

3.1.1 Käyttöönottoa tukeva ohjeistus

Vaaratapahtumien raportoinnin tehokas käynnistäminen edellyttää suunnitelmallista etenemistä ja pitkäjänteistä työtä. Raportointimalli on kuvattu HaiPro-projektin ensimmäisen vaiheen loppuraportin luvussa 6 (Knuutila ym. 2007). Vaaratapahtumien raportoinnin käyttöönottoon tueksi tarvitaan ohjeistus, jota voidaan käyttää henkilöstön koulutuksessa ja HaiPro-työkalun käytön tukena. Projektissa laaditut ohjeet on kuvattu seuraavassa taulukossa.

Taulukko 1. Vaaratapahtumien raportoinnin käyttöönottoa tukeva ohjeistus

Ohje	Kuvaus ja käyttötarkoitus
Millaisia tapahtumia ilmoitetaan	Esimerkkiluokitus, jossa myös kuvataan lyhyesti miten organisaatio voi ohjeistaa ilmoitettavia tapahtumia. Luokitukseen tutustumalla tapahtumista ilmoittava henkilöstö ja ilmoitusten käsittelijät saavat kokonaiskuvan siitä, miten ilmoitettavat tapahtumat luokitellaan käsittelyvaiheessa tilastollisen tiedon kokoamiseksi.
Ilmoittajan ohje	Vaihe vaiheelta etenevä ohje henkilöstölle siitä, miten vaaratapahtumailmoitus tehdään järjestelmässä ja miten ilmoittaja voi seurata oman ilmoituksensa jatkokäsittelyä.
Käsittelijän ohje	Ohje käsittelijöiksi nimetyille henkilöille vaaratapahtumailmoituksen käsittelystä ja luokittelusta.
HaiPro-prosessi	Prosessikaavio yksittäisen HaiPro-ilmoituksen etenemisestä organisaatiossa. Kaavio havainnollistaa prosessiin liittyvät henkilöt sekä ilmoituksen tekemisen ja käsittelyn vaiheet.
Tietojen haku ja raportit	Ohje vaaratapahtumailmoitusten hakuun ja tilastollisten raporttien tuottamiseen. Ohje neuvoo, miten tietokannasta tehdään yksityiskohtaisempia poimintoja. Voidaan esimerkiksi poimia tietyltä aikaväliltä tietyn tapahtumatyyppin ilmoitukset, joista on ollut seurauksena vakava haitta potilaalle.
Ohjeita toimenpiteiden valintaan	Opastusta vaaratapahtumailmoitusten analysointiin ja tiedon hyödyntämiseen. Ohje tukee vaaratapahtumailmoitusten käsittelijöitä tapahtumien analysoinnissa ja mm. tehokkaiden kehitystoimenpiteiden valinnassa.
Käyttöönoton suunnittelun muistilista	Muistilista käyttöönottoa suunnittelevan tiimin käyttöön asioista, jotka on sovittava ja toteutettava ennen raportoinnin aloittamista
HaiPro-työkalun ylläpito-ohje	Ohje teknisten valmiuksien rakentamiseen organisaatioon HaiPro-työkalun käyttöön ottamista varten, sisältää organisaatorakenteen ja vastuuhenkilöiden määrittelyt.

Projektissa laadittu ohjeistus oli sähköisessä muodossa (Word-dokumentteina) kaikkien osallistujaorganisaatioiden saatavilla niin, että organisaatioilla oli mahdollisuus helposti täydentää ja muokata omat toimintaohjeensa niiden pohjalta. Malliohjeita päivitettiin projektin aikana useaan kertaan. Uusimmat versiot ohjeista löytyvät projektin kotisivun kautta, josta ne ovat luettavissa projektin päätyttyäkin.

3.1.2 Alueelliset koulutustilaisuudet

Projektin aloitusseminaarissa sovittiin, että kaikki raportointimenettelystä kiinnostuneet organisaatiot koulutettaisiin sen käyttöön. Ajatuksena oli kouluttaa mahdollisimman laajasti vastuhenkilöitä, jotka kouluttavat edelleen henkilöstöä omassa organisaatiossaan. Projektin kotisivu <http://haipro.vtt.fi> toimi keskeisenä tiedotusfoorumina kaikista projektin tapahtumista. Siellä ilmoitettiin myös järjestettävistä koulutustilaisuuksista. Koulutustilaisuuksien aikataulut, ohjelmat ja osallistujien materiaalit päivitettiin tulostettaviksi kotisivulta.

Koulutus järjestettiin alueellisesti niin, että jokaiseen tilaisuuteen saattoi järjestävän tahon lisäksi osallistua myös lähiseudun organisaatioiden edustajia. Ensimmäinen alueellinen koulutustilaisuus pidettiin Lahden keskussairaalassa 7.3.2007 ja viimeisin tilaisuus oli Hämeenlinnassa 15.2.2008.

Koulutustilaisuuksia on ollut kaikkiaan 30 kappaletta (Taulukko 2) yhteensä 23 paikkakunnalla (Kuva 1). Näihin tilaisuuksiin on osallistunut lähes 2000 terveydenhuollon organisaatioiden edustajaa. Pääosa

on ollut raportoinnin käyttöönotosta ja ilmoittajien koulutuksesta vastaaviksi nimettyjä osaston- ja apulaisosastonhoitajia sekä raporttien käsittelyyn osallistuvia lääkäreitä. Tilaisuuksiin on usein osallistunut myös organisaatioiden johtohenkilöitä ja muita päätöksentekijöitä.

Taulukko 2. Alueellisten koulutustilaisuuksien ajankohdat ja paikkakunnat

Päivämäärä	Paikkakunta	Päivämäärä	Paikkakunta
7.3.07	Lahti	4.10.07	Tammisaari
15.3.07	Espoo	15.10.07	Vaasa
20.3.07	Turku	16.10.07	Nokia
21.3.07	Kouvola	17.10.07	Oulu
4.4.07	Tampere	22.10.07	Tampere
16.4.07	Helsinki	24.10.07	Espoo
17.4.07	Vaasa	29.10.07	Lappeenranta
18.4.07	Jyväskylä	10.12.07	Lohja
20.4.07	Porvoo	8.1.08	Lahti
23.4.07	Kuopio	10.1.08	Raahe
26.4.07	Pori	14.1.08	Lieto
4.5.07	Joensuu	16.1.08	Kajaani
9.5.07	Oulu	23.1.08	Helsinki
16.8.07	Seinäjoki	29.1.08	Lahti
30.8.07	Joensuu	15.2.08	Hämeenlinna



Kuva 1. Alueelliset koulutustilaisuudet pidettiin näillä paikkakunnilla

Koulutustilaisuus kesti taukoineen yleensä noin neljä tuntia ja tyypillinen ohjelma oli

1. Mikä on HaiPro-projekti, miksi raportoidaan?

- Projektin tausta ja tavoitteet
- raportointiprosessi, HaiPro-työkalu prosessissa

2. HaiPro-työkalun käyttö

- mitä ja miten ilmoitetaan
- miten ilmoitukset käsitellään, mitä tietoa tapahtumista saadaan

3. Miten tieto jaetaan organisaatiossa ja miten sitä käytetään tapahtumien ennalta ehkäisemiseksi

4. Jatkotoimet raportoinnin käynnistämiseksi organisaatiossa.

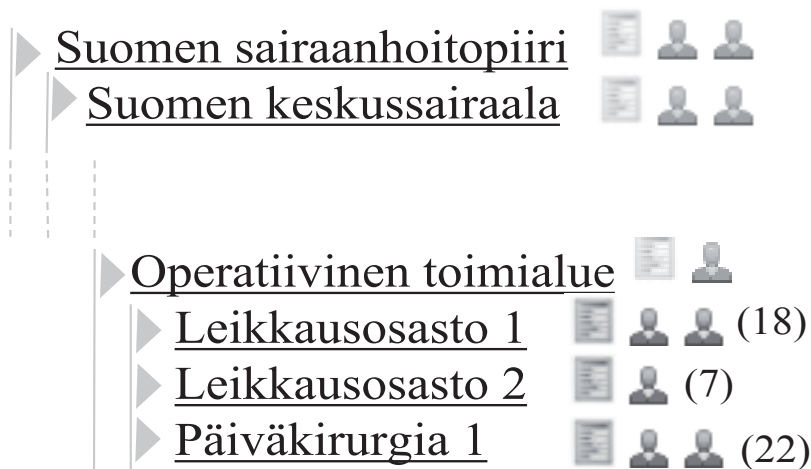
Kouluttajina toimivat työparina VTT:n tutkijat, joista toinen keskittyi enemmän tietoteknisen työkalun käyttöön ja toinen raportoinnin tavoitteisiin sekä toimintaperiaatteisiin ja –käytäntöihin.

3.1.3 Tuki tietoteknisten valmiuksien luominen

Koulutustilaisuuden jälkeen organisaation tehtäväksi jäi suunnitella, miten raportointimenettely käytännössä toteutetaan. Apuna suunnittelussa käytettiin projektissa laadittua käyttöönoton muis-tilistaa. Listan tarkoituksena oli herättää vastuuhenkilöitä miettimään ja organisoimaan kaikki tarpeelliset tehtävät, mm. henkilöstön koulutusten järjestäminen, sovellettavien tapahtumaluokitusten valinta ja raportoitujen tietojen hyödyntäminen organisaatiossa. Toisaalta listan avulla raportoitiin VTT:n projektiorganisaatiolle keskeiset tiedot yhteyshenkilöistä, aloitusajankohdasta ja käynnistyvän raportoinnin laajuudesta.

Tietoteknisten valmiuksien rakentamista varten jokaiselle organisaatiolle perustettiin tietokanta ja ylläpitotunnus. Nämä toimitettiin organisaation yhdyshenkilölle, jonka tehtävänä oli määritellä ylläpitotyökalun avulla vaaratapahtumia raportoiva organisaatio ja siihen liittyvät vastuuhenkilöt (Kuva 2). Lisäksi organisaatiolle toimitettiin HaiPro-sovelluksen käynnistyslinkit, jotka yhdyshenkilö tallensi paikallisen ATK-tuen kanssa organisaation intranettiin tai muuhun soveltuvaan paikkaan. Tärkeintä oli saada sovelluksen käynnistyslinkki henkilöstön saataville helposti löytyvään paikkaan.

Organisaatio



Kuva 2. Esimerkki HaiPro-työkalun organisaatiomäärittelystä kuvitteellisessa organisaatiossa

Kuvassa 2 esitetyn organisaatorakenteen lisäksi työkaluun määriteltiin paikallisesti vastuuhenkilöt ja heidän roolinsa (oikeutensa) raportointiin liittyen. Kuvassa näkyvät suorakaiteen muotoiset kuvakkeet kertovat siitä, onko organisaatiotaso ilmoitettava taso (tummemmat kuvakkeet) vai organisaation välitaso, johon ei voida tehdä ilmoituksia (vaaleammat kuvakkeet). Henkilö-kuvakkeet kertovat, että ko. tason vastuuhenkilöt, esimerkiksi leikkausosasto 2:llä on yksi nimetty yksi ilmoituksen käsittelijä. Ylemmän tason vastuuhenkilöt voivat nähdä esim. ko. organisaatiohaaran tilastolliset tiedot. Järjestelmän ylläpitäjä näkee myös ilmoitusten määrät raportointitasoilla (kuvassa sulkeissa). Ylläpitötyökalu mahdollistaa vastuun hajauttamisen henkilötietojen ylläpitämiseksi. Henkilö- ja organisaatiotiedot pysyvät parhaiten ajan tasalla, kun niitä voi muuttaa paikallisesti ilman vaativaa teknistä tukea.

Sovelluksen käytön tietoturvaluus varmistettiin rajauksella, jolla estettiin vaaratapahtumati-
tietojen lukeminen ja käsitteleminen muualta kuin kyseisestä organisaatiosta. Suojaus toteutettiin organisaation tietoverkon IP-tunnuksen avulla.

Tietotekniset raportointivalmiudet rakennettiin joissakin organisaatioissa täysin itsenäisesti ohjeiden mukaan. Osa tarvitsi organisaatiotietojen syöttämisen tueksi puhelimitse on-line-tukea. Muutamien organisaatioiden tiedot syötettiin koulutustilaisuuden yhteydessä, jolloin kouluttajat toimivat "lähitukena". Joidenkin isojen organisaatioiden tiedot vietiin HaiPro-työkaluun suoraan tiedostosta. Käytännössä sähköpostitse ja puhelimitse annettu tuki teknisten valmiuksien luomiseksi oli alle työpäivän työ organisaatiota kohti.

3.1.4 Luokitusten räätälöinti

HaiPro-raportoinnissa käytetään vaaratapahtumien tunnistamisen lähtökohtana projektin ensimmäisessä vaiheessa laadittua ilmoitettavien tapahtumien ja niihin myötävaikuttavien tekijöiden luokitusta. Osallistuvia organisaatioita informoitiin luokitusten räätälöintimahdollisuudesta omaan

toimintaan sopiviksi. Mikään organisaatio ei kuitenkaan ryhtynyt muokkaamaan luokituksia olennaisesti. Luokitusten muuttaminen haluttiin pitää keskitetysti palvelun tuottajalla. Luokitusten yhtenäisyys ja vertailukelpoisuus nähtiin hyvänä siksikin, että HaiPro:n käyttöönottajilla olisi valmiudet myös mahdolliseen valtakunnalliseen tiedonkeruuseen. Muutamiin luokkiin tehdyt lisäykset ja täsmennykset otettiin samanlaisina käyttöön kaikkialla.

Kaikki käyttäjät eivät kuitenkaan käyttäneet luokituksia samalla tavalla. Osa organisaatioista rajasi pois joitain toimintaan liittymättömiä tapahtumatyyppejä. Jotkut rajasivat ilmoitettavat tapahtumat pelkästään lääkityspoikkeamiin. Luokituksen päivittäminen kävi helposti, jos rajauksia haluttiin myöhemmin muuttaa. Luokitusten käytettävyyttä ja osuvuutta tarkastellaan tulostulokohdassa.

3.2 Työkalun kehitys

Vaaratapahtumien raportoinnin käynnistäminen edellytti jokaiselta mukana lähteneeltä organisaatiolta merkittävää aktiivista panostusta henkilöstön kouluttamiseen ja raportointimenettelyn opetteluun. Jotta tämä panos ei menisi hukkaan, oli varmistettava, että tietotekninen työkalu olisi käytettävissä myös kokeiluprojektin päätyttyä. Projektin ensimmäisessä vaiheen raportointityökalun prototyyppistä oli siis kehitettävä toimiva tuote, joka tukisi myös raportoidun tiedon hyödyntämistä.

Suurin osa työkalun jatkokehityksestä tehtiin ennen kuin raportointi käynnistyi ensimmäisissä organisaatioissa toukokuussa 2007. Yksi jatkokehityksen tavoite oli, että työkalua on helppo ylläpitää ja että organisaatiot voivat itse rajata, mitä tapahtumia haluavat ilmoittaa. Projektin ensimmäisen vaiheen aikana VTT:lle keskitetyt aloitus- ja ylläpitotehtävät hajautettiin nyt osallistujaorganisaatioiden tehtäviksi. Aiemmin oli todettu, että useiden osallistujien organisaatio- ja vastuuhenkilötietojen keskitetty ylläpitäminen on hankalaa ja työlästä.

Organisaatioita pyydettiin nimeämään pääkäyttäjät ja muut tarvittavat ylläpitäjät. Nämä järjestivät raportoivan organisaation määrittelyn ja nimettyjen vastuuhenkilöiden kiinnittämisen HaiPro-toimintoihin (kuten Kuvassa 2 on esitetty). Osallistuvia organisaatioita kannustettiin luomaan mahdollisimman ylhäältä lähteviä organisaatorakenteita, jolloin HaiPro-raportointi mahdollistaisi myös yksiköiden välillä havaittujen tapahtumien käsittelyn ja tapahtumista oppimisen.

Työkaluohjelman toiminnallisuutta kehitettiin sekä kokeilussa havaittujen epäkohtien että esitettyjen toiveiden mukaisesti. Keskeisiä muutoksia toiminnallisuudessa olivat mm. ilmoitettaviin tapahtumiin liittyvien luokitusten joustava valinta ja määrittely, käyttäjien tueksi lisätyt opastukset, mahdollisuus siirtää tapahtuman käsittely ylemmälle organisaatiotasolle, tapahtumapaikkaan ja tilanteen hallintaan liittyvien määritysten lisääminen sekä työntekijöihin kohdistuvan väkivallan raportointimahdollisuus. Tärkein kehitysaskel työkalun toiminnallisuudessa oli kuitenkin siihen lisätty tiedon hakemisen ja rajauksen mahdollisuus.

3.3 Raportoinnin toimintaedellytysten varmistaminen

Monelle organisaatiolle yksi selkeä motiivi kokeiluun osallistumiselle olivat odotukset siitä, että Suomeenkin on tulossa jossain muodossa valtakunnallinen potilasturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Sekä kansainväliset että kotimaiset toimet tukivat odotuksia. Useissa maissa oli jo otettu käyttöön valtakunnallisia raportointijärjestelmiä. Suomessa edellytettiin lääkehoitosuunnitelmien tekemistä, jossa olennaista on myös lääkityspoikkeamien ilmoittaminen ja käsittely.

Alkuperäisenä ajatuksena oli huomioida mm. potilasturvallisuuteen liittyvät kansalliset linjat osana raportointimenettelyä. Vaikka HaiPro-menettely on keskeisesti organisaation sisäinen kehittämistyökalu, sen yhteensopivuus kansallisten linjausten kanssa on tärkeä toimintaedellytys. Voidaan välttää kaksikertaisia raportointeja ja ylimääräistä työtä.

Tällä hetkellä kansalliset linjat ovat edelleen vasta kehitteillä. Valmisteilla on mm. uusi terveydenhuoltolaki, mihin tulee potilasturvallisuuteen liittyviä vaatimuksia, mutta niiden sisällöstä ei vielä ole tietoa. Valtakunnallisten linjausten kehitystyö jatkuu potilasturvallisuuden ohjausryhmän työvaliokunnissa. Edelleen pohditaan mm, sitä, onko kansallisesta vaaratapahtumarekisteristä tai –raportoinnista yleensä saatavissa jotain lisäarvoa, ja jos olisikin, mitä se olisi ja miten se syntyisi.

Paikalliset toimintaedellytykset ovat välttämättömimmät, jotta raportoiva kulttuuri ylipäättään voi syntyä ja elää. Toimintaedellytysten rakentamiseen ja arviointiin käytettiin projektin ensimmäisessä vaiheessa laadittua käyttöönoton muistilistaa (Knuutila ym. 2007)

Muistilistan mukaan on varmistettava, että

1. kehitystyö on suunniteltu ja organisoitu (projektiryhmä, vastuhenkilö)
2. johto on hyväksynyt suunnitellun etenemistavan
3. raportoinnin vastuhenkilöt on nimetty
4. käyttöönotosta ja käytön aloituksesta on tiedotettu
5. ilmoittaminen ja ilmoitusten käsitteleminen on ohjeistettu
6. henkilöstö ja ilmoitusten käsittelijät on koulutettu
7. raportointityökalu on asennettu
8. raportointi ja ilmoitusten käsittely on aloitettu
9. käyttöönottoa seurataan ja tuetaan
10. palautteen saaminen ilmoituksista on järjestetty
11. raportointia ja kehitystoimenpiteiden toimivuutta seurataan.

Jokainen raportointiin mukaan lähtenyt organisaatio käytti omassa suunnittelussaan apuna muistilistaa. Projekti tuki aktiivisesti organisaatioita vaiheissa 5-9. laatimalla, täsmentämällä ja päivittämällä ohjeita kokemusten ja palautteen mukaan. Alueellisissa koulutuksissa koulutettiin organisaatioiden vastuhenkilöitä. Raportointityökalun vaatimissa organisaatiotietojen määrittelyissä annettiin apua tarpeen mukaan.

