

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Kliininen osaaminen / Johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Petteri Alavahtola & Jan-Erik Palviainen

Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon potilasturvallisuutta

Opinnäytetyö 2014

Tiivistelmä

Petteri Alavahtola & Jan-Erik Palviainen

Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon potilasturvallisuutta, 85 sivua, 8 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Kliininen osaaminen / Johtaminen

Opinnäytetyö 2014

Ohjaajat: lehtori Tella Susanna, Saimaan ammattikorkeakoulu, laatu- ja potilasturvallisuuspäällikkö Liukka Mari, Eksote

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Eksoten ensihoidossa tapahtuneita, HaiPro–vaaratapahtumien raportointijärjestelmään ilmoitettuja vaaratapahtumia sekä niistä saadun tiedon hyödyntämistä potilasturvallisuuden kehittämistoimissa. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa vaaratapahtumaraportointia edistäviä ja estäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, kuinka ensihoidon potilasturvallisuutta parannetaan omista kokemuksista oppimalla.

Opinnäytetyön ensimmäinen aineisto koostuu tutkimusajanjakson 14.5.2012 – 14.5.2013 aikana HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään tallennetuista ja käsitellyistä ilmoituksista. Tämän määrällisen tutkimusaineiston analyysissä hyödynnettiin HaiPro-järjestelmän raportointiosiota. Opinnäytetyön toinen, laadullinen aineisto muodostuu ensihoidon henkilöstön ryhmähaastatteluista, jotka analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan tyypillinen Eksoten ensihoidossa ilmoitettu vaaratapahtuma oli ensihoitajan kirjaama, ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä, potilaaseen kohdistunut tapahtuma. Tapahtumasta ei arvioitu koituneen haittaa potilaalle, mutta kuitenkin lisätyötä henkilöstölle. Tavallisesti vaaratapahtumaan olivat olleet myötävaikuttamassa käytetty työmenetelmä sekä puutteelliset toimintatavat. HaiPro-ilmoitusten pohjalta käynnistetyt kehittämistoimet kohdistuivat myös tyypillisimmin hoitotoimenpiteen tai tehtävän suorittamiseen tai työhohjeisiin.

Henkilöstön mielestä vaaratapahtumaraportointia edistävät kehitysmuutokset, työyhteisön positiivinen asenne raportointiin, tietämys vaaratapahtumista ja niiden raportoinnista, häiriötön raportointiympäristö sekä raportointijärjestelmän käyttäjäystävällisyys. Estäviä tekijöitä puolestaan ovat raportoitavan poikkeaman sivuuttaminen, kiireen vaikutus raportointiin, kielteinen asenne raportointiin, raportoinnin epämieluisat seuraamukset ja epäviralliset ilmoitukset.

Opinnäytetyö antaa hyvän ja selkeän kuvan Eksoten ensihoidossa raportoitujen vaaratapahtumien määrästä, laadusta, synnystä sekä estämisestä. Jatkotutkimuksena voisi tehdä vastaavan tutkimuksen pidemmällä otanta-ajalla, jolloin analysoitavien ilmoitusten määrä olisi isompi.

Asiasanat: potilasturvallisuus, vaaratapahtumaraportointi, ensihoito

Abstract

Alavahtola Petteri and Palviainen Jan-Erik

Towards better patient safety in emergency care by reporting adverse events, 85 Pages, 8 Appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Master's Degree Program in Health Promotion

Specialization in Clinical Skills/Management and Leadership

Master's Thesis 2014

Instructors: Senior Lecturer Susanna Tella, Saimaa University of Applied Sciences, and Mari Liukka, Quality and Patient Safety Manager, South Karelia District of Social and Health Services (Eksote)

The purpose of this study was both to describe adverse events reported in HaiPro-reporting system in emergency care in the South Karelia District of Social and Health Care (Eksote) and use the collected data to develop patient safety. Also, the purpose was to survey promoting and preventing factors of usage of an adverse event reporting system. The aim of this study was to get information for how to improve patient safety in Eksote emergency care by learning from your own experiences.

The first quantitative data were based on saved and processed HaiPro adverse event incidents during May 14, 2012 to May 14, 2013. The analysis was made using the HaiPro reporting system's own report tool. The second qualitative data were gathered from group interviews of Eksote's emergency care workers. This data were analyzed by inductive qualitative analysis.

The results of the study show that the typical reported adverse event in Eksote's emergency care was made by a paramedic, was related to operational environment of emergency care and was focused on the patient. It was estimated that these adverse events did not harm patient, but caused extra work to personnel. Usually working practice and inadequate methods were playing a role in the adverse event. To prevent such adverse events from occurring again, it was most commonly suggested that methods and working practices are further developed.

According to personnel, developmental optimism, positive attitude to reporting, knowledge of adverse events and reporting, undisturbed reporting environment and user-friendliness of the reporting system promotes adverse event reporting. As for ignoring adverse events, lack of time, negative attitude, unpleasant consequences and unofficial notifications prevents adverse event reporting.

This study gives a good and clear picture of the amount, quality and origin of reported adverse events in Eksote's emergency care, as well as developing actions started in consequence of reported events. By exploiting gathered information of promoting and preventing factors of adverse event reporting, it's possible to increase reporting activity of the personnel.

Keywords: patient safety, adverse event reporting and emergency care

Sisällys

1 Johdanto	5
2 Vaaratapahtumaraportoinnin tausta ja nykytila ensihoidossa	7
2.1 Kirjallisuushaku.....	7
2.2 Ensihoidon potilasturvallisuus.....	8
2.2.1 Ensihoito.....	8
2.2.2 Potilasturvallisuus.....	9
2.3 Vaaratapahtumaraportointi	11
2.3.1 Vaaratapahtumaraportoinnilla kerättyä tietoa	13
2.3.2 Vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavat tekijät	16
2.3.3 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro	20
2.3.4 Eksoten ensihoidon HaiPro – prosessi.....	22
3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät	24
4 Tutkimuksen toteutus	25
4.1 Metodologia	25
4.2 Aineiston hankinta ja tutkimukseen osallistujat	27
4.2.1 Määrällinen aineisto.....	27
4.2.2 Laadullinen aineisto.....	28
4.2.3 Ryhmähaastatteluiden toteutus	29
4.2.4 Laadullisen aineiston analyysi	32
5 Tulokset	35
5.1 Kvantitatiivisen tutkimusaineiston kuvaus.....	36
5.1.1 Vaaratapahtumien tyypit.....	37
5.1.2 Vaaratapahtumien seuraukset.....	39
5.1.3 Vaaratapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät.....	41
5.1.4 Tilanteiden hallinta.....	42
5.1.5 Toimenpide- ehdotukset poikkeamien välttämiseksi.....	43
5.2 Ilmoitusten aikaansaamat kehittämistoimet	44