3.4 Tiedottaminen

3.4.1 Tiedottaminen osallistujaorganisaatioille

Osallistujaorganisaatioille tiedotettiin projektin etenemisestä sekä sähköpostitse yhdys henkilöiden kautta että projektin nettisivuilla. Alkuvaiheessa tiedottaminen liittyi projektin etenemiseen, myöhemmässä vaiheessa painopiste tiedottamisesta siirtyi raportointityökaluun kehitettyihin muutoksiin.

Projektin nettisivuille koottiin kaikki tukimateriaali osallistujaorganisaatioiden käyttöön. Alueellisten koulutusten ajoista ja paikoista ylläpidettiin myös ajantasaista tietoa.

Alueelliset koulutukset olivat pilotoinnin onnistumisen kannalta keskeisiä tiedotustilaisuuksia. Jos alueellisessa tilaisuudessa esitettiin myös organisaation johdon viesti osallistumisesta ja sitoutumisesta, raportointimenettelyn käyttöönotto ja käytön aloitus pääsivät heti ”viralliseen” vauhtiin.

Projektin aikana panostettiin myös suoriin kontakteihin puhelimitse ja sähköpostitse, mikäli pilotoinnin käynnistyminen näytti viivästyvän tai yhteydenpito hiipuvan.

Muutamit organisaatiot toivoivat raportoinnin käynnistymisvaiheessa kokemusten vaihdon tuoksi keskustelupalstaa. Sellainen myös rakennettiin projektin aikana. Keskustelupalstalle rekisteröityi noin 20 henkilöä, mutta itse keskustelu ei aktivoitunut projektin aikana. Keskustelupalstalla olisi ollut mahdollista vaihtaa kokemuksia organisaation sisäisesti tai kaikkien käyttäjien välillä.

3.4.2 Projektista tiedottaminen

Vaaratapahtumien raportoinnin kehittäminen ja erityisesti lääkehoidon turvallisuus ovat kansainvälisestikin ajankohtaisia asioita. Näiden aiheiden ympärille on syntynyt ja syntyy paikallisia kehitysprojekteja, mikä on sinänsä erinomainen asia. Ilman paikallista organisointia ja vastuumäärittelyjä potilasturvallisuuden edistäminen ei toimi. Tässä projektissa haluttiin tiedottaa erityisesti siitä, että ollaan rakentamassa tietoteknistä työvälinettä ja että sitä käyttämään ja kehittämään ovat kaikki tahot tervetulleita – projektin ajan jopa ilman kuluja. Paikallinen innostus ja panostus voisivat kohdistua suoraan raportoinnin sisällöllisiin ja organisointikysymyksiin. Tiedottamiseen panostettiin aktiivisesti koko projektin ajan ja kaikki projektin materiaalit pidettiin netissä saatavilla.

Taulukko 3. Tiedottamiseen liittyvät keskeiset tapahtumat ja ydinviestit

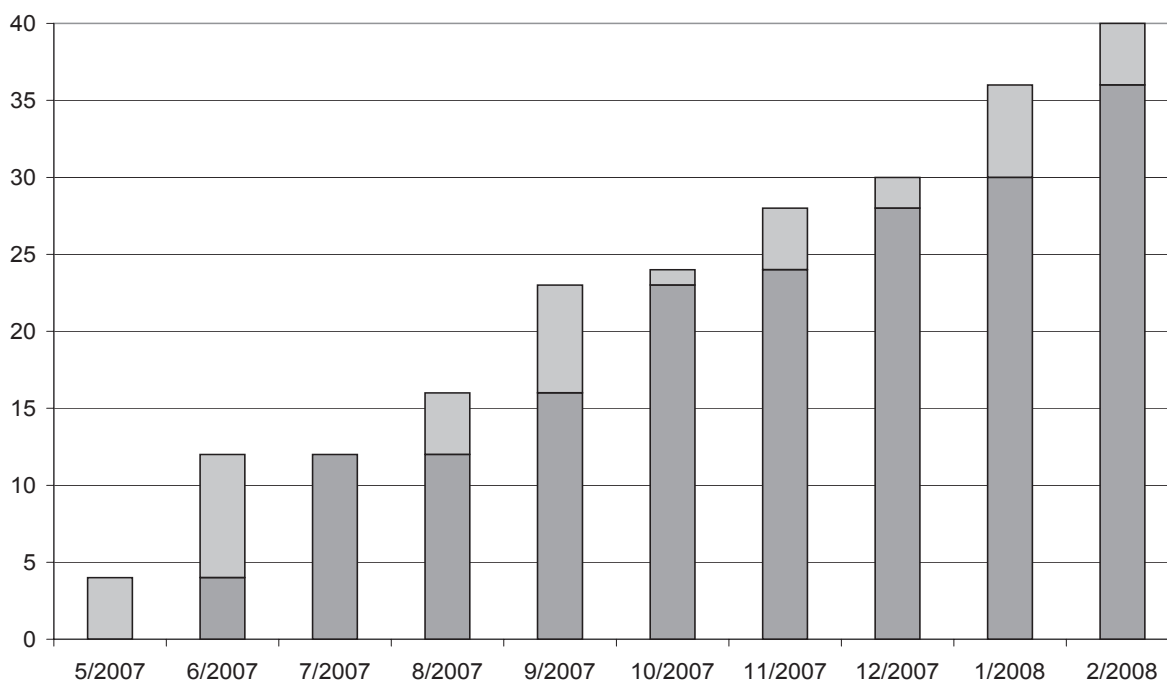
Ajankohta	Väline	Ydinviesti
12/2006	Tiedote projektin verkkosivuilla	Vaaratapahtumien raportoinnin käyttöönottoprojekti käynnistyy vuoden alusta 2007
12/2006	STM:n kirje sairaanhoitopiirien johdolle	Vaaratapahtumien raportoinnin käyttöönottoprojekti käynnistyy vuoden alusta 2007 Kannustus osallistumaan kokeilemaan raportointia.
1/2007	Kunnat.net-verkkosivut	Vaaratapahtumien raportoinnin käyttöönottoprojekti käynnistyy vuoden alusta 2007 Linkki ilmoittautumislomakkeelle
1/2007	Postituslista projektiin ilmoittautuneille	Projektin aloitusseminaari järjestetään helmikuussa, kaikki kiinnostuneet voivat osallistua
2/2007	Aloitusseminaari	Mahdollisuus osallistua vaaratapahtumien raportoinnin käyttöönottoon haluamassaan laajuudessa, mahdollisuus saada koulutusta raportointimenettelyyn alueellisesti
3/2007	Esitys sairaanhoitajapäivillä	Vaaratapahtumien raportointimalli kehitetty, mahdollisuus kokeilla raportointityökalua
5/2007	Lääkelaitoksen ja projektin www-sivut	Vaaratapahtumien raportointimalli kehitetty ja julkaistu. Saatavilla netissä.
5/2007	STM:n ja sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreiden, hallintoylilääkäreiden ja lääninlääkäreiden kokous	Kokemuksia HaiPro-pilotoinnista
5/2007	Esitys kansallisen potilasturvallisuusverkoston kokouksessa	Vaaratapahtumista voi oppia
5/2007 ... 2/2008	Alueelliset koulutukset	Miksi raportoidaan? Miten raportoidaan? Miten tietoa hyödynnetään? Miten alkuun?
10/2007	VTT:n lehdistötiedote	Laaja vaaratapahtumien raportoinnin käyttöönottoprojekti etenee. Osallistuvia organisaatioita 40 kpl
10/2007	Lehdistötilaisuus Vaasan keskussairaalassa	Vaasan sairaanhoitopiirissä koottu tietoa vaaratapahtumista HaiPro-menettelyn avulla. Tuloksia hyödynnetty toiminnan kehittämiseen.
11/2007	Lääkäriliiton koulutustilaisuus	Virheistä oppimisen kulttuuri tulee. Näin me onnistumme.
2/2008	SuPerin opintopäivät	Jaettiin tiedotetta projektista, mahdollisuus kokeilla työkalua näyttelypisteessä
3/2008	Sairaalahygieneipäivät	Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointimenettely sovellettavissa myös aseptiikkaan liittyviin tapahtumiin
3/2008	Sairaanhoitajapäivät	Projektin keskeiset tulokset, kokemuksia projektista, kootun tiedon hyödyntäminen
4/2008	STM:n verkkosivut	Projektin loppuraportti julkaistu. Projektin tulokset ja kehittämissuhteita.
4/2008	Projektin loppuseminaari	Tulosten esittely, kansalliset linjaukset, miten tästä eteenpäin

Taulukossa esitetyn lisäksi projektiin osallistuneiden toimintayksiköiden henkilöt ovat pitäneet runsaasti esityksiä erilaisissa koulutustilaisuuksissa. Näissä tilaisuuksissa on painotettu osallistujajärjestöjen kokemuksia raportoinnista. Lokakuussa julkaistiin tiedote ja pidettiin lehdistötilaisuus, jotka tuottivat lyhyitä juttuja useisiin sanomalehtiin.

4 Pilottiorganisaatiot ja aineistot

4.1 Pilottiorganisaatiot

Helsingissä 7.2.2007 pidetyssä projektin aloitusseminaarissa HaiPro-raportoinnin käyttöönoton pilotointiin ilmoittautuivat ensimmäiset noin 10 organisaatiota. Seminaariosallistujia ja muuta kautta pilotoinnista kuulleita organisaatiota ilmoittautui lisää projektin kuluessa niin, että lopullinen lukumäärä nousi 40:een. Kuvassa 3 on esitetty raportointityökalun käytön aloittaneiden pilottiorganisaatioiden määrän kehitys projektin aikana.



Kuva 3. Käyttöönoton pilotointiin osallistuneiden yksiköiden määrän kehitys

Yllä olevassa kuvassa palkin ylempi osuus kuvaa kuukausittain raportoinnin aloittaneiden organisaatioiden määrää. Alempi osa palkista on aiemmin aloittaneiden kumulatiivinen määrä.

Organisaatioita liittyi pilotointiin melko tasaisesti koko kokeilujakson ajan, erityisesti ennen ja jälkeen kesälomakauden sekä projektin lopun lähestyessä. Syksyn mittaan uusien kokeiluorganisaatioiden mukaantulo vauhditti selvästi järjestelmään tehtyjen ilmoitusten kokonaismäärän kasvua.

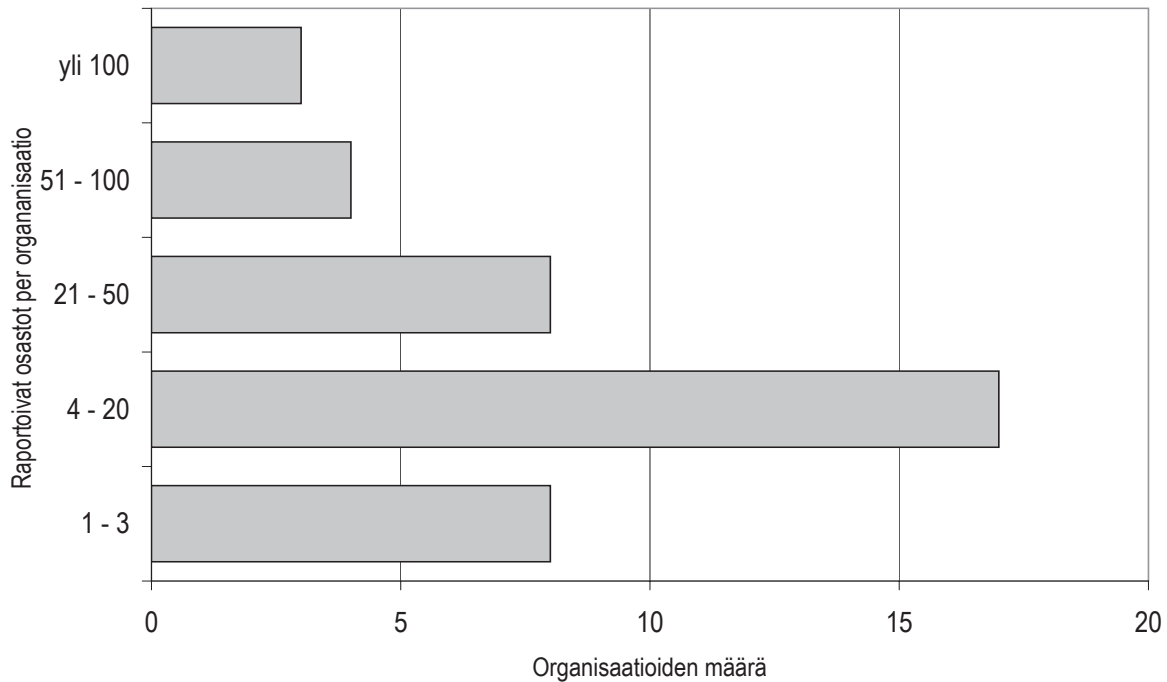
Kuvan 1 kartta kertoo mukana olleiden yksiköiden sijoittumisesta Suomessa, vaikka kaikki yksittäiset paikkakunnat eivät olekaan siinä mukana. Alueellisiin koulutuksiin osallistui usein myös lähiympäristön yksiköiden vastuuhenkilöitä.

Pilotointiin osallistui sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon yksiköitä. Mukana oli mm. keskussairaaloita ja terveyskeskuksia, kuntoutuskeskus ja vanhusten palvelutalo. Muutamissa maakunnissa työkalu otettiin laajasti käyttöön, jolloin tapahtumailmoituksia voitiin tehdä yksiköstä toiseen, esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja päinvastoin tai

ensihoidon ja ensihoidon palveluyksikön välillä. Toisaalta työkalun käyttöönotto lähti muutamissa suurissakin organisaatioissa liikkeelle vain yhdellä osastolla raportoitavista lääkityspoikkeamista.

Pilottiyksiköt ja niiden sijoittuminen sosiaali- ja terveydenhuollon kentälle kuvataan yksityiskohtaisesti liitteessä 2.

Pilottiorganisaatiot vaihtelivat kooltaan suuresti. Myös raportoivien yksiköiden määrä organisaatioissa vaihteli (Kuva 4).



Kuva 4. Raportoivien yksiköiden lukumäärät pilottiorganisaatioissa

Toimialoista laajimmin osallistuivat konservatiiviset toimialat, mutta myös muut erikoisalot olivat kattavasti edustettuina. Ensihoidon, hammashoidon ja sädehoidon tapahtumia raportoitiin vain parissa organisaatioissa.

HaiPro-projektin ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin yksityiskohtaisesti raportoinnin käynnistämistä ja onnistuneen käyttöönoton edellytyksiä. Organisaatiot hyödynsivät osana omaa suunnitteluaan käyttöönoton muistilistaa (ks. Knuutila ym. 2007, s. 50). Kukin organisaatio päätti itse raportointinsa laajuuden ja toteutusmallin. Myös oman panostuksensa käynnistämisen sisäiseen tukemiseen organisaatiot harkitsivat itse. Panostus vaihteli erikseen resursoidusta lähes päätoimisesta projektihenkilöstä yhteen aktiiviseen oman toimen ohella tai osana asiaa edistävään ihmiseen. Laaturyhmä, lääkeshoidon suunnitteluryhmä tai erikseen koottu potilasturvallisuusryhmä toimi vetäjän tukena.

Laajimmat panostukset olivat sairaanhoitopiirissä, jossa raportointi päätettiin alun perin laajentaa kaikkiin piiriin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköihin sairaanhoitopiirin johdolla ja resursoimana.

Lähes kaikki organisaatiot ottivat käyttöön työkalun luokituksen kokonaisuudessaan. Kolme yksikköä rajasi raportoinnin lääkityspoikkeamiin, joiden seurannan järjestäminen oli niille ajankoh-

tainen lääkehoitosuunnitelman laadinnan yhteydessä. Lääkehoidon turvallisuuden varmistaminen oli lähtökohdana myös muutamassa muussa organisaatioissa, jotka tilaisuuden tullen hyödynsivät työkalua muidenkin tapahtumien seurannassa.

4.2 Aineistot

Projektin aineistot ja tiedonhankinta palvelivat asetettuja tavoitteita. Ensiksi, haluttiin tietoa, missä laajuudessa organisaatioissa raportointiin ryhdyttiin ja miten siinä edistytettiin. Alun pääasiallinen tiedonkeruutapa oli käyttöönoton muistilista, joka saatiin lähes jokaiselta organisaatiolta.

Lisätietoa kertyi projektiryhmän ja organisaatioiden yhdyshenkilöiden sähköpostiviesteistä, joiden sisältö liittyi sekä yhdyshenkilöiden omiin ongelmatilanteisiin raportointiprosessissa tai työkalussa että heille kokeilun edetessä esitettyihin muiden käyttäjien kysymyksiin ja ehdotuksiin. Sähköpostikirjeenvaihdon tiedot hyödynnettiin välittömästi käyttöönototuksena eli kysyjä sai vastauksen. Erityisesti työkalukehitykseen sähköpostikirjeenvaihto tuotti runsaasti uusia ideoita ja kehitysehdotuksia. Ne otettiin huomioon työkalun jatkekehittämisessä, ja tulokset ovat nähtävissä työkalun uusissa ominaisuuksissa ja toiminnallisuudessa.

Toiseksi, projektin loppuvaiheessa tammikuussa 2008, koottiin tietoa raportoinnin toimintatavoista organisaatioissa, vaikutuksista toimintaan ja käyttäjien kokemuksista raportoinnista yleensä. Organisaatioiden käsittelijöille tehtiin kysely, joka toteutettiin Internetissä. Kysely lähetettiin kaikkiaan 660:lle henkilölle, jotka oli nimetty eri organisaatioissa ilmoitusten vastaanottajiksi ja käsittelijöiksi. Vastaukset saatiin 284:ltä henkilöltä. Kyselyn keskeisenä tavoitteena oli myös organisaatioiden kokemusten jakaminen osallistujien kesken, missä tarkoituksessa kysely-yhteenveto julkaistiin projektin kotisivulla (Ruuhilehto ja Knuuttila, 2008).

Kolmas kiinnostava aineisto kertyi luonnollisesti organisaatioiden ilmoituksista, jotka tallentuivat kunkin organisaation omaan tietokantaan. Ilmoitusmäärät organisaatioittain vaihtelivat suuresti sen mukaan, mitä tapahtumia oli haluttu raportoitavan, miten laajasti organisaation eri yksiköt olivat mukana kokeilussa ja kuinka kauan oli raportoitu. Helmikuun loppuun 2008 mennessä kokeiluorganisaatioissa oli yhteensä käsitelty noin 7000 ilmoitusta. Nämä koottiin kokeiluorganisaatioiden suostumuksella yhteen tietokantaan, josta laadittiin ilmoituksia kuvaavia taulukoita. Tarkoituksena ei ole niiden avulla esittää, miten paljon ja millaisia erilaisia vaara- ja haittatapahtumia raportoivissa organisaatioissa tapahtuu, vaan jakaumien tarkastelun ensisijainen tavoite on työkalun käyttökelpoisuuden ja kehittämistarpeiden arviointi.

Yhdistetystä tietokannasta koottujen tietojen ohella esitetään myös joitain esimerkkejä organisaatiokohtaisista tilastotiedoista. Näidenkin tulkinta tapahtuu lähinnä luokitusten ja raportointimenettelyn toimivuuden näkökulmasta esimerkiksi erilaisissa toimintaympäristöissä. Yksittäisiä tapahtumatietoja ei tuloksissa kuvata, koska ne ovat raportoivien organisaatioiden omaisuutta ja luottamuksellisesti käsiteltävää tietoa.

5 Tulokset

HaiPro-projektin toisessa vaiheessa keskityttiin tukemaan vaaratapahtumien raportoinnin käynnistämistä erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Tässä luvussa esitetään HaiPro-työkalun kokoamia tietoja vaaratapahtumista, raportoinnin vaikutuksia organisaatioiden toimintaan sekä ja vaaratapahtumailmoituksia käsitelleiden henkilöiden kokemuksia ja arvioita raportoinnista.

5.1 HaiPro-työkalun kokoamat tiedot ja luokitusten käyttö

HaiPro-raportoinnin tarkoituksena on tunnistaa potilasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat sekä tuottaa niistä tietoa ja oppia potilasturvallisuuden kehittämiseen. HaiPro-työkalu kokoaa, tallentaa ja jäsentää tapahtumista tietoja, joita organisaatio hyödyntää toimintansa kehittämässä.

Seuraavassa tarkastellaan, mitä tietoja työkalu kokoaa (Taulukko 4) ja millaisia tietoja pilotti-organisaatioissa raportoiduista tapahtumista kertyi.

Taulukko 4. HaiPro-työkalun kokoamat tiedot tapahtumista

Tapahtumatiedot HaiPro-työkalussa
Ilmoituksen päivämäärä
Ilmoittajan osasto/yksikkö
Tapahtumaosasto/-yksikkö
Ilmoittajan ammattiryhmä
Tapahtumaa yksilöivät tiedot - päivämäärä (+viikonpäivä automaattisesti päivämäärän mukaan) - tapahtuma-aika (kellonaika) - luonne (vaara- tai haittatapahtuma) - onko ilmoitettu potilaalle tai läheiselle(+kuka on ilmoittanut) - onko kirjattu potilastietoihin
Tapahtuman tyyppi
Mahdolliset lisätiedot: lääke/laite/potilaan kuvaus *
Tapahtuman kuvaus *
Tapahtumapaikka
Seuraus potilaalle
Seuraus hoitavalle yksikölle
Tilanteen hallinta
Välittömät toimenpiteet tilanteessa
Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät
Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toistuminen estetään
Toimenpiteen kuvaus tai perustelu miksi toimenpiteitä ei tarvita *
Kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta *

Taulukossa esitetyistä tiedoista tähdellä merkityt ovat vapaamuotoista kuvaustekstiä, muut tiedot valitaan valmiista vaihtoehdoista (luokituksista).

Tapahtumatyyppien tunnistamiseen käytettiin projektin ensimmäisen vaiheen tuloksena laadittua luokitusta ”Millaisia tapahtumia ilmoitetaan”. Tämä luokitus sisälsi 13 tapahtumatyyppien pääluokkaa ja näiden alaluokat. Luokituksessa oli lisäksi tapahtumaolosuhteiden ja myötävaikuttavien tekijöiden yhdeksän pääluokkaa sisältävä luokitus. Luokitusten lähtökohdat, valinta ja kehittäminen on kuvattu projektin I vaiheen loppuraportissa (Knuutila ym. 2007).

Luokituksia oli tarkoitus projektin aikana täydentää erityyppiseen toimintaan sopiviksi. Työn painopiste ja organisaatioiden päätavoite oli kuitenkin vaaratapahtumien raportoinnin käynnistämässä ja olemassa oleva luokitus kelpasi käynnistysvaiheessa sellaisenaan lähes kaikille raportointimenettelyä pilotoineille yksiköille. Projektin aikana tehtiin lisäyksiä ja muutoksia mm. väkivaltaan liittyvien tapahtumien luokituksessa ja lisättiin sädehoitoon liittyvien tapahtumien luokitus. Osa organisaatioista rajasi ilmoitettavien tapahtumatyyppien luokituksia pois omaan toimintaan soveltumattomina. Luokitusten käytöstä tuodaan esiin tässä yhteydessä vain pääkohtia.

Pilottiorganisaatioiden HaiPro-tietokantoihin oli helmikuun 2008 loppuun mennessä raportoitu kaikkiaan noin 8000 vaara- tai haittatapahtumaa, joista käsiteltyjä tai käsittelemään otettuja oli 7000. Organisaatiokohtaisesti kokonaismäärä vaihteli muutamasta ilmoituksesta satoihin, jopa yli tuhanteen. Määrään vaikuttavat luonnollisesti raportoivien yksiköiden lukumäärä ja raportoinnin aloittamisajankohta.

HaiPro-työkalun kokoamien tietojen havainnollistamiseksi seuraavassa esitetään tietosisällöistä jakaumia, jotka on laadittu kaikkien organisaatioiden tietokannoista yhdistetyistä tiedoista. Mukana ovat työkaluun viedyt tiedot toukokuun 2007 alusta helmikuun 2008 loppuun.

5.1.1 Tapahtumatyyppit

Taulukossa 5 on kuvattu, miten projektissa pilottiorganisaatioiden raportoimat noin 8000 tapahtumaa jakautuivat työkalun kolmeentoista tapahtumatyyppiluokkaan. Tapahtumaluokat ovat taulukossa yleisyysjärjestyksessä, pois lukien luokat ”muu” ja ”ei tiedossa”, jotka on esitetty taulukon lopussa. Taulukossa ovat mukana kaikki tehdyt ilmoitukset.

Taulukko 5. Projektissa raportoitujen tapahtumien jakautuminen pääluokkiin (N=8217)

Tapahtumatyyppi	Osuus tapahtumista % (N=8217)
Lääke- ja nestehoittoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyvä	52,1
Tapaturma, onnettomuus	12,5
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä	12,0
Väkivalta	5,5
Muuhun hoitotoimenpiteeseen liittyvä	2,6
Laboratorio- tai kuvantamistutkimukseen liittyvä	2,3
Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä	2,3
Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä	1,1
Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä	1,0
Aseptiikkaan liittyvä	0,6
Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä	0,2
Poikkeama sädehoidon toteutuksessa	0,1
Muu	5,5
Ei tiedossa	2,3

Mitä taulukko kertoo? Noin puolet kaikista raportoiduista tapahtumista oli lääkityspoikkeamia. Jakaumasta ei kuitenkaan voi esimerkiksi yleistää, että lääkitysvirheet muodostavat noin 50 % sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumista. Ensinnäkin, kaikki raportoineet organisaatiot eivät koonneet tietoja kaikista tapahtumatyypeistä lainkaan. Mukana oli vain lääkityspoikkeamia raportoineita, ja esimerkiksi ensihoito- ja sädehoitopoikkeamia raportoitiin vain parissa organisaatiossa. Toiseksi, eri organisaatiossa raportoivat yksiköt olivat vaihtelevilta erikois- ja toimialoilta, jolloin luokituksen käyttökin oli vaihtelevaa. Kolmas päätelmien tekemistä koskeva varoitus nousee luokitusten käytön suhteellisen niukasta koulutuksesta ja ohjeistuksesta projektissa. Koska tavoitteena ei alun perinkään ollut yleiskuva tapahtumista sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä, luokitusopastus ja luokitusperusteiden tarkennus hoidettiin jokaisessa organisaatiossa omin voimin. Alueellisissa koulutuksissa sekä vastuuhenkilöille korostettiin toki sitä, että organisaationsisäiset yhtenäiset luokituslinjaukset on syytä keskustella selviksi.

Projektin tarkoituksena ei ollut koota yleistettävää tietoa tapahtumista eikä yhdistetyn aineiston tulkinta yleistämistä varten ole mahdollista tai järkevää. Jokaisella vaaratapahtumia raportovalla yksiköllä on mahdollisuus verrata omia tilastojaan kansainvälisiin tutkimuksiin. Näihin löytyy viittauksia esim. Pasternackin artikkelista (Pasternack 2006). Projektin aineistosta koottiin kolmen keskussairaalan ja kolmen terveyskeskuksen tapahtumatyyppijakaumat esimerkeiksi, joihin organisaatiokohtaisia jakaumia voidaan haluttaessa verrata (Taulukko 6).

Taulukko 6. Esimerkkejä aineistosta: kolmen keskussairaalan ja kolmen terveyskeskuksen tapahtumatyyppijakaumat prosentteina (%)

Tapahtumatyyppi	Keskussairaalat			Terveyskeskukset		
	ks1	ks2	ks3	tk1	tk2	tk3
	(N=665)	(N=744)	(N=556)	(N=581)	(N=420)	(N=121)
Lääkitys	63,2	32,4	59,5	57,5	70,5	68,6
Tiedonkulku tai tiedonhallinta	11,1	20,7	12,1	4,3	8,6	9,1
Operatiivinen toimenpide	0,9	2,7	0,9	0,0	0,0	0,0
Invasiivinen toimenpide	2,0	1,3	0,7	0,0	0,0	0,0
Muu hoitotoimenpide	2,7	4,3	2,7	0,9	0,2	1,7
Laboratorio- tai kuvantamistutkimus	3,2	6,3	3,4	0,0	0,0	0,0
Laite ja sen käyttö	1,7	4,2	1,6	0,3	1,9	4,1
Aseptiikka/ hygienia	0,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Tapaturma	4,1	13,6	11,2	33,0	7,1	3,3
Väkivalta	1,4	4,6	0,7	1,0	9,3	1,7
Muu	5,9	7,1	4,7	0,7	1,4	10,7
Ei tiedossa	3,2	1,3	2,5	2,2	1,0	0,8

Taulukossa esitetyt lukumäärät (N) sisältävät kaikki käsittelyyn asti edenneet ilmoitukset

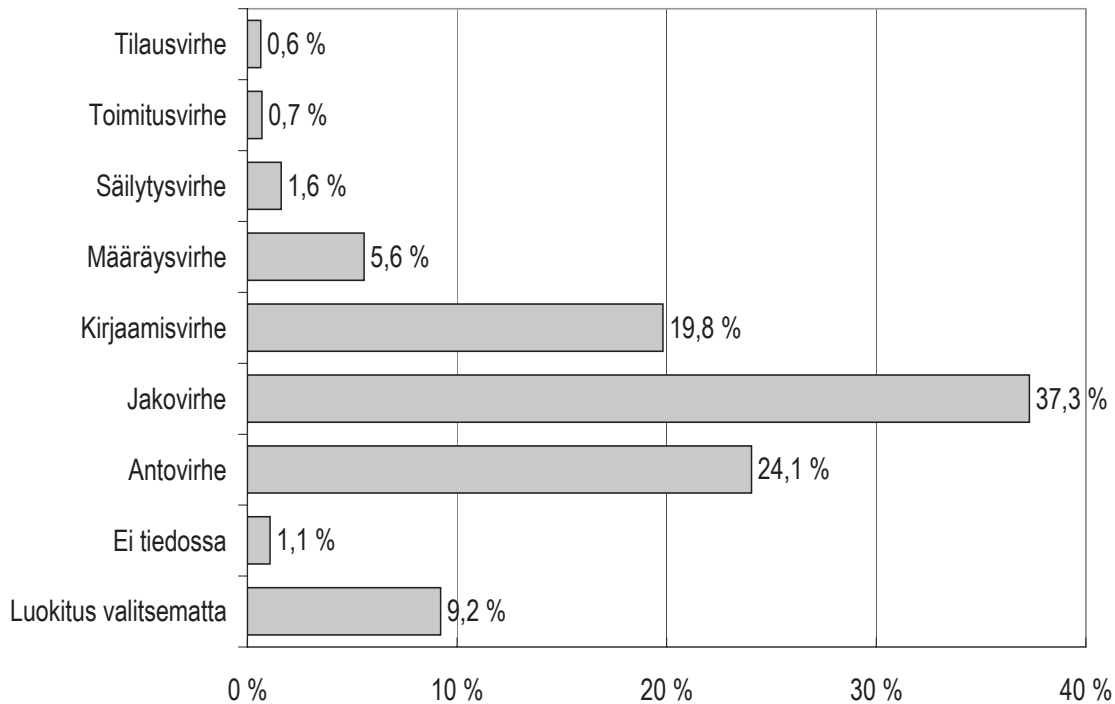
Taulukon jakaumista voi havaita, että eri organisaatioiden jakaumat ovat erilaisia. Sen suurempaa viisautta ilmoittajaorganisaatioiden toiminnan suhteen ei niistä kannata yrittääkään tulkita. Vaaratapahtumien raportoinnin kehittämiseksi voisi olla syytä tarkastella muu-luokkaa, johon on nyt sisällytetty mm. sekä karanneet ja kadonneet potilaat että kaksinkertainen ”muut muut”-luokka.

Tapahtumien päätyyppien alaluokat ja niiden käyttö

Tapahtumatyypeistä koottiin tarkentavaa informaatiota lisäluokituksin. Tiedonkulku ja tiedonhallinta -luokassa, muu hoitotoimenpide -luokassa sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimus-luokassa oli kaksi tarkentavaa alaluokitusta, muissa tapahtumatyypeissä kussakin yksi.

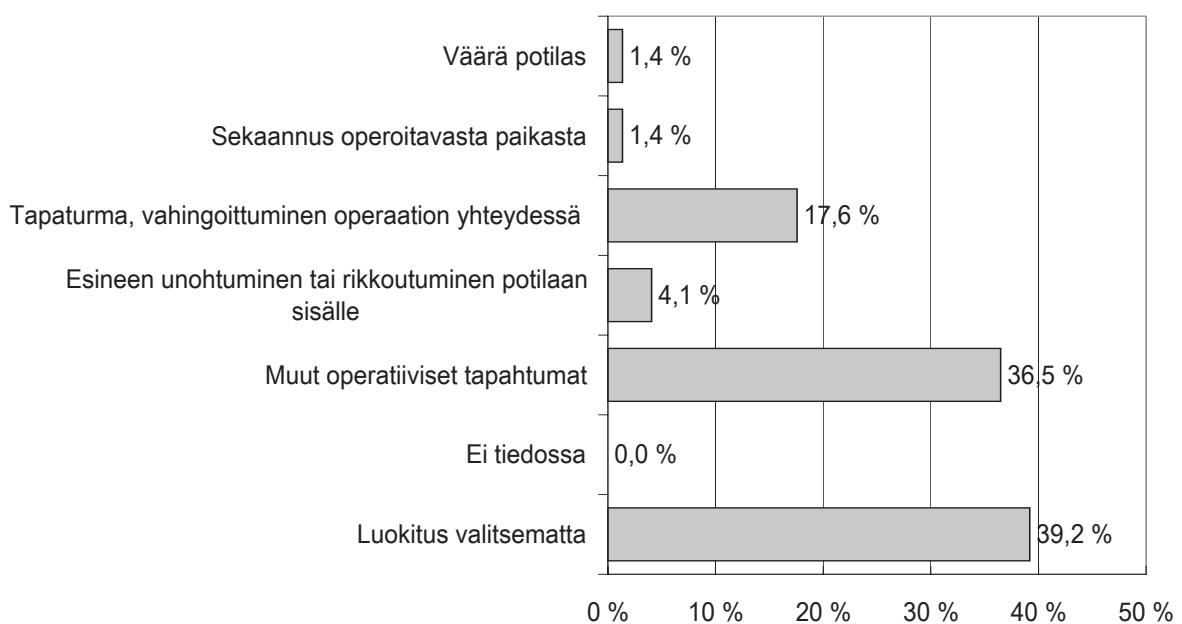
Seuraavassa tarkastellaan tapahtumatyyppien sisäisiä jakaumia: millaisia erilaisia tapahtumia pääluokissa ilmoitettiin. Kuvissa 5 ja 6 on esitetty lääkitystapahtumien jakautuminen lääkitysprosessin eri vaiheisiin ja operatiivisten tapahtumien jakautuminen työkalun luokituksen mukaan.

Kaikkien tapahtumatyyppien alaluokat ja jakaumat on esitetty liitteessä 1 olevissa kuvissa.



Kuva 5. Lääkityspoikkeamien jakautuminen lääkitysprosessin eri vaiheisiin (N=3592)

Tyypillisin ilmoitettu lääkityspoikkeama on jakovirhe. Siis vähentämällä jakovirheitä vähennetään tehokkaimmin lääkitysvirheiden määrää. Kuvaa tulkittaessa on huomioitava, että jakovirheeksi kirjattu tapahtuma saattaa olla ennen lääkkeen antamista huomattu virhe (läheltä piti –tilanne) tai potilaan väärään lääkitykseen (antovirhe) johtanut tilanne. Molempien luokkien, sekä jako- että antovirheen, valinta ei ole mahdollista. Antovirheeksi kirjattua tapahtumaa saattaa puolestaan edeltää jakovirhe. Luokitus kannattaa tehdä niin, että huomio kiinnittyy mahdollisimman aikaiseen vaiheeseen prosessissa poikkeaman toistumisen estämiseksi.



Kuva 6. Operatiiviseen toimintaan liittyvien tapahtumien jakauma (N=74)

Operatiiviseen toimintaan liittyvien tapahtumien jakauma on tässä esimerkkinä siitä, että luokitusta olisi pilotointiaineiston perusteella syytä tarkistaa ja täsmentää. Muut operatiiviset tapahtumat –luokka sisältää yli kolmasosan kaikista ilmoitetuista tapahtumista ja tarkentava luokitus on kokonaan jätetty valitsematta noin 40 % ilmoituksista. Lisäinformaation hankkiminen edellyttää yksittäisten tapahtumien tarkastelua, ennen kuin mitään oppia tai suuntaa riskin vähentämiseksi on saatavissa. Vaikka täsmäluokitusta ei ole löydetty, tapaus on kuitenkin tunnistettu ja ilmoitus on tehty, jolloin se voi antaa oman panoksensa oppimisen ja toiminnan kehittämisen lähtökohtana.

5.1.2 Seuraukset ja tapahtumien vakavuus

Tapahtuman luonne

Ilmoitetuista tapahtumista 47 % oli läheltä piti –tapahtumia, esimerkiksi lääke oli jaettu väärin, mutta virhe oli havaittu ennen lääkkeen antamista potilaalle. 53 % tapahtumista eteni potilaalle saakka, esimerkiksi väärin jaettu lääke annettiin potilaalle. Kaikista potilaalle edenneistä tapahtumista ei kuitenkaan aiheutunut haittaa.

Kolmen keskussairaalan ja kolmen terveyskeskuksen esimerkkiaineistoista voidaan tarkastella ilmoitettuja tapahtumia niiden luonteen mukaan (Taulukko 7) ja seurausten vakavuuden mukaan (Taulukko 9).

Taulukko 7. Ilmoitettujen tapahtumien luonne kuuden organisaation esimerkkiaineistoissa prosentteina

Tapahtuman luonne	Keskussairaalat			Terveyskeskukset		
	ks1	ks2	ks3	tk1	tk2	tk3
	(N=502)	(N=694)	(N=509)	(N=510)	(N=413)	(N=115)
Läheltä piti	45,7	52,7	53,2	34,4	69,3	33,1
Tapahtui potilaalle	54,3	47,3	46,8	65,7	30,7	66,9

Taulukossa esitetyt lukumäärät (N) sisältävät kaikki käsittelyyn asti edenneet ilmoitukset

Ilmoitettujen tapahtumien jakautuminen taulukon 7 kahteen luonne-luokkaan on yhteydessä siihen, miten helposti tapahtuma on tunnistettavissa, ja siihen, miten haitallisten seurausten riski on nähtävissä jo ennakolta. Erilaiset tapahtumat ovat eri tavoin tunnistettavissa. Terveyskeskuksissa potilaiden kaatumisia on raportoitu enemmän kuin keskussairaaloissa – kaatumisen ennakoiva havaitseminen on hankalaa – prosenttiluku tapahtui potilaalle -luokassa on suurempi. Tämä päättelyketju sopii taulukon 7 kahden terveyskeskuksen numeroiden selitykseksi. Entä kolmas? Kiinnostava erilaisuus voi selittyä monesta seikasta, joita voimme tarkemmista selvityksittä vain arvailla.

Ilmoitettujen tapahtumien luonteen on todettu muuttuvan ajan mukana. Kun ilmoittamiseen ryhdytään, tapahtumat painottuvat haittatapahtumiin, myöhemmin riski opitaan ennakoimaan paremmin ja ilmoitetaan jo vaaraan joutumisesta.

Seuraukset potilaalle

Tapahtumat jaettiin läheltä piti –tapahtumiin ja tapahtui potilaalle –tapahtumiin. Edellisissä haitallisilta seurauksilta vältyttiin kokonaan joko tilanteessa tehtyjen toimenpiteiden tai sattuman ansiosta. Jälkimmäiset saattoivat myös johtaa potilaaseen tai hoitavaan yksikköön kohdistuviin haitallisiin seurauksiin.

Taulukko 8. Raportoitujen tapahtumien seuraukset potilaalle

Seuraus potilaalle (N=6842)	Osuus %
Ei haittaa	57,1
Lievä haitta	27,9
Kohtalainen haitta	6,7
Vakava haitta	0,9
Luokitus valitsematta	7,5

Yli puolet ilmoitetuista tapahtumista on ollut sellaisia, joista potilaalle ei ole ollut haittaa. Vakavaan haittaan johtaneiden raportoitujen tapahtumien osuus on vain yhden prosentin luokkaa. Luokittamattomien tapahtumien noin kahdeksan prosentin osuus tuo hieman epävarmuutta tulokintaan.

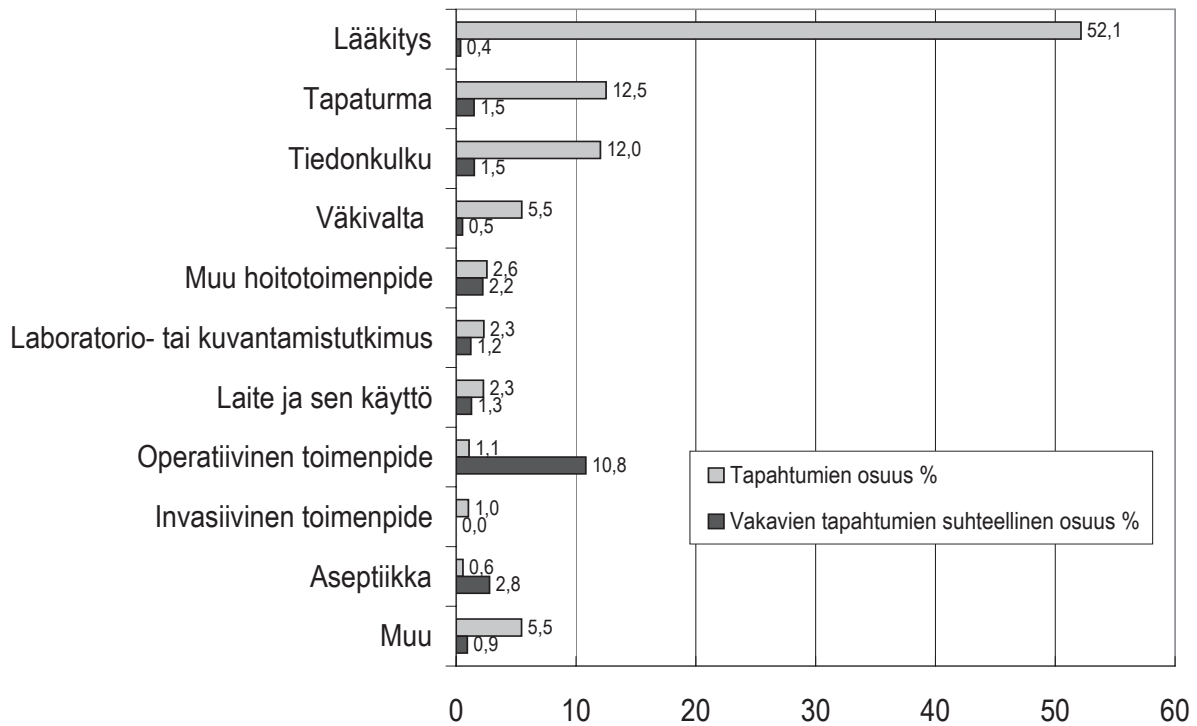
Taulukko 9. Ilmoitettujen tapahtumien seuraukset potilaalle kuuden organisaation esimerkkiaineistossa prosentteina

Seuraus potilaalle	Keskussairaalat			Terveyskeskukset		
	ks1	ks2	ks3	tk1	tk2	tk3
	(N=502)	(N=694)	(N=509)	(N=510)	(N=413)	(N=115)
Ei haittaa	55,2	51,2	61,1	63,5	75,1	77,4
Lievä haitta	25,5	30,3	28,9	29,2	16,7	15,7
Kohtalainen haitta	6,0	12,2	5,5	4,7	1,9	3,5
Vakava haitta	1,0	1,6	1,0	1,0	0,5	0,9
Luokitus valitsematta	12,4	4,8	3,5	1,6	5,8	2,6

Taulukossa esitetyt lukumäärät (N) sisältävät kaikki käsitteeseen asti edenneet ilmoitukset

Keskussairaaloissa ilmoitetut tapahtumat on luokitettu keskimäärin vähän vakavammiksi kuin terveyskeskusten tapahtumat.

Seurauksia koskevien taulukoiden esittämät tulokset ovat mielenkiintoisia ja herättävät lisää kiinnostavia kysymyksiä. Projektin tehtäviin ei kuulunut kertyneiden tapahtumien analysointi, mutta eräs huomio halutaan vielä esittää. Seuraavassa kuvassa 7 on käsitellyistä ilmoituksista (N=6842) laskettu vakavien tapahtumien osuus tapahtumatyypeittäin.



Kuva 7. Ilmoitettujen tapahtumatyypien osuus kaikista ilmoitetuista ja vakavien seurausten suhteellinen osuus tapahtumatyypeittäin (N=6842)

Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvissä tapahtumissa vakavia seurauksia on raportoitu suhteellisesti enemmän kuin muissa tapahtumatyypeissä, mikä lienee toiminnan luonteen huomioiden ymmärrettävää. Lääkityspoikkeamien ilmoittaminen on ylivoimaisesti yleisintä, mutta vakaviin seurauksiin on päädytty vain harvoin. Taulukko antaa pohdinnan aihetta siihen, mihin suuntaan raportointia tulisi kehittää ja millä tavalla se on kehitettävissä. Mikä auttaa varhaiseen tunnistamiseen? Mikä motivoi ylläpitämään raportointia? Millä saadaan eniten potilasturvallisuutta parannetuksi? Mikä yleensä on vakavien tapahtumien ja läheltä piti –tapahtumien käsittelyn merkitys kokonaisriskin vähentämisessä?

Seuraukset hoitavalle yksikölle

Taulukko 10. Vaaratapahtumien seuraukset hoitavalle yksikölle.

Seuraus hoitavalle yksikölle (N=6842)	Osuus %
Ei haittaa	31,4
Imagohaitta	19,1
Materiaalivahinko	0,8
Lisäkustannuksia	2,3
Lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia	34,6
Pidentynyt hoito	1,2
Henkilöstölle aiheutunut vahinko	1,7
Muille henkilöille aiheutunut vahinko	0,1
Ei tiedossa	1,4
Luokitus valitsematta	7,4

Lähes kaikissa käsitellyissä tapahtumissa oli merkitty jonkinlainen haitallinen seuraus hoitavalle yksikölle. Tyypillinen seuraus oli lisätyö. Yhteen tapahtumaan oli mahdollista valita useampia seurauksia.

Taulukko 11. Seuraukset hoitavalle yksikölle kuuden esimerkkitapauksen aineistoissa prosentteina

Seuraus hoitavalle yksikölle	Keskussairaalat			Terveyskeskukset		
	ks1	ks2	ks3	tk1	tk2	tk3
	(N=502)	(N=694)	(N=509)	(N=510)	(N=413)	(N=115)
Ei haittaa	35,3	28,5	33,6	45,7	57,4	40,9
Imagohaitta	11,0	25,8	13,4	3,3	5,8	18,3
Materiaalivahinko	0,4	1,2	0,2	0,6	0,5	0,9
Lisäkustannuksia	1,6	2,4	2,6	23,7	4,1	4,3
Lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia	34,7	33,1	44,4	24,3	20,1	28,7
Pidentynyt hoito	3,6	1,3	1,4	0,6	0,0	0,0
Henkilöstölle aiheutunut vahinko	0,6	0,7	0,6	0,8	4,4	5,2
Muille henkilöille aiheutunut vahinko	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Ei tiedossa	1,6	2,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Luokitus valitsematta	11,4	4,5	3,5	1,0	7,7	1,7

Keskussairaaloissa on merkitty enemmän seurauksia kuin terveyskeskuksissa. Jää tarkemmin selvitettäväksi, johtuvatko erilaiset merkinnät seurausten tunnistamisen eroista, seurausten määrän

eroista vai jostakin muusta. Joka tapauksessa koottu tieto on hyödyllinen organisaatiossa käytävissä keskusteluissa potilasturvallisuuden kehittämiseksi.

5.1.3 Tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät

Käsittelijä tunnisti tapahtuman syntyyn liittyvät tekijät ilmoittajan laatiman tapauskuvauksen perusteella ja luokitteli ne annettuihin luokkiin. Työkalu perustuu järjestelmälähtöiseen käsitykseen haittatapahtuman synnystä. Tilannekohtaiset työn tekemisen edellytykset ja olosuhteet ovat osa niitä varmistuksia, ns. suojauksia, joita organisaatio rakentaa ja ylläpitää tehokasta, laadukasta ja turvallista toimintaansa varten. Jos näissä tekijöissä on puutteita tai ongelmia – tilapäisiä tai pysyviä – ne kertovat siitä, että organisaation toiminnasta (tehokkuudesta, laadusta ja turvallisuudesta) huolehtivat prosessit eivät toimi kunnolla. Näiden usein piilevien ongelmien käsittelyä varten kootaan tietoa tapahtumien syntyyn myötävaikuttavista tekijöistä.

Edellä on kuvattu, millaisia tapahtumia esiintyy ja missä toiminnoissa ne tapahtuvat. Tässä luvussa siirrytään ”mitä tapahtuu”-kysymyksestä tarkastelemaan ”miten”- ja ”miksi”-kysymyksiä. HaiPro-työkalun kokoamien tietojen kuvaus päättyy luvun lopussa ”mitä tehdään potilasturvallisuuden parantamiseksi” -kysymykseen.

Taulukko 12. Tapahtuman syntyyn myötävaikuttavien tekijöiden* raportointi

Tapahtumaolosuhteet ja myötävaikuttavat tekijät (N=6842)	Osuus %
Kommunikointi ja tiedonkulku	19,4
Koulutus ja perehdytys, osaaminen	5,8
Laitteet ja tarvikkeet	2,5
Lääkkeet	1,3
Potilas ja läheiset	13,3
Toimintatavat	9,4
Tiimin/ryhmän toiminta	1,1
Työympäristö, -välineet ja resurssit	10,6
Organisaatio ja johto	0,2
Ei tiedossa	25,0
Luokitus valitsematta	11,4

*Valikosta oli mahdollista valita niin monta vaihtoehtoa kuin oli tarpeen

Noin joka kymmenennessä tapahtumassa ei myötävaikuttavia tekijöitä ole merkitty. Kyse on ehkä siitä, että tapahtumakuvausten perusteella ei ollut mahdollista tai tarpeellista tämän luokan käyttöön. Joka neljännessä ilmoituksessa on tehty aktiivinen valinta ”ei tiedossa”. Kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvät puutteet ja ongelmat on valittu useimmin, jos jotain on valittu. Kaikkia luokkia on käytetty.

Taulukko 13. Tapahtuman syntyyn myötävaikuttavien tekijöiden raportointi kuuden organisaation esimerkkiaineistossa

Tapahtumaolosuhteet ja myötävaikuttavat tekijät	Keskussairaalat			Terveyskeskukset		
	ks1	ks2	ks3	tk1	tk2	tk3
	(N=502)	(N=694)	(N=509)	(N=510)	(N=413)	(N=115)
Kommunikointi ja tiedonkulku	12,0	28,1	15,1	7,5	2,9	15,7
Koulutus ja perehdytys, osaaminen	3,0	7,9	5,3	9,0	1,0	5,2
Laitteet ja tarvikkeet	0,8	4,5	2,0	2,0	2,9	2,6
Lääkkeet	3,0	1,2	2,0	0,4	0,5	0,0
Potilas ja läheiset	6,2	15,0	6,7	25,5	10,9	12,2
Toimintatavat	5,8	11,4	7,3	20,4	4,4	10,4
Tiimin/ryhmän toiminta	0,6	0,6	1,6	0,8	0,7	2,6
Työympäristö, -välineet ja resurssit	7,4	8,6	6,9	20,2	17,2	12,2
Organisaatio ja johto	0,0	1,0	0,0	0,2	0,0	0,9
Ei tiedossa	44,2	14,6	44,0	12,2	46,0	24,3
Luokitus valitsematta	17,1	7,2	9,2	2,0	13,6	13,9

Organisaatioiden jakaumat ovat hyvinkin erilaisia. Tähän raporttiin ei ole mahdollista etsiä vastausta kysymykseen, mistä erot johtuvat. Mahdollistahan on, että organisaatioiden tilanteet ovat erilaisia, että raporttijien valmiudet tunnistaa tekijöitä ja kirjata niitä tapahtumakuvaukseen eroavat eri paikoissa tai että luokituksen teko oli liian hankalaa ja oli helpompaa esimerkiksi jättää kohta kokonaan täyttämättä. Alkuperäiset luokitusvaihtoehdot sisälsivät ainoastaan ”ei tiedossa”-luokan käytettäväksi silloin, kun ilmoittaja ei ollut kirjannut mitään muihin luokitettavaa tai ilmoittanut, että tilanne ja olosuhteet olivat kaikin puolin normaalit. Projektissa käsitteilyä tehdyssä kyselyssä jotkut aiheellisesti huomauttivatkin siitä, että puutteellisen tiedon tulkinta on nykyluokituksen perusteella vaikeaa (Ruuhilehto ja Knuutila 2008).

Miksi myötävaikuttavat tekijät yleensä olivat mukana ilmoituksen käsittelyssä? Niiden avulla pyrittiin suuntaamaan tapahtuman synnyn ja vastaavien tapahtumien ennalta ehkäisykeinojen pohjimista laajemmin organisaatioon ja prosesseihin, ettei huomio kiinnity pelkästään yksittäiseen ja viimeiseen toimijaan. Yleensäkin on vaikeaa tunnistaa, miten kauas – ajallisesti ja paikallisesti – ilmoitetun tapahtuman syntyä selvitetään. Aloituskoulutus oli täysin riittämätön tapausten analysointiohjaukseksi. Myös tapahtumatyyppien ja myötävaikuttavien tekijöiden samannimiset luokat hämärsivät järjestelmääjattelun omaksumista (vert. Taulukoita 6 ja 13). Joka tapauksessa luokittelun mukana oleminen auttoi poikkeamien taustojen tarkastelussa ja jotkut käsitteilyt heräsivät haluamaan lisää tietoa potilasturvallisuudesta ja siihen vaikuttavista toimista (tästä lisää luvussa 5.3).

5.1.4 Toimenpide-ehdotukset ja toimenpiteiden toteuttaminen

HaiPro-työkalu kokoaa tiedot myös ehdotuksista toimenpiteiksi, joilla ilmoitetun tapahtuman toistuminen estetään (ks. Taulukko 14 ja Taulukko 15). Lisäksi työkalua voidaan käyttää dokumen-

toimaan, mihin ehdotuksen suhteen päädyttiin: toteutettiin se ehdotettuna ja suunnitellussa aikataulussa, tehtiinkö jotain aivan muuta vai eikö tehty mitään. Jälkimmäisestä dokumentoinnista työkalu ei tuota tilastotietoa. Tietokantaan kertyvän tapahtumailmoitusluettelon värikoodeista voidaan tapahtumittain helposti seurata, millä tavoin ja milloin tapahtuma on loppuun käsitelty.

Taulukko 14. Tapahtumien toistumisen estämiseksi tehdyt toimenpide-ehdotukset

Ehdotus toimenpiteiksi (N=6842)	Osuus %
Ei toimenpiteitä	17,4
Informoidaan tapahtuneesta	54,9
Siirretään päätettäväksi ylemmälle tasolle	2,8
Suunnitellaan kehittämistoimenpide	9,7
Luokitus valitsematta	15,2

Tapahtumista informoiminen on kaikkein tavallisin toimenpide-ehdotus. Käsittelijäkyselyn mukaan se tarkoittaa yksittäisen tapahtuman läpikäyntiä osastotunnilla, meetingissä tai muussa kokouksessa (Ruuhilehto ja Knuutila 2008). Noin joka kymmenes on johtanut kehittämistoimen suunnitteluun. Vaihtoehtojen määrällinen tarkastelu ei ole kovin informatiivista esimerkiksi sen suhteen, millaisia vaikutuksia raportoinnilla ja tehdyillä toimilla on ollut potilasturvallisuuteen. Vähän enemmän tietoa tähän suuntaan antaa Taulukko 15.

Taulukko 15. Ehdotettujen kehittämistoimien kohteet

Suunniteltu toimenpide (N=666)	Osuus %
Toimintatapaa ja menettelyitä	30,9
Tietoteknisiä ja teknisiä järjestelmiä, laitteita ja tarvikkeita	4,1
Tiedonvälitystä ja yhteydenpitoa	5,0
Koulutusta	4,5
Johtamista	0,2
Muu kehittämistoimenpide	4,1
Luokitus valitsematta	51,4

Yleisimmin tämä kohta on jätetty tyhjäksi. Onko kuvaus ollut vaikea laatia, onko vielä jääty miettimään, mitä ja miten pitäisi toimia vai onko jokin muu seikka vaikuttanut tyhjäksi jättämiseen, sitäpä emme täsmälleen tiedä. Sellainen päätelmä kuitenkin voitaisiin jo tehdä, että työkalun laatu-ajatteluun perustuva dokumentointi- ja seuranta-kohta vaatii vielä lisäkehittelyä.

Organisaatiokohtaisia esimerkkejä (Taulukko 16 ja Taulukko 17) tutkittaessa kuva ei olekaan yhtä selvä. Lukujen tulkinta on yhtälailla arvailua kuin aiempienkin taulukoiden kohdalla. Kun esimerkkiorganisaatioilla itsellään on tiedossa, millaisia tapahtumia on ilmoitettu, miten nyt toimitaan

ja mitä jo on kehitetty, jakaumat ovat huomattavasti informatiivisempia ja hyödyllisiä esimerkiksi tavoitteiden asettamisessa.

Taulukko 16. Tapahtumien toistumisen estämiseksi tehdyt toimenpide-ehdotukset kuuden organisaation esimerkkiaineistoissa prosentteina

Ehdotus toimenpiteiksi	Keskussairaalat			Terveyskeskukset		
	ks1	ks2	ks3	tk1	tk2	tk3
	(N=502)	(N=694)	(N=509)	(N=510)	(N=413)	(N=115)
Ei toimenpiteitä	17,7	14,4	35,4	20,4	2,2	12,2
Informoidaan tapahtuneesta	33,3	63,7	36,1	44,9	75,1	72,2
Siirretään päätettäväksi ylemmälle tasolle	5,2	3,6	3,5	3,3	1,2	0,9
Suunnitellaan kehittämistoimenpide	3,0	14,8	9,0	8,0	3,9	14,8
Luokitus valitsematta	40,8	3,5	15,9	23,3	17,7	0,0

Taulukko 17. Ehdotettujen kehittämistoimien kohteet kuuden organisaation esimerkkiaineistoissa

Suunniteltu toimenpide	Keskussairaalat			Terveyskeskukset		
	ks1	ks2	ks3	tk1	tk2	tk3
	(N=15)	(N=103)	(N=46)	(N=41)	(N=16)	(N=17)
Toimintatapaa ja menettelyitä	46,7	36,9	34,8	53,7	37,5	47,1
Tietoteknisiä ja teknisiä järjestelmiä, laitteita ja tarvikkeita	6,7	8,7	2,2	7,3	6,3	5,9
Tiedonvälitystä ja yhteydenpitoa	6,7	4,9	6,5	4,9	0,0	0,0
Koulutusta	0,0	3,9	8,7	17,1	12,5	0,0
Johtamista	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0
Muu kehittämistoimenpide	0,0	3,9	10,9	2,4	0,0	0,0
Luokitus valitsematta	40,0	41,7	34,8	14,6	43,8	47,1

Tässäkin luokituksen valitsematta jättäminen on hyvin yleistä – yksi poikkeus (tk1) vahvistaa säännön. Toimintatapojen ja menettelyiden kehittäminen on kehittämiskohteena yleisin. Se on myös vaativa ja haastava kohde. Ei riitä, että sovitaan uusi toimintatapa ja että kaikkia siitä informoidaan. On myös huolehdittava siitä, että uusi tapa vakiintuu – vakiinnutetaan – kaikkien työntekoon. Toimintaa on lisäksi seurattava ja sen vaikutusta potilasturvallisuuteen on jotenkin mitattava.

Kaikki ehdotuksia ja toimenpiteiden sisältöjä koskevat taulukot kertovat siitä, miten luokituksia on käytetty yhdistetyssä aineistossa ja kuudessa esimerkeiksi poimituissa organisaatioissa. Niistä ei tähän raporttiin ole mahdollista tehdä päätelmiä raportoinnin vaikutuksista potilasturvallisuustyöhön pilottiorganisaatioissa.

5.2 Raportoinnin vaikutukset toimintaan

Tässä luvussa esitettävät tulokset on koottu HaiPro-käsittelijöille suunnatusta kyselystä, joka toteutettiin tammikuun 2008 lopussa. Lähes 300 käsittelijää noin 30 organisaatiosta kertoi omista havainnoistaan, kokemuksistaan ja toimintatavoistaan HaiPro-raportoinnissa. Vastauksista on laadittu erillinen raportti, joka on luettavissa projektin nettisivulla (Ruuhilehto ja Knuuttila 2008).

Vaaratapahtumailmoituksista saatuja hyötyjä ja oppeja kysyttiin kahdella kysymyksellä:

- Mitä hyötyä ja oppia olette osastollasi/yksikössäsi saaneet vaaratapahtumailmoituksista? Kerro esimerkkejä.
- Onko tiedossasi jotain sellaista hyötyä tai oppia, mitä koko organisaation laajuisesti on saatu vaaratapahtumien raportoinnista? Kerro esimerkkejä.

Vapaamuotoiset vastaukset (N=213) jakaantuivat samantyyppisiin havaintoihin. Vastaukset voidaan tyyppittää karkeasti viiteen ryhmään:

1. Ei ole vielä kertynyt oppeja, kun ilmoittaminen on vasta alkamassa tai juuri aloitettu. Hyötyjä kuitenkin odotetaan myöhemmin saatavan.
2. On havaittu riskitietoisuuden lisääntyneen ja parantuneen vaaratapahtumien havaitsemisen merkitys lähtökohtana toiminnan kehittämiseksi
3. On havaittu ilmoitusten merkitys keskustelun avaamisessa ja avoimen, oppivan ilmapiirin kehittämisessä.
4. Yksittäiset esimerkit tapahtumista ja ongelma-alueista, joihin ilmoitusten perusteella on suunniteltu tai tehty parannustoimenpiteitä ja muutoksia.
5. Toteamukset, että hyötyjä ei vielä ole nähtävissä.

Vastaustyyppien tarkkoja määriä ei ole mahdollista eikä tarpeellistakaan laskea. Kysymyksen avulla ei ollut tarkoitus ”todistaa” hyötyjä ja oppeja, vaan koota esimerkkejä siitä, mitä eri organisaatioissa ja yksiköissä on havaittu.

Esimerkkejä riskitietoisuutta sekä raportoivaa ja keskustelevaa kulttuuria korostavista vastauksista:

”Asioista uskalletaan puhua avoimesti syyllistämättä. Puhutaan niistä asioista, joita ”painettiin villaisella” ennen ja toivottiin ettei kukaan valita.”

”Olemme keskustelleet erityisesti tapahtumaan myötävaikuttavien tekijöiden osuudesta joita voi olla esim. kiire, huolimattomuus, tiedon puute, osaamisvaive jne. Pyrimme keskustelussa kartoittamaan riskejä mahdollisimman laajasti ja havainnoimaan tilannetta laajemmasta näkökulmasta kuin yhden toimijan näkökulmasta, ja miettimään miten riskejä voitaisiin välttää.”

”Olemme havainneet lääkehoidon osalta, että ns. kaksoistarkastus on välttämätön lääkepoikkeamien vähentäjänä. Myös taloudellinen ajattelu on ”kirkastunut”. esim. jos unohdetaan viedä tutkimukseen, niin se maksaa, koska aika jää käyttämättä ym.”

Yli puolet vastanneista kertoi esimerkkejä tehdyistä muutoksista ja toimenpiteistä. Suurin osa esimerkeistä liittyy keinoihin ja muutoksiin lääkityspoiikkeamien ennalta ehkäisemisessä: lääkkeiden kirjaamiseen, jakokäytäntöihin, jakajaresursseihin ja jakamisen olosuhteisiin.

”Lääkkeiden kanssa huomattu epäkohtia ja näihin käytäntöihin puututaan nyt kaiken aikaa etsien sopivia käytäntöjä.”

Lisäksi oli tehty kehittämistoimia ja muutoksia liittyen:

- *hoitotoimenpiteen / tehtävän suorittamiseen ja työohjeisiin:*
esimerkkeinä injektion antaminen, haavanhoito, ortopedisen tuen asennus, välineiden tarkistuskäytännöt, vuodehuolto, potilassiirtotilanteet, ohjeiden ja sopimusten puutteita korjattu, uusittu näytteidenkuljetustapa
- *laitteisiin ja tarvikkeisiin:*
tehty tarvikemuutoksia todettujen ongelmien ja huonon toimivuuden vuoksi, tunnistettu tietokoneohjelman virhetoiminto, hankittu parempia laitteita, tietojärjestelmään lisätty uusi toiminto (varoittaa päällekkäislääkityksestä)
- *viestintään:*
viestintää on lisätty, informaation kulku on parantunut.
- *koulutukseen ja perehdyttämiseen:*
sijaisten perehdyttämistä parannettu; raportin antamiseen aina seurattava protokolla, joka varmistaa tiettyjen tärkeiden (yhteisesti tärkeiksi todettujen) asioiden läpikäynnin; väriin luulojen ja olettamusten karsimiseksi kysymiseen kannustava vuorovaikutustapa
- *dokumentointiin:*
tarkennettu kirjallisen dokumentoinnin muotoa, jotta merkitys yksiselitteinen (esim. ei 6 kk kuluttua, vaan 06/08); selkiytetty kirjaamiskäytäntöä asiakkaan palveluihin tulosityn osalta; hoitosuunnitelman kirjaaminen parantunut
- *resursseihin:*
saatu lisää työvoimaa
- *yhteistyöhön:*
muiden osastojen käytäntöihin saatu muutoksia, käytäntöjen selkiyttäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatioiden välillä
- *työturvallisuuteen:*
esimerkkinä ”On havaittu, kuinka merkittävä ongelma on sekavien ja aggressiivisten potilaitten henkilökuntaa kohtaan harjoittama fyysinen väkivalta, sen ehkäisy ja hallinta etenee.”
- *työympäristöön:*
korjauksia tiloihin ja muutoksia tilojen käyttöön.

Kolme vastaajista tiivistä hyödyt seuraavasti:

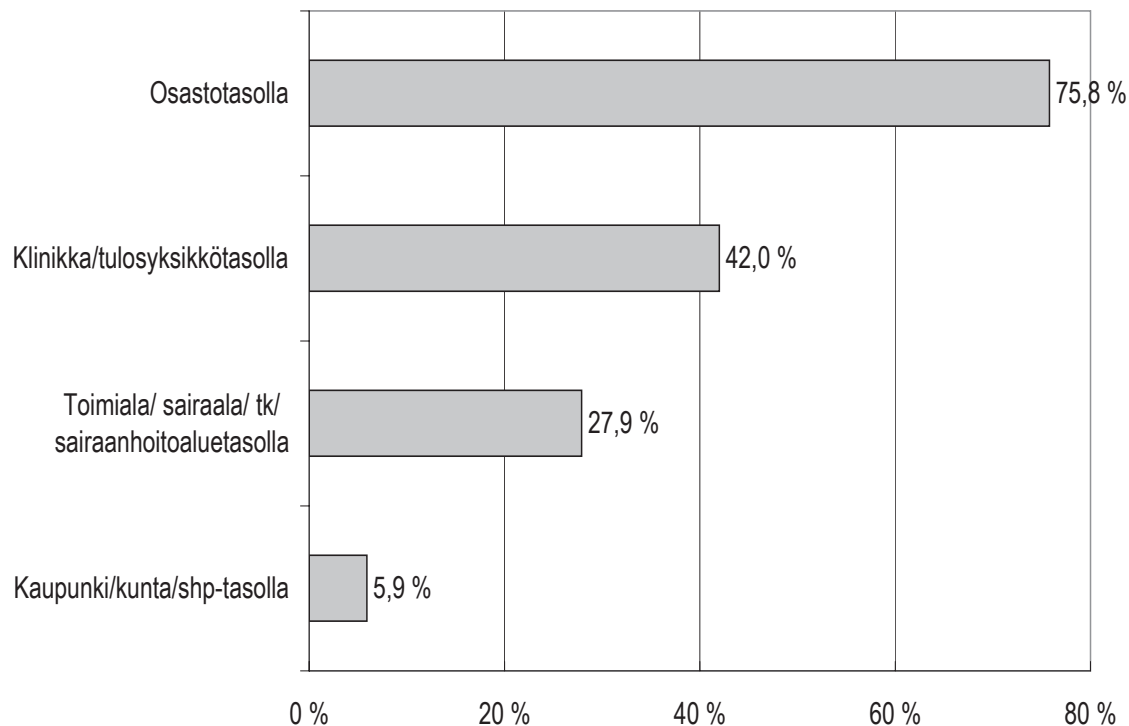
”On löytynyt toimimattomia tuotteita, puutteita tiedonkulussa ja tiedottamistavoissa (raportointi), puutteita työnjaossa (teho/röntgenosasto), koulutustarpeita (lääkärin-määräykset tietojärjestelmässä ja niiden käsittely) jne.”

”Joitakin käytäntöjä on muutettu, iät ajat tiedossa olleet asiat ovat saaneet vahvistusta ja niistä on saatu lähetettyä tietoa ylemmälle tasolle.”

”Vastaaan (_) vuodeosastojen näkökulmasta. Osastofarmaseutti palkattu vuodeksi. Osastojen ovet saadaan lukkoon. Ollaan järjestämässä väkivaltakoulutusta. Lääke-jakokäytännöt muuttuneet. Lääkehuone suunnitellaan uusiksi. Työskentelyrauhasta muistuttaminen. Yleensä keskustelu ja huolellisuuden korostaminen. Pehdytyksen päivitys. Puhelinliikenteen ohjaus lääkärikierrolla kansliaan.”

Organisaatiossa tapahtuvaa tiedon laajempaa hyödyntämistä kartoitettiin kysymyksellä:

Onko organisaatiossasi järjestetty HaiPro-raportoinnin tuottaman tiedon koonti ja käyttö yleisempää ja laajempaa hyödyntämistä varten? Vastaukset tähän kysymykseen jakautuivat kuvan 8 mukaisesti.



Kuva 8. Tiedon hyödyntäminen eri organisaatiotasolla, vastausten jakauma (N=219)

Osastotasoinen hyödyntäminen tunnettiin luonnollisesti parhaiten – ja onhan se omista käsistäkin. Myös kaikilta muilta kysymyksessä esitetyiltä tasoilta vastaajilla on käsitys siitä, että tietoja käytetään tai että suunnitelmat niiden käsittelyyn ovat olemassa.

Noin puolet oli vastannut avoimeen kysymykseen: ”onko tiedossasi jotain sellaista hyötyä tai oppia, mitä koko organisaation laajuisesti on saatu vaaratapahtumien raportoinnista”. Vastanneista taas noin puolet ei tiennyt - vielä, kuten moni vastaaja totesi - kertoa mitään konkreettista esimerkiksi laajemmasta tietojen hyödyntämisestä..

Kuvatut hyödyt olivat kahdenlaisia. Ensinnäkin, pidettiin hyvänä sitä, että ilmoitusten tekeminen ja tapahtumien käsittely on tuonut poikkeamat ja kehittämistarpeet yleisesti esille. Avoimuus ja riskitietoisuus ovat lisääntyneet, samoin tiedonkulku ja yhteistyö organisaatiossa sekä pystysuoraan että vaakasuoraan.

”Kaikissa yksiköissä on sama ilmoitusmenettely.”

”Sairaalan johtoryhmän kokouksissa käsitellään vaaratapahtumat yksiköittäin ja yhdessä mietitään ratkaisukeinoja. Mielestäni tämä on hyvä systeemi.”

”Hyvin menee asiat ylemmälle taholle tiedoksi!”

”Järjestelmän etu on neutraali asioiden selvittäminen ilman syyttelyä ja affekteja.”

”Kannattaa käsitellä heti, kun on mahdollista. Nimettömyys ehdottoman tärkeää.”

”Nähdään jatkossa, mihin tulee keskittyä.”

”Saatu tietoa kuinka paljon röntgenvastauksia on jäänyt vastaamatta.”

”Se on yksi kanava tuoda esille sellaisia asioita jotka muutoin putoaisivat prosessien ja eri osastojen väliin – jolloin niistä ei kukaan vastaa.”

”Tietoisuus vaaratapahtumista ja niiden luonteesta on lisääntynyt. On huomattu, että tapahtumat eivät ole yksittäisiä, vaan niitä sattuu koko ajan ja niihin voi vaikuttaa.”

Toinen havaittu hyötytyyppi olivat kehittämistoimenpiteet, jotka ovat kohdistuneet

- lääkitysprosessiin, lääkehoitoon. Suurin osa esimerkeistä on tältä alueelta ja ne ovat jollakin osastolla hyviksi käytännöiksi todettuja, laajemmalti levitettyjä käytäntöjä.
- kirjaamiskäytäntöihin
- hoitotoimien ohjeistukseen (ohjeistuksen täsmennyksiä)
- yksiköiden väliseen yhteistyöhön ja tiedonkulkuun (toimintakäytäntöjen yhtenäistämisen, työnjaon selkiyttäminen)
- fyysiseen työympäristöön.

Osastotasolla toteutetut parannukset olivat siis jonkin verran laajenneet muualle organisaatioon.

5.3 Pilottoijien kokemuksia HaiPro-raportoinnista

Käsittelijöille tehdyssä kyselyssä pyydettiin vastaajia arvioimaan HaiPro-työkalua ja -raportointimenettelyä. Arviointikysymyksissä tiedusteltiin käsittelijöiden näkemyksiä siitä, mikä on ollut vaikeaa ja haasteellista, mikä helppoa ja sujuvaa sekä mistä olisi tarpeen saada vielä lisätietoa tai mitä pitäisi edelleen kehittää (ks. tarkemmin Ruuhilehto ja Knuutila 2008).

5.3.1 Vaikeaa ja haasteellista

Neljäsosa vastaajista (N=207) nimesi vaikeimmaksi yleisesti oikean luokitusvaihtoehdon löytämisen. Vaihtoehdot eivät tuntuneet soveltuvan omaan toimintaympäristöön, kun omaa täsmällistä sisältöä ei löydetty. Myös tiettyjä luokkia, mm. tapahtumatyyppi, potilaalle ja hoitavalle yksikölle ai-

heutuva haitta ja tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät, nimettiin hankaliksi. Syitä hankaluuteen olivat myös ilmoitusten puutteelliset lähtötiedot.

Joillakin oli ollut järjestelmän käytössä teknisiä ongelmia, mm. ohjelmaan pääsyssä, listan ja ilmoitusten välillä liikuttaessa sekä intran linkin toiminnassa ja päivittämisessä. Yleensä teknisiä ongelmia oli kohdattu lähinnä toiminnan alkuvaiheessa. Erityisen ikävää oli ollut, että ohjelma ei ollut toiminut juuri silloin, kun itse oli saanut järjestetyksi aikaa tapahtumien käsittelyyn.

Selkeä haaste monelle käsittelijälle oli ollut sekä henkilöstön motivointi ilmoitusten tekemiseen ylipäätään että tarvittaessa lisätietojen saaminen ilmoittajilta. Lisätietojen pyytäminen koettiin työlääksi. Kaksi käsittelijää piti anonymiteettiä liian työllistävänä juuri lisätietopyyntöjen vuoksi. Alkuvaiheen ongelmina oli koettu myös se, että ilmoittamista oli pilotoitu vain osassa organisaatiota.

Vähän kertovat tapahtumakuvaukset ja toimenpiteiden kehittämiskohta käsittelijän lomakkeen lopussa oli koettu hankaliksi. Saman voi todeta myös edellisessä luvussa 5.2. esitetyistä tuloksista: useista ilmoituksista oli toimenpidekohta kokonaan luokittamatta. Seuraavat vastausesimerkit kuvaavat vaikeuksia:

”Miten suhtautua kymmenenteen ilmoitukseen siitä, että mummo on pudonnut tuolilta.”

”Kun ei tiedä mitä voisi konkreettisesti tehdä asialle. On liian vähän tietoa yksittäisestä tapauksesta. Ehkä tämä paranee ajan myötä. Ilmoitusten laatu paranee ehkä jatkossa.”

”[Vaikeaa] löytää tapahtumiin onnistuneita ratkaisuja.”

”[Vaikeaa] saada selkeä kuva tapahtumien kulusta ja myös miettiä mitä toimenpiteitä siitä tulisi seurata jotta ei toistuisi. Toimenpiteitä tosin mietitään yhdessä kun raportteja käsitellään mutta merkinnät on tehtävä jo käsittelyvaiheessa kun niistä ei vielä ole yhteisesti sovittu.”

”Toisinaan luokittelu, jos ilmoituksessa ei ole kerrottu myötävaikuttavista tekijöistä riittävästi. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelu ei koskaan ole helppoa.”

Käsittelijöiden koulutuksessa ja ohjeissa korostettiin, että niukkojen kuvausten ja yksittäisten tapahtumien pohjalta ei aina ole mahdollista tai järkevääkään tehdä yksittäiseen ilmoitukseen toimenpide-ehtotuksia tapahtuman ennaltaehkäisemiseksi. Käsittelijät ovat ilmeisesti kuitenkin turhautuneet, jos eivät ole pystyneet tekemään ”kokonaista suoritusta” eli käsittelemään kaikkia kohtia täydellisinä loppuun saakka.

Vain pari käsittelijää mainitsi vaikeimmaksi pääsemisen syyllistämättömään käsittelyyn. Yksi henkilö koki jotkut ilmoitukset turhiksi ja turhauttaviksi:

”Tapahtumien penkominen, mitä oikeasti on sattunut vai onko mitään. Turhauttavaa ovat joutavanpäiväiset ilmoitukset, joissa mitään vaaraa tai haittaa ei ole potilaalle koitunut, vaan ihan kuin kiusallaan ja omaa ”leipääntymistään” tehdä rykäistään Haipro-ilmoitus.”

Jokunen vastaaja totesi olevansa vielä vailla riittävää koulutusta käsittelijän tehtävään, jolloin

”kaikki on vielä hakusessa”, ”koko konsepti on aika hämää”. Kokemuksen ja tottumuksen karttuessa toiminnan odotettiin rutinoituvan, luokitusten ja tehtävien selkiytyvän ja käsittelyn nopeutuvan.

”Lääkärin rooli hieman selkeytymätön. Valtaosa tapahtumista on osastonhoitaja tasolla käsiteltäviä.”

”Yksin on niin työlästä, miettiä ja pohtia uusia käytänteitä ja viedä niitä sitten juuri käytäntöön kaikkien tietoisuuteen.”

5.3.2 Helppoa ja sujuvaa

Kaikkiaan 174 (/284) vastaajaa löysi HaiPro-menettelystä myös jotain helppoa ja sujuvaa. Vastaukset vaihtelivat laidasta laitaan: ”ei vielä mikään” ja ”kaikki”. Helppointa olivat itse ohjelma ja sen tekninen toteutus alasetoalikkoinen, käyttöliittymä, ohjelmaan pääsy linkistä, itse käsittelyproseduuri, tiedonsaanti uuden ilmoituksen tulosta, seuranta ja seurantaraporttien selaaminen. Sähköisyys, nopeus, selkeys, ajantasaisuus ja sähköposti-ilmoitukset mainittiin moneen kertaan.

Tietoteknisen työkalun ominaisuuksien ohella käsittelijän työtä helpotti erityisesti, jos ilmoituslomakkeet tiedot oli täytetty huolellisesti. HaiPro-menettelystä saatiin tukea asioiden puheeksi ottamiseen, yhdessä oppimiseen, riskien tiedostamiseen ja ratkaisujen vauhdittamiseen.

”Asiallisten, perusteltujen ilmoitusten käsittely ja toimenpidetarpeiden pohtiminen työyhteisössä”

”Jos kaavake on täytetty hyvin, on myös käsittely helppoa.”

”Jos ilmoituksen käsittelijä on tehnyt ilmoituksen huolellisesti ja merkannut siihen selkeästi tiedot, onko kenelle ilmoitettu, kuka on ilmoittanut, löytyvätkö tiedot potilaan sairauskertomuksesta, niin silloin pääsee pitkälle ilmoituksen käsittelyssä. Onneksi voi aina pyytää lisäselvityksen.”

”Henkilökunta on suhtautunut myönteisesti tähän asiaan.”

”Voi ottaa esille vaikeitakin asioita koska HaiPro ”vaatii”.

”Ilmoitukset tuovat tietoisuuteen paljon sellaisia vahinkoja, osittain tietämättömyyttäkin, jota ei ennen oikeastaan tiedostanut.”

Vastausten yleiskuva on, että teknisesti toiminta on helppoa ja nopeaa. Myös vaaratapahtumien raportoinnin merkitys oman toiminnan kehittämisessä on mainittu helpoksi ymmärtää.

”Ymmärtää järjestelmän käyttö ja merkitys.”

”Omat esimiehet olleet asian takana ja käsittely on alusta alkaen ollut siten vi-
rallista, että henkilöstö on ottanut asian tosissaan. Yhteisesti on mietitty ratkai-
suja ongelmiin.”

”Virheistä voi oppia – ei syylistämistä.”

5.3.3 Koulutettavaa ja kehitettävää

Lisätietoa ja –koulutusta koskevaan kysymykseen vastasi yhteensä 103 (/284) henkilöä. Kaksi viides-
tä vastanneesta ei osannut vielä ottaa kantaa asiaan. Muutama olisi halunnut lisäkoulutusta kaikesta
raportointiin liittyvästä. Loput vastaukset toivat esille sekä raportointikäytännön kehittämistoiveita
omassa organisaatiossa että tiedottamis- ja kertauskoulutusaiheita. Aihepiirejä ja vastausesimerkke-
jä seuraavassa:

- HaiPro-työkalun käyttö (luokitusten kehittäminen; tiedonhaku, raporttien ja tilastojen
laatiminen)

”Alkuun annoin palautetta siitä, kun olisimme tarvinneet muokata ohjelmaa ja
laajentaa sen alakohtia, koska joihinkin joutuu laittamaan vaihtoehdon ”Ei tie-
dossa”, koska oikeata vaihtoehtoa ei ole, mutta tähän olen sopeutunut, apua en
saanut.”

”Tulin tähän yksikköön uutena aikana, jolloin HaiPro oli pilotoinnissa täällä.
Sain noin varttitunnin opetuksen sen käyttöön. Koen, että en hallitse vielä kaik-
kia mahdollisuuksia, miten tätä voisi paremmin hyödyntää. Raportoinnista ja
tilastoinnista, grafiikasta jne. tarvitsisin lisätietoa ja koulutusta.”

”Haut ja ehdot”

”Tuo lisäinformaation saanti”

”Bra med repetition hur man tar ut rapporter.”

- HaiPro-prosessi omassa organisaatiossa

”Toivottavasti yhteiset pelisäännöt organisaatiossa selkiyttävät käsittelyä, jo-
ten tässä vaiheessa lisätiedon tai -koulutuksen tarvetta ei liene.”

”Haittojen kirjaamisesta, mitä sinne voi laittaa”

”Kertaus ei olisi koskaan pahitteeksi ja hyvä olisi nyt käyttöön oton jälkeen tar-
kistaa ne haittatapahtumailmoitusten tyypit, jotka tähän järjestelmään ilmoite-
taan eli onko ne pelkästään lääkehoitoon liittyvät haittatapahtumat.”

”Loppuarvio-osuudesta, miten sitä voisi enemmän hyödyntää käytännössä?”

”Minulle on jäänyt epäselväksi, kuka kokoaa yhteen tiedot meidän klinikassa? Käsittelyasioissa kaipaisin lisää koulutusta esimerkein, se lyhyt koulutus, missä asia vain esiteltiin ei anna valmiuksia käytäntöön paljoakaan...”

”Selkeät ohjeet niihin tapauksiin joista ei tule jatkotoimenpiteitä, ettei sitä kysyttäisi koko ajan”

”Toivoisin että lääkärit käsittelevät omansa tai siis kävisivät ne samalla tavalla läpi ryhmissä kuin hoitajat... Näin ei käy.”

- Omien käsittelyvalmiuksien edelleen kehittäminen, käsittelykokemusten vertaaminen

”Palautteen antamisesta ilmoituksen tekijälle”

”Palautetta käsittelystä, onko kaikki asiat ajateltu ja otettu mukaan.”

”Kun järjestelmä on ollut hyvän aikaa käytössä, tarkentavaa ja kokoavaa tietoa kertyneiden kokemusten perusteella olisi ehkä hyvä saada.”

”Nyt kun osataan jo päälinjat, voisi olla tarkennusta vielä yksityiskohdista käsittelyssä. Muutamia hoitajia voisi myös vielä kouluttaa HaiPro:n tekijäksi, jotta niitä tehtäisiin enemmän ja hekin voisivat vielä opastaa muita.”

”Verrata miten muut ovat hoitaneet / ajatelleet samantyyllisiä asioita.”

”Koulutus nyt tärkeää kun käsittelyä on itsekseen opetellut. Nyt osaisi sisäistää asioita ja kysellä. Alku pikakoulutus lähes tiedotuksenomainen> ohjelma otetaan käyttöön. Yksikseen on ollut opeteltava ja pähkäiltävä.”

”Kun järjestelmä on ollut hyvän aikaa käytössä, tarkentavaa ja kokoavaa tietoa kertyneiden kokemusten perusteella olisi ehkä hyvä saada.”

- Vaaratapahtumista koottujen tietojen ja oppien hyödyntäminen omassa organisaatiossa ja muualla

”Käyttökokemuksen karttuessa tietoa/kokemusten vaihtoa, miten raportteja hyödynnetty, mitä hyötyä tullut käytänteisiin (mikä hyöty ollut) jne.”

”Sellainen koulutustilaisuus, jossa eri organisaation edustajat jakaisivat kokemuksia siitä, miten HaiPro on heitä hyödyttänyt.”

”Koko henkilökunnalle yleistä infoa säännöllisesti.”

”Toimivista ilmoitusten käsittelemismalleista jossain muussa organisaatiossa.”

- Vaaratapahtumien analysointi ja tehokkaiden toimenpiteiden valinta
”Yritämme jatkossa saada koulutusta käsittelijöille virheiden analysoinnista ja tehokkaista toimenpiteistä. Siis seuraavan tason ymmärrystä pelkän luokittelun jälkeen.”

HaiPro-työkalun ja –raportointimenettelyn käyttöönotossa ja vakiinnuttamisessa organisaatioihin on päästy alkuun. Tähänastiset tulokset ja kokemukset useimmissa kokeiluorganisaatioissa ovat olleet myönteisiä niin, että raportointia halutaan jatkaa ja laajentaa. Samalla ollaan kuitenkin hyvin tietoisia siitä, että ollaan vasta taipaleen alussa. Työtä ja tukea tarvitaan vielä paljon, jotta raportoinnista saadaan paras hyöty irti potilasturvallisuuden edistämiseksi.

6 Miten tästä eteenpäin

6.1 Tähän päästiin

Projektia toteutumista ja tuloksia tarkastellaan seuraavassa asetettujen tavoitteiden kehyksessä: toteutuivatko tavoitteet, millaisina ne toteutuivat, mikä muutti tavoitteita tai vaikutti niiden toteutumiseen.

Projektin päätyttyä raportointityökalu on raportoinnin jo aloittaneiden käytettävissä keskeytyksettä ja uusien aloittavien organisaatioiden saatavilla.

Raportointityökalun saatavuuden varmistamiseksi perustetaan yritys, joka vastaa jatkossa työkalun ylläpitämisestä ja kehittämisestä. Projektin päättyessä yritystä ei ole vielä hallinnollisesti perustettu, mutta estettä toiminnan käynnistämiseen ei ole. Työkalun keskeytyksetön käyttö on varmistettu ylläpitämällä palvelua projektinaikaisessa toimintaympäristössä siirtymäajan. Työkalun käyttö jatkuu maksullisena palveluna, joka on pyritty hinnoittelemaan siten, etteivät kustannukset muodostuisi raportoinnin esteeksi.

Raportointimenettelyn käyttöön ottavat uudet organisaatiot voivat hyödyntää projektin nettisivuilla olevaa koulutusmateriaalia. Tarvittaessa koulutusta raportointimenettelyn käyttöön on saatavissa VTT:ltä maksullisena palveluna. Raportointityökaluun on rakennettu ominaisuus, jonka avulla työkaluun liittyviä organisaatio- ja henkilötietoja voidaan hajautetusti ylläpitää käyttäjäorganisaatioissa.

Raportointityökalun käytössä havaittiin projektin aikana monia kehittämisajatuksia. Näitä kehittämiskohteita käsitellään erikseen kohdassa 6.2.

Raportointijärjestelmän implementointiin tarvittava ohjeistus on olemassa, se on saatavilla ja se on koulutettu terveydenhuollon yksiköiden vastuullisille henkilöille.

Ohjeistus on ajantasaisena sähköisessä muodossa saatavilla HaiPro-työkalun nettisivuilta niin, että organisaatiot voivat täydentää ja muokata omat toimintaohjeensa niiden pohjalta. Työkalun tietoteknisen käytön ohjeet on laadittu ilmoittajille, ilmoitusten käsittelijöille, tilastojen ja tietohakujen laatijoille sekä ylläpidosta vastaaville henkilöille. Käyttöä tueksi on olemassa suunnittelun muistilista, ilmoitettavien tapahtumien esimerkkiluokitus sekä toimenpiteiden valintaan ohje, joka sisältää tiiviin tietopaketin vaaratapahtumien synnystä.

Noin 2000 sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden vastuullista henkilöä on koulutettu 23 paikkakunnalla pidetyissä 30 koulutustilaisuudessa. Raportoivia organisaatioita on projektin päättyessä 40 eri puolilla maata ja eri sairaanhoitopiireissä.

Tehokkaiden ja laajavaikutteisten toimenpide-ehdotusten tekemiseen, samoin kuin vaaratapahtumaraportoinnin hyödyntämiseen riskienhallinnassa, tarvitaan lisää sekä koulutusta että kirjallista ohjausaineistoa.

Vaaratapahtumien raportointiprosessi ja organisointi terveydenhuollon yksiköissä on luonnosteltu.

Ohjeistuksen osana laadittu HaiPro-prosessikaavio kuvaa ilmoituksen etenemisen prosessissa sekä prosessissa tarvittavat toimijat. Ylläpitotyökalun avulla organisaatio voi rakentaa ja päivittää toimijat raportointiorganisaatioonsa. Lähtökohtana organisoinnissa on, että potilasturvallisuustyöstä vastaa linjaorganisaatio, jolla on käytettävissä riittävät resurssit ja tuki tehtävään.

On suunniteltu vaaratapahtumien käsittelystä vastaavien verkostoitumista.

Verkostoitumiseen luotiin nettiin keskustelupalsta, jossa on mahdollista keskustella sekä valtakunnallisesti että oman organisaation sisäisesti. Rekisteröityneitä käyttäjiä on vähän eikä keskustelua ole virinnyt. Projektin loppuseminaarissa huhtikuun 2008 alussa verkostoitumiseen etsitään yhdessä osallistujien kanssa uusia vaihtoehtoja.

Ei ole esitetty suuntaviivoja vaaratapahtumien valtakunnallisen tason raportoinnin koordinointiin.

HaiPro-raportointimenettely on ensisijaisesti yksikkötason työkalu, jonka päätehtävä on tuottaa lisäarvoa sitä käyttävälle yksikölle raportoivine osastoineen.

Valtakunnalliset linjaukset raportoinnin kehittämistä ovat edelleen tekeillä. Terveydenhuoltolain valmistelu on viivästynyt. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän laatimaan kansallisia linjauksia koko potilasturvallisuuden alueella. Ohjausryhmän ja potilasturvallisuusverkoston asiantuntijoiden keskusteluissa kansallinen vaaratapahtumaraportointi ei ole enää niin korostetusti esillä kuin aikaisemmin (STM 2008). Tähän ovat osaltaan vaikuttaneet jo kansallisesti raportoivien maiden kokemukset (esim. Øvretveit 2007) ja kansainvälinen yhteistyö yhtenäisen luokittelun kehittämisessä (WHO 2008).

Ei ole erikseen laadittu esimerkkiluokituksia erilaisille yksiköille (mm. erikoissairaanhoido, terveyskeskukset, hammashoito, kotihoito, yksityinen sektori).

Projektiin osallistui erilaisia yksiköitä, mutta pääosin uudet aloittajat ottivat sellaisenaan käyttöön projektin I vaiheessa lähinnä erikoissairaanhoidoa ja sairaaloita varten laaditun luokituksen. Ensihoito, sädehoito ja psykiatria täydensivät olemassa olevia luokituksia, mutta perusrunko pysyi kaikilla samana.

Käyttäjille projektin loppuvaiheessa tehdyn kyselyn sekä myös loppuraporttiin koottujen havaintojen perusteella näyttää siltä, että yhtenäisen luokituksen päädyttiin kahdesta syystä. Toisaalta valmistauduttiin mahdolliseen kansalliseen tiedonkeruuseen, ja toisaalta niin päästiin vähimmällä vaivalla alkuun. Erityisesti käsittelijöiden kokemukset sittemmin osoittivat kuitenkin, että vähintäänkin keskustelut luokitusten soveltamisesta omassa organisaatiossa yhteneväisellä tavalla olisivat olleet tarpeen.

Luokitusten kehittäminen edellyttäisi lisää käyttäjien kokemusten ja tapahtumatietokantojen havaintojen tarkastelua ja vertailuja.

On selvitetty raportoitujen vaaratapahtumien ja sähköisen sairauskertomukseen rajapinta silloin, kun vaaratapahtuma on luonteeltaan osa potilaan sairauskertomusta.

Projektin aikana käytiin keskustelua sekä projektiin osallistuneiden organisaatioiden että valtakunnallisten toimijoiden kanssa siitä, miten raportoidut vaaratapahtumat voidaan huomioida potilaskertomuksessa ja mikä on näiden tietojen välinen yhteys. Keskusteluissa päädyttiin siihen, että vaaratapahtumista ei ole ns. läheltä piti –tilanteissa yhteyttä potilaskertomukseen.

Kun potilaalle aiheutuu haittaa hoidon yhteydessä, tulee tapahtuman kuvauksen löytyä potilaskertomuksesta. Potilaskertomuksessa ei pidä kuitenkaan viitata HaiPro-ilmoitukseen, joka on tarkoitettu toiminnan kehittämisen tueksi. Viittauksen kautta ilmoituksesta tulee potilaskertomuksen osa Tarvittaessa tiedot voidaan linkittää HaiPro-ilmoituksen yhteyteen kirjattavalla OID-koodilla, joka on yksilöllinen standardisoitu koodi sairauskertomuksen tunnistamiseksi (STAKES 2007).

On kuvattu raportointijärjestelmän suhde muihin samankaltaisiin raportointijärjestelmiin (mm. Hilmo, turvallisuuspoikkeamat yms.).

Terveydenhuollon yksiköiden raportointivelvoitteita selvitettiin perusteellisesti projektin ensimmäisessä vaiheessa (Knuutila ym. 2007, liite 2). Kaikissa projektiin osallistuneissa organisaatioissa oli käytössä useita raportointityökaluja ja käytäntöjä.

Tehokkainta olisi päästä yhteen paikkaan kirjattavaan raportointiin. Vaaratapahtumien raportoinnin käynnistämisen yhteydessä käytiin eniten keskustelua henkilöstön työturvallisuuden (väkivalta, tapaturmat) ja potilasturvallisuuden välisestä rajapinnasta. Muutamat osallistujaorganisaatiot ottivat HaiPro-työkalussa käyttöön mahdollisuuden ilmoituksen tekoon myös henkilöstöön kohdistuvasta väkivallasta, vaikka tällaisia raportointijärjestelmiä on saatavilla muutenkin. Erilaisia raportointijärjestelmiä ei voida tarkasti rajata vain ja ainoastaan tietyn tyyppisille tilanteille. Kaikki turvallisuuspoikkeamat liittyvät jollain tavalla potilasturvallisuuteen. Vapaaehtoisen raportoinnin kautta esiin tulleiden asioiden osalta saatetaan joutua pohtimaan myös lakisäateisen viranomaisilmoituksen tekemistä, esimerkiksi kun selkeästi tunnistettu laitevika aiheuttaa vaaraa potilaalle.

Linjaukset erilaisten raportointijärjestelmien soveltamisesta on tehtävä paikallisesti ja pohdittava niiden käyttötarkoitukset ja mahdolliset päällekkäisyydet. Esimerkiksi lakisäateiseen Hilmo-ilmoitukseen saattaa sisältyä tietoa haittatapahtumista. Tietoa ilmoituksista saadaan tutkimusten ja tilastojen kautta. HaiPro-ilmoitus saattaa liittyä samaan tilanteeseen. Työkalun avulla saadaan paikallista oppia paikallisten tilastojen ja tapahtumien käsittelyn kautta.

Tiedotus raportointijärjestelmästä ja sen hyödynnettävyydestä (esim. turvallinen lääkehoito/ lääkityspoikkeamat) on toteutettu riittävän laajasti päällekkäisten kehitysprojektien välttämiseksi.

Vaaratapahtumien raportoinnin kehittämisen etenemisestä ja työn tuloksista on tiedotettu laajasti koko projektin ajan. Keskeiset tiedottamiseen liittyvät tapahtumat on esitetty aiemmin luvussa 3. Tiedottaminen onnistumista kuvaa se, että projektiin liittyi mukaan uusia organisaatioita tasaiseen tahtiin.

Projektin johtoryhmään osallistuneet organisaatiot: Farmasialiitto, Kuntaliitto, Lääkelaitos, Lääkäriliitto, Potilasvakuutuskeskus, Sairaanhoidajaliitto, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Stakes,

Super, Tehy ja terveydenhuollon oikeusturvakeskus, ovat tukeneet projektista tiedottamista omia kanaviaan hyödyntäen. Tärkeänä osana tiedottamista osallistuvat organisaatiot ovat vieneet viestiä eteenpäin sisäisesti.

6.2 Tätä vielä tarvitaan

Projektin aikaansaannokset, havainnot ja kokemukset voidaan koota yhteen seuraaviksi evästyksiksi toisaalta käytettäville organisaatioille ja toisaalta yleisemmin työkalun ja vaaratapahtumien raportoinnin hyödyn parantamiseksi osana potilasturvallisuuden edistämistä.

Kehittämistehtävät HaiPro-menettelyä käytävissä organisaatioissa

- 1) Vaaratapahtumien raportoinnin ja tapahtumatietojen käsittelyn liittäminen olemassa olevaan potilasturvallisuuden edistämistoimintaan ja rakenteisiin sekä tarvittaessa näiden rakenteiden luominen ja vahvistaminen.

Kun raportointimenettelyn käyttö aloitetaan laajasti tai koko organisaatiossa yhdellä kertaa, olemassa olevat turvallisuuden ja laadun edistämisen toiminnot ja rakenteet auttavat uuden työkalun käyttöönotossa. Haasteena voi olla riittävien resurssien varaaminen olemassa oleviin rakenteisiin käynnistymisen tukemiseksi.

Jos raportointi aloitetaan suppealla pilotoinnilla ja jos asian edistäjänä on yksi tai pari ”tulisielua”, kiihtymisen vaara on suuri ilman asemoitumista potilasturvallisuuden rakenteisiin ja potilasturvallisuutta edistäviin toimiin.

Erityisen tärkeää on tarvittaessa selkiyttää vastuut ja tehtävät. Potilasturvallisuuden varmistaminen ja edistäminen on – osana normaalia johtamista – linjaorganisaation tehtävä. Päätökset tehdään linjaorganisaation päätöksentekoelementeissä kuten hallituksissa, johtoryhmissä, johtaja- ja esimiestyönä.

Erilaiset työryhmät tai vastuuhenkilöt (esim. potilasturvallisuustyöryhmä, laaturyhmä, potilasturvallisuusvastaava, riskienhallintapäällikkö, turvallisuuspäällikkö) tukevat linjaorganisaatiota sen tehtävissä.

HaiPro-projektin I vaiheen loppuraportissa on käsitelty tarkemmin vaaratapahtumien raportoinnin ylläpidon ja kehittämisen kysymyksiä organisaatioissa (ks. Knuutila ym. 2007).

- 2) Lääkärökunnan osallistumisen edistäminen

Lääkäreiden tekemien ilmoitusten osuus vaihteli organisaatioittain, mutta kaiken kaikkiaan lääkärit tekivät vähän ilmoituksia. Yhdistetyssä aineistossa osuus oli 2,6 % (N=8217). Joissain organisaatioissa lääkäreiden ilmoituksia ei ollut lainkaan.

Ilmoitusten käsittelyyn suositettiin osastonhoitajaa ja lääkäriä työparina. Jatkossa on paikallisesti pohdittava, millä tavoin lääkärikunnan ilmoitusaktiivisuutta, tapahtumien käsittelyä ja tietojen hyödyntämistä voidaan edistää.

3) Käsittelijöiden kokeilukäyttövaiheessa käyttämien luokitusten / luokkien sekä tehtyjen toimenpide-ehdotusten analyysi

Käsittelijät toivat tehdyssä kyselyssä esille luokituksiin sisältyvien luokkien täsmennysten, lisämääritysten ja esimerkkien tarpeen. Raportoivissa organisaatioissa on nyt projektin päättyessä kertynyt riittävästi käyttötietoa ja kokemusta ilmoitustietojen luokituksista niin, että luokkien käyttöä voidaan analysoida.

Ensin on hyvä tarkistaa, mitä luokkia käsittelijät ovat käyttäneet, onko kaikkia luokkia käytetty ja miten luokituksia on sovellettu, ellei osuvaa ole heti löytynyt. Analyysi soveltuu parhaiten tehtäväksi esimerkiksi ryhmätyönä koulutuksen yhteydessä.

Vaaratapahtumien raportoinnin suurin merkitys käyttäjien tähänastisten kokemusten mukaan on asioiden nostaminen esiin keskusteltaviksi ja parannuskeinojen pohtimiseksi. Täsmällinen ja yhdenmukainen luokittelu ei ole tässä suhteessa tärkein tavoite. Kaksi näkökohtaa kuitenkin puoltaa sitä, että luokituksia tarkastellaan ja tarvittaessa täsmennetään lisämäärityksin ja esimerkein. Ensiksikin, tilastotietoja – joita varten luokituksia tehdään – käytetään usein vertailuihin. Toiseksi, vaaratapahtumien syntyä toimintaprosesseissa tarkastellaan HaiPro-menettelyssä prosessimaisesti eri yksiköiden yhteistyönä.

Kehittämistehtävät vaaratapahtumatietojen hyödyntämisen parantamiseksi yleisesti

1) Luokitusten kehittäminen ja keskitetty ylläpito

Vaaratapahtumien raportoinnin tueksi laadittu luokitus toimi raportoinnin käyttöönottovaiheessa tyydyttävästi. Luokituksen edelleen kehittäminen ja uudelleen arviointi on kuitenkin tarpeen, jotta raportointityökalun kokoama tilastollinen tieto auttaisi parhaiten raportoijia tunnistamaan kehittämiskohteet. Samalla käsittelijöiden työ helpottuu.

Luokitusten keskitetty ylläpito ja kehittäminen on raportoinnin yhtenäisyyden kannalta paras ratkaisu. Se säästää resursseja sekä varmistaa tasapainoisen ja perustellun kokonaisuuden.

Projektin päätyttyä luokituksen kehittämiseen ja ylläpitämiseen tulee löytää vastuutaho. Työkalun luokitusten osittainen räätälöintimahdollisuus on kuitenkin syytä säilyttää paikallista raportointia tukevana.

2) Tapahtuma-analyysin kehittäminen

HaiPro-työkalu ja –raportointimenettely perustuvat vaara- ja haittatapahtumien tutkinnan järjestelmämalliin. Lisäksi korostetaan ihmisen toiminnan tarkastelemista osana kokonaissysteemiä niin, että päästään inhimillisen (virhe)toiminnan syntymekanismeihin ja saadaan esille koko systeemiä kehittävä toimenpiteet. Kun koko potilasturvallisuuspoikkeamien käsittelykulttuuri on uutta, ovat käsittelijöiden valmiudet järjestelmäajattelun mukaiseen tapahtuma-analyysiin vielä riittämättömät. Työkalu ja ohjeistus eivät nykyisellään tue käsittelijöitä ja analyysin tekijöitä riittävästi.

Läheltä piti –tapahtumien ja onnettomuuksien tutkintaan on eri toimialoilla ja eri puolilla maailmaa kehitetty runsaasti menetelmiä, joista ainakin ruotsalainen MTO (Händelseanalys 2005), mm. brittien käyttämä Root Cause Analysis (NPSA 2008)) ja hollantilainen Eindhoven-malli (ECM 2005) ovat olleet joidenkin käytössä ja mukana keskusteluissa myös Suomessa.

Suomessa on STM:n asettaman potilasturvallisuuden ohjausryhmän työhön liittyen aloitettu Kuopion yliopistossa vakavien potilasturvallisuuden haittatapahtumien tutkintamallin kehittäminen. Lähtökohtana on liikenneonnettomuuksien tutkintalautakuntien toimintamalli. Olisi hyödyllistä selvittää ja kehittää myös organisaatioiden omin voimin suorittamaa potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien analysointia koordinoitusti.

Keskeistä analyysissa ei ole, mitä menetelmää käyttää, vaan miten käyttää menetelmää. Siksi paras ratkaisu ei ole jonkin muualla käytetyn menetelmän suora kopioiminen käyttöön. Tapahtumien analyysia tehdään käytännössä erilaisissa olosuhteissa, erilaisin resurssein, erilaisin tiedoin ja taidoin. Analyysimallit ja –menettelyt on sovellettava tähän toimintaympäristöön.

Tutkinta- ja analyysivalmiuksien parantaminen edellyttää tuntuvaa täydennyskoulutusta nykyisille toimijoille ja asian sisällyttämistä eri ammattiryhmien peruskoulutukseen tulevaisuutta varten. Koulutusaineistoa ja kotimaisia esimerkkitapauksia tarvitaan sekä valmiiden analyysityökalujen ja –mallien että yleisesti vaaratapahtumien syntymekanismien ja riskienhallinnan perusteiden opiskeluun.

3) Verkottuminen

Raportoinnin jatkuvuuden varmistamiseksi tarvitaan eri puolilla Suomea toimivien vaaratapahtumia raportoivien organisaatioiden ja ilmoitusten käsittelijöiden keskinäistä verkottumista ja yhteydenpitoa. Tämä toisilta oppimisen organisointi ja ylläpito on haasteellinen tehtävä.

Verkottuminen voisi olla omaan aktiivisuuteen perustuvaa toimintaa: esimerkiksi käyttäjäkerhon vuosiseminaarit, keskustelufoorumi netissä tai sähköiset postituslistat aihealueittain. Verkottumisen organisoinnin mahdollisuudet pitää selvittää. Alkuun pääsy helpottuisi, jos verkottumiseen olisi käytettävissä jo olemassa olevia tahoja tai foorumeita, kuten esimerkiksi Terveyttä edistävät sairaalat

4) Raportointi- ja seurantatietojen yleinen hyödyntäminen

Pilotoinnin aikana HaiPro-tietokantoihin ilmoitettiin yhteensä noin 8000 vaara- ja haittatapahtumaa. Jokaisella organisaatiolla on oma erillinen tietokantansa, johon muut eivät pääse. Projektin loppuraportointia varten VTT tietokantojen ylläpitäjänä kokosi osallistujien suostumuksella yhdistetyn tietokannan, jonka tilastotietoja käytettiin kuvattaessa HaiPro-työkalun luokituksia ja luokkien käyttöä käytettävyyden ja kehittämistarpeiden arviointia varten.

Eri tahoilta on kokeilun aikana osoitettu suurta mielenkiintoa tapahtuma-aineistoon ja odotettu siitä saatavaa kuvaa suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon vaara- ja haittatapahtumien määrästä ja laadusta. Haluttaisiin tietoa esimerkiksi siitä, onko raportoitu tapahtumia, joiden antamat opit olisivat valtakunnallisesti merkityksellisiä potilasturvallisuuden edistämiseksi. Oltaisiin kiinnostuneita tiettyjen erikois- tai toimialojen tapahtumien tarkemmasta analysoinnista – taaskin yhteisten oppien saamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö selvitti terveydenhuollon toimintayksiköiden ja vanhainkotien potilasturvallisuuden edistämistä keväällä 2007 (STM 2008). Selvityksen mukaan toimintayksiköt odottavat valtion tukea potilasturvallisuuden kehittämiseen ja mm. yhtenäistä seuranta- ja raportointijärjestelmää. Potilasturvallisuus nähtiin kuitenkin tavalliseksi arkityöksi, johon ei ole tarvita erillisiä organisaatioita, ohjelmia tai hankkeita.

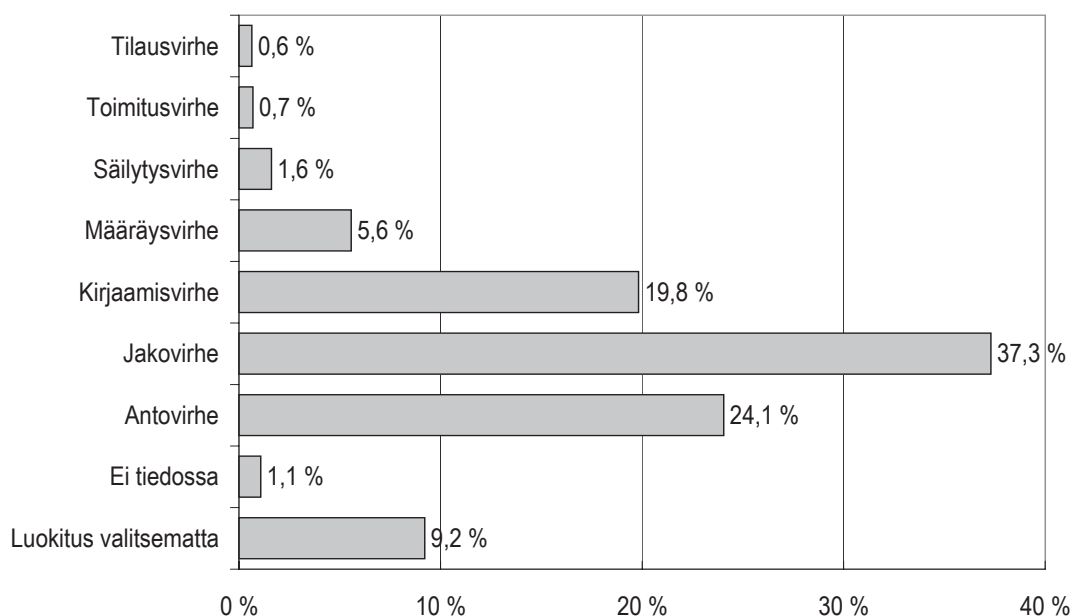
Haluttua valtakunnallista koordinoitua ja palvelua lienee hyvien käytäntöjen tunnistaminen ja levittäminen muille hyödyntäjille. Yhdistetystä HaiPro-aineistosta tehtävät tarkemmat analyysit lisäisivät tietoa siitä, mitä paikalliseen potilasturvallisuus- ja laatutyöhön kehitetty raportointi- ja seurantajärjestelmä voi antaa valtakunnallisen tason koordinoituihin ja ohjaukseen. Jos tiedoista on hyötyä, seuraava askel on pohtia ja suunnitella, miten tieto kootaan, käsitellään ja levitetään takaisin kentälle.

Kirjallisuus

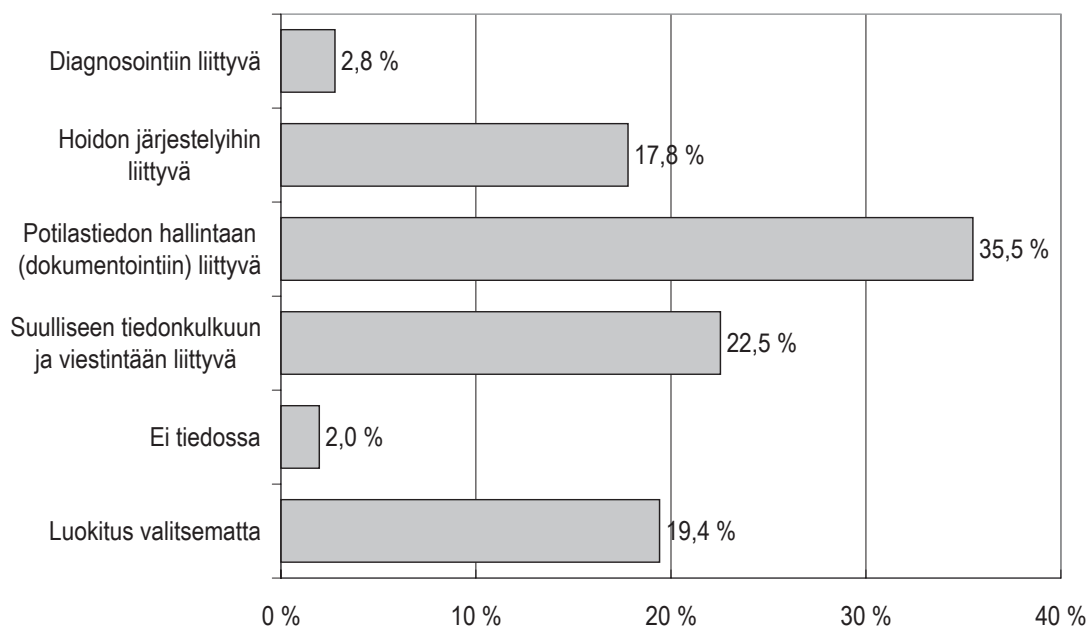
- ECM 2005. The Eindhoven Classification Model for System Failure (ECM) Eindhoven, The Netherlands: Eindhoven University of Technology, 2005.
- Händelseanalys och Riskanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete. 2005. Socialstyrelsen et al. Alfa Print Ab, Sverige.
- Knuuttila J., Ruuhilehto K., Wallenius J. 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveydenhuollon laadunhallinta. Helsinki 2007.
- Mätäsniemi, T., Knuuttila, J., Ruuhilehto, K., Wallenius, J. 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien tiedonkeräys- ja raportointisovelluksen vaatimusmäärittely. HaiPro-projektin työraportti. VTT. Tampere.
- NPSA 2008. Incident Investigation and Root Cause Analysis Toolkit, sivulla <http://www.npsa.nhs.uk/patientsafety/improvingpatientsafety/rootcauseanalysis/>, viitattu 18.3.2008. Pasternack A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122:2459-70.
- Ruuhilehto K. ja Knuuttila J. 2008. HaiPro-vaaratapahtumien raportointi: tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. Kysely käsittelijöille tammikuussa 2008. Alustava yhteenveto vastauksista; 21.2.2008. Sivulla <http://haipro.vtt.fi/>, viitattu 18.3.2008.
- STAKES 2007. ISO OID-yksilöintitunnuksen käytön kansalliset periaatteet sosiaali- ja terveysalalla, sivulla <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>, viitattu 18.3.2008.
- STM 2008. Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4, Helsinki 2008
- WHO 2008. International Classification for Patient Safety (ICPS). Projektikuvaus ja luokitteluluonnos. Sivulla <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Viitattu 18.3.2008.
- Øvretveit J. 2007. Economics and effectiveness of interventions for improving quality and safety of health care. A review of research. Karolinska institutet. Medical Management Centre, Stockholm.

Liite I. Tapahtumien päätyyppien alaluokat ja niiden käyttö

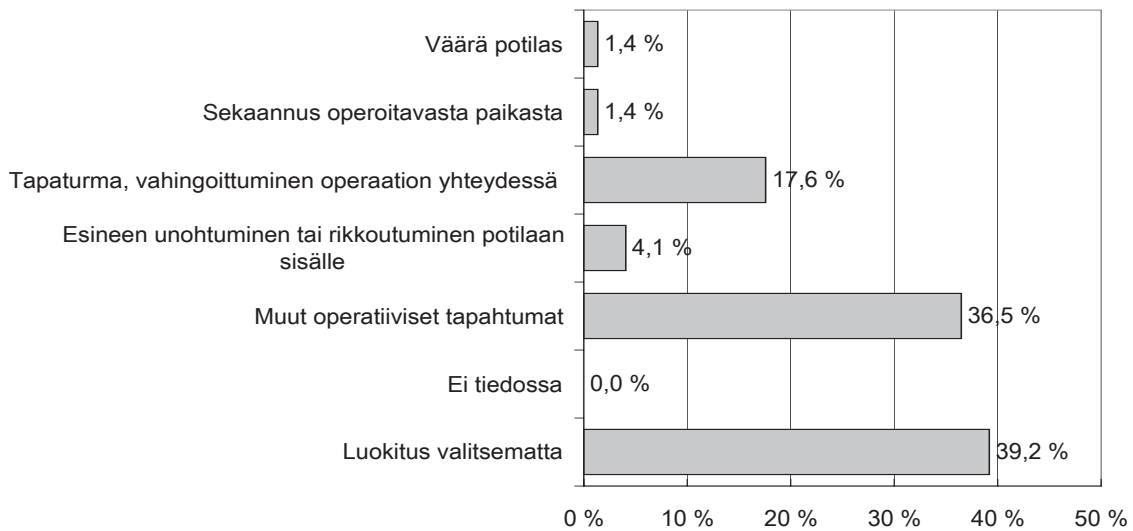
Seuraavissa kuvissa esitetään HaiPro-työkalusta yhteen kootun aineiston tapahtumien (N=8217) päätyyppien alaluokkien jakaumat. Kuvissa 1, 2, 6 ja 10 esitetyt luokat jakaantuvat edelleen alaluokkiin, joiden käyttöä ei tarkastella tässä raportissa.



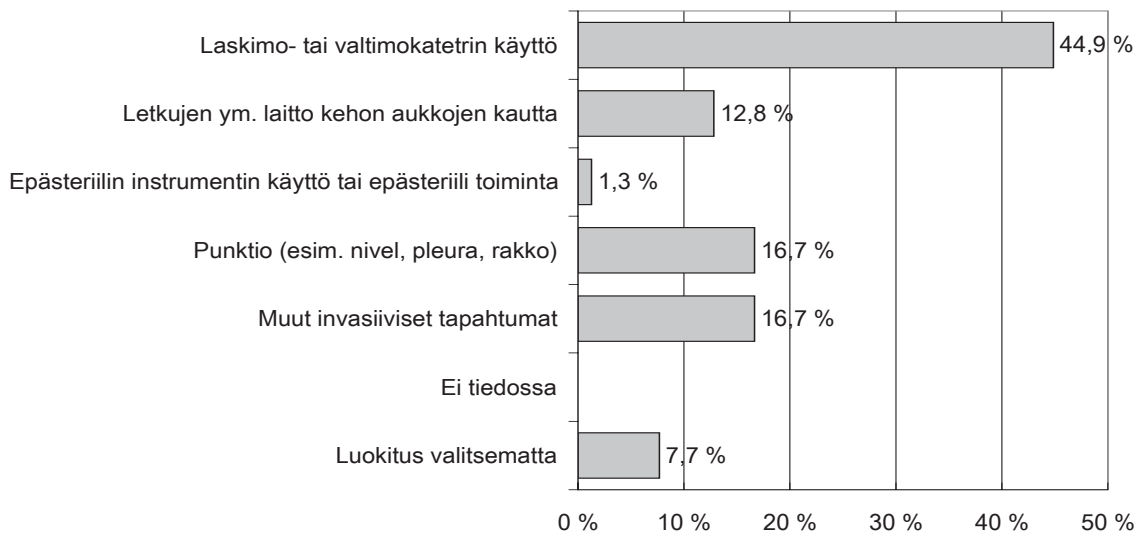
Kuva 1. Lääkityspoikkeamat, alaluokkien jakauma (N=3592)



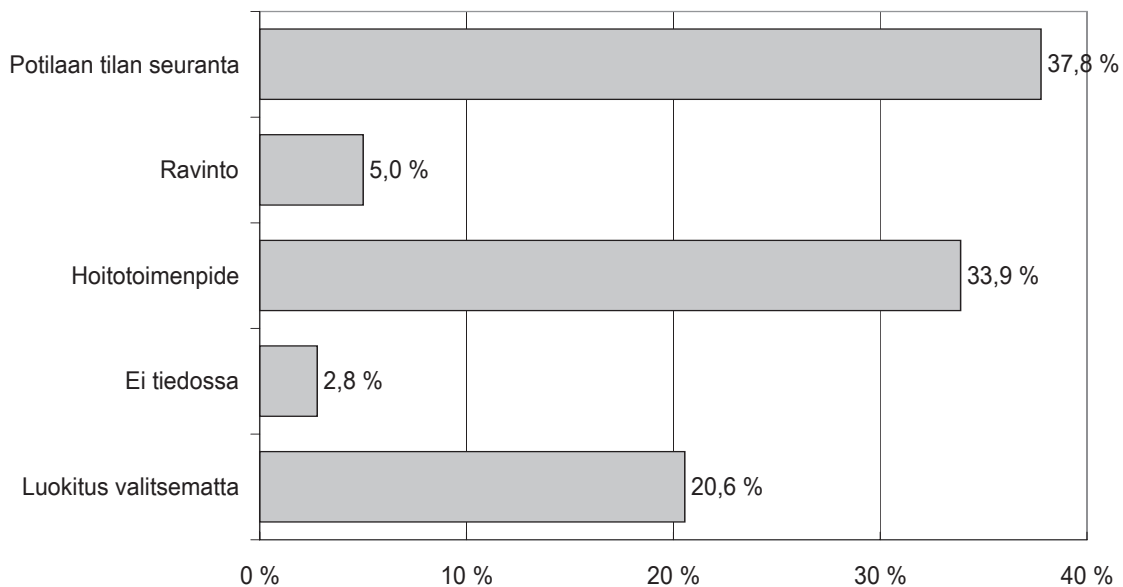
Kuva 2. Kommunikaatio ja tiedonkulku, alaluokkien jakauma (N=865)



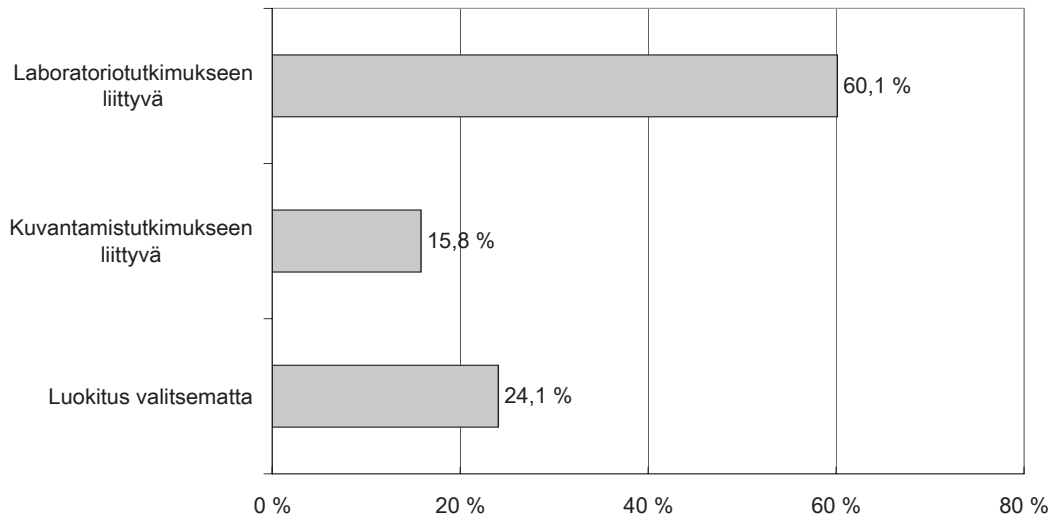
Kuva 3. Operatiivinen toimenpide, alaluokkien jakauma (N=74)



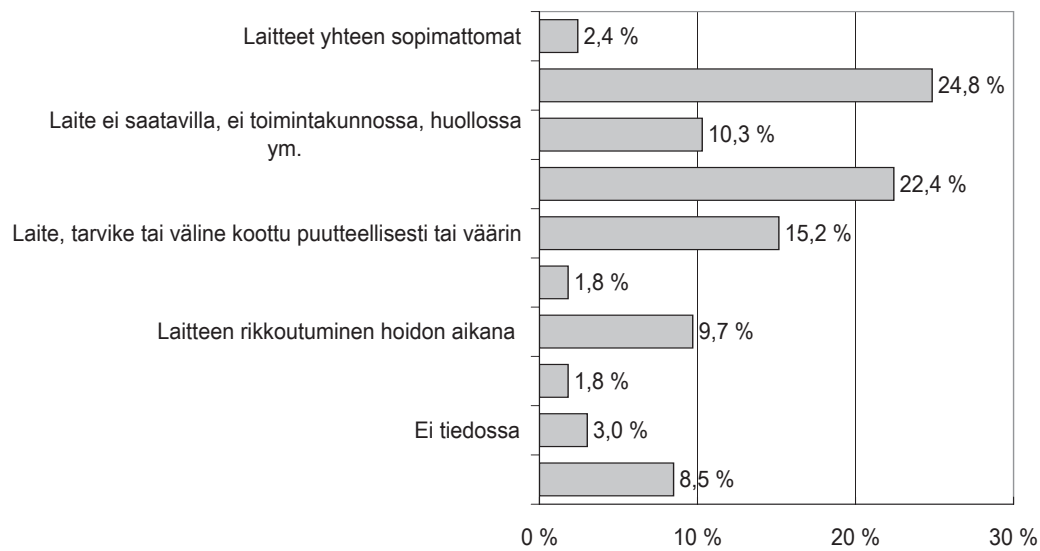
Kuva 4. Invasiivinen toimenpide, alaluokkien jakauma (N=78)



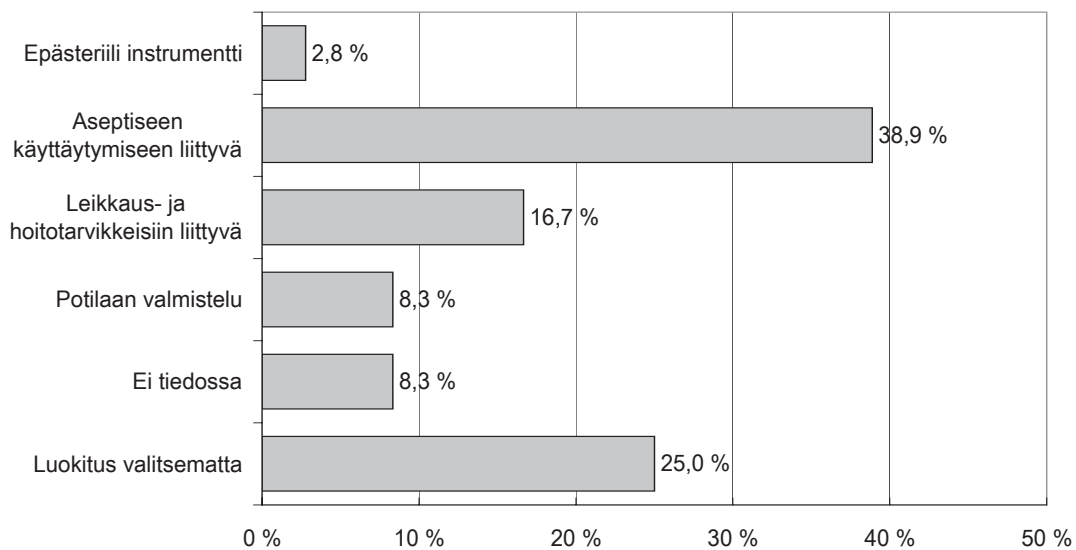
Kuva 5. Muu hoitotoimenpide, alaluokkien jakauma (N=180)



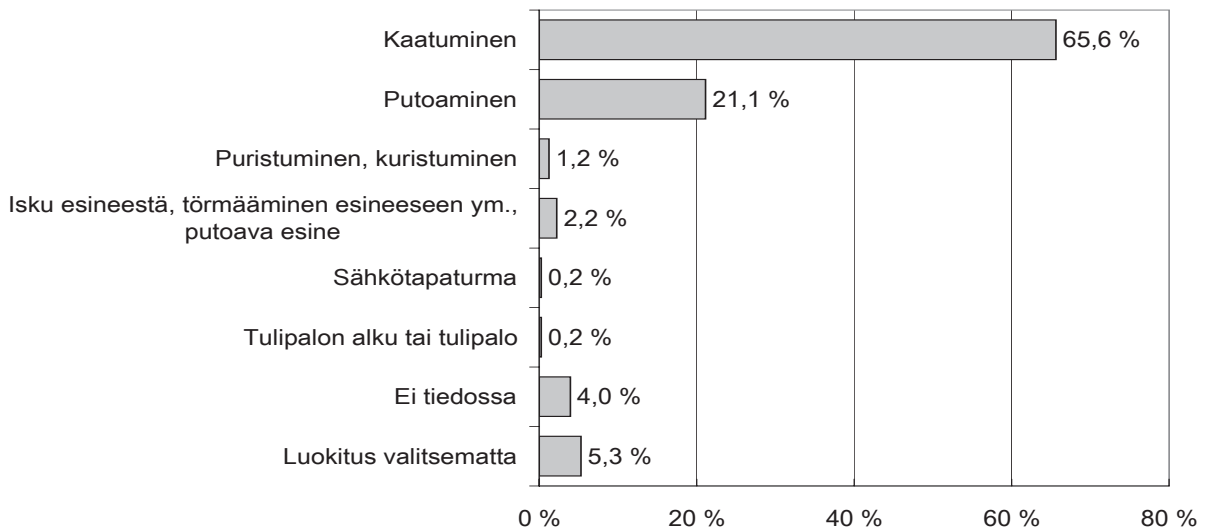
Kuva 6. Laboratoriotutkimus ja kuvantaminen (N=158)



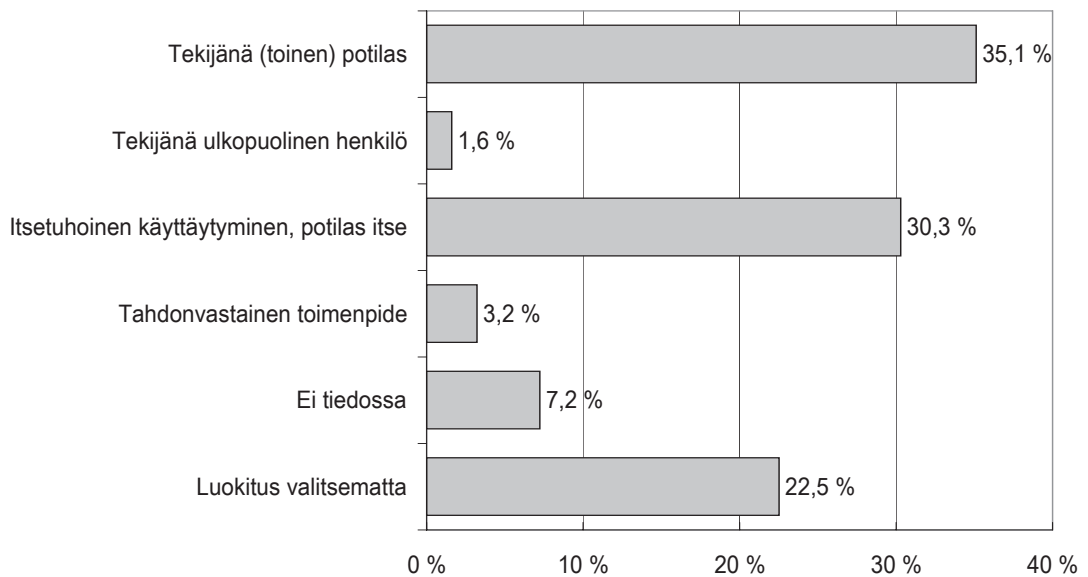
Kuva 7. Laitteet ja niiden käyttö, alaluokien jakauma (N=165)



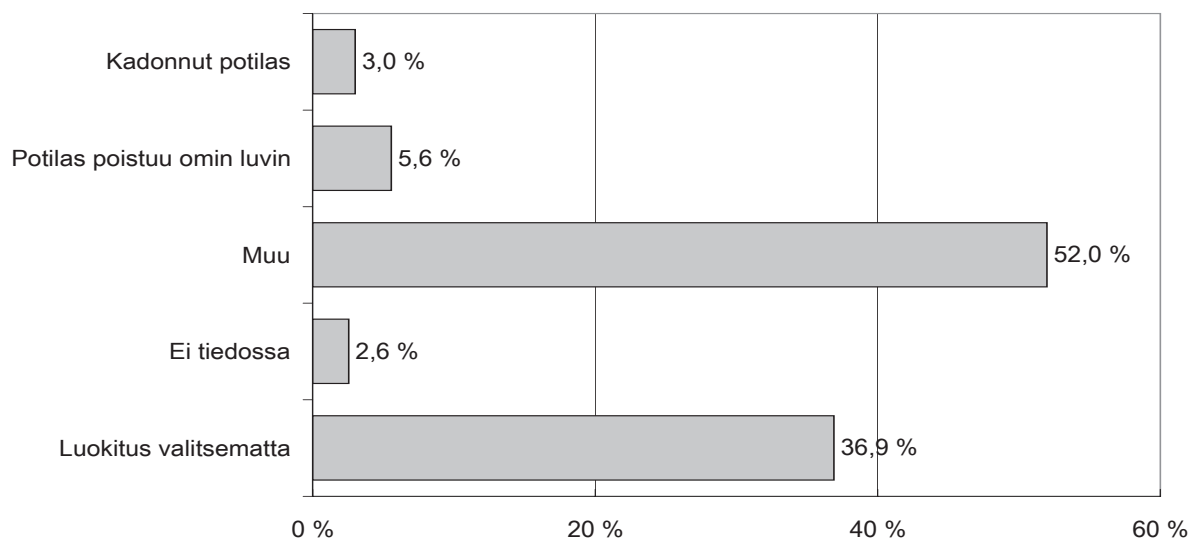
Kuva 8. Aseptiikka, alaluokien jakauma (N=36)



Kuva 9. Tapaturmat, alaluokkien jakauma (N=809)



Kuva 10. Väkivalta, alaluokkien jakauma (N=373)



Kuva 11. Muut tapahtumat, alaluokkien jakauma (N=431)

Liite 2. HaiPro-projektin aikana raportointimenettelyä käyttäneet sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt

Maakunta	Vaaratapahtumien raportointia pilotoivat yksiköt
Etelä-Karjala	
	Etelä-Karjalan SHP, Etelä-Karjalan keskussairaala
Etelä-Pohjanmaa	
	Kivipuron kuntoutuskoti
	Etelä-Pohjanmaan SHP:
	- Seinäjoen keskussairaala
	- Ähtärin sairaala
Kainuu	
	Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Kainuun keskussairaala
Kanta-Häme	
	Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä
Keski-Suomi	
	Jyväskylän kaupunki, Kyllön terveysasema
	Jyväskylän kaupunki, terveyskeskussairaala
	Keski-Suomen SHP:
	- Keski-Suomen keskussairaala
Kymenlaakso	
	Kymenlaakson SHP:
	- Kuusankosken aluesairaala
	- Kymenlaakson keskussairaala
	- Kymenlaakson psykiatrinen sairaala
	Pyhtään Vanhustenhuoltoyhdistys ry, Palvelutalo Mäntyrinte
Länsi-Pohja	
	Länsi-Pohjan SHP, Länsi-Pohjan keskussairaala, kirurgian vuodeosasto
Pirkanmaa	
	Nokian terveyskeskus
	Pirkanmaan SHP:
	- Sydänkeskus
	- Tampereen yliopistollinen sairaala
	Tampereen kaupunki, Hyvinvointipalvelut, erikoissairaanhoido, Hatanpään kantasairaala
Pohjanmaa	
	Vaasan sairaanhoitopiiri:
	- Malax-Korsnäs Hälsovårdscentral
	- Malmin terveydenhuoltoalue
	- Vaasan keskussairaala
	- VSHP Ensihoido
Pohjois-Karjala	
	Joensuun terveyskeskussairaalat
	Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Maakunta	Vaaratapahtumien raportointia pilotoivat yksiköt
Pohjois-Pohjanmaa	
	Kempeleen terveyskeskus
	Pohjois-Pohjanmaan SHP:
	- Oulun yliopistollinen sairaala: Anestesia, ihotaudit ja psykiatria
	Raahen seudun terveystyön kuntayhtymä, Raahen sairaala
	Raahen seudun terveystyön kuntayhtymä, terveyskeskuspalvelut
Pohjois-Savo	
	Iisalmen kansanterveystyön kuntayhtymä
	Kiuruveden terveyskeskus
	Pohjois-savon SHP:
	- Kuopion yliopistollinen sairaala
	Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymä, Iisalmen sairaala
Päijät-Häme	
	Lahden kaupunginsairaala
	Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä
	- ensihoito- ja päivystyskeskus
	- keskussairaala
	- kuntoutuskeskus
	Reumasäätien sairaala
Satakunta	
	Satakunnan SHP:
	- Harjavallan sairaala
	- Rauman aluesairaala
	- Satakunnan keskussairaala
Uusimaa	
	A-klinikka, Järvenpään sosiaalisairaala
	Espoon kaupunki, sosiaali- ja terveystoimi, vanhusten palvelut
	Helsingin kaupunki, Akuuttisairaalaosasto, Malmi
	Helsingin ja Uudenmaan SHP:
	- HYKS-sairaanhoitoalue
	lasten ja nuorten sairaudet sekä neurologia, neurokirurgia, silmä- ja korvataudit
	- Lohjan sairaanhoitoalue
	- Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue
	- Porvoon sairaanhoitoalue
Varsinais-Suomi	
	Härkätien terveyskeskus
	Salon seudun terveyskeskus
	Turun terveystoimi
	Varsinais-Suomen SHP:
	- Turun yliopistollinen sairaala, kirurgian klinikka
	- Salon aluesairaala

- 2008: 1 Yhteenveto työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen rahoitusta koskevan lain vaikutuksista. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2510-6 (PDF)
- 2 Pandemic Influenza Preparedness. Joint Self-Assessment Report. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2516-8 (PDF)
- 3 Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)
- 4 Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2519-9 (PDF)
- 5 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantarayhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2531-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2532-8 (PDF)
- 6 Sosiaalialan kehittämishanke 2003-2007. Loppuraportti. Salme Kallinen-Kräkin (toim.).
ISBN 978-952-00-2535-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2536-6 (PDF)
- 7 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuarviointi. Osaraportti 2.
ISBN 978-952-00-2537-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2538-0 (PDF)
- 8 Slutrapport. Tillsynsprojekt för arbetarskyddet inom hälsovården.
ISBN 978-952-00-2539-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)
- 9 Työurat pitenevät. Veto-ohjelman indikaattorit II.
ISBN 978-952-00-2541-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2542-7 (PDF)
- 10 Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Kaija-Liisa Seppä (toim.).
ISBN 978-952-00-2543-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2544-1 (PDF)
- 11 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2008. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2545-8 (PDF)
- 12 Perhekeskustoiminnan kehittäminen. Perhe-hankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2546-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2547-2 (PDF)
- 13 Pysytään työssä. Vaikeavammaisten henkilöiden työssä pysymisen tukeminen.
ISBN 978-952-00-2548-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2549-6 (PDF)

- 14 Kirsi Alila, Tuija Portell. Leikkitoiminnasta avoimeen varhaiskasvatukseen. Avointen varhaiskasvatuspalvelujen nykytila ja kehittämistarpeet 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2552-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2553-3 (PDF)
- 15 Heikki Hiilamo. Promoting Children's Welfare in the Nordic Countries.
ISBN 978-952-00-2554-0 (pb)
ISBN 978-952-00-2555-7 (PDF)
- 16 Kaarin Ruuhilehto, Jari Knuutila. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2560-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2561-8 (PDF)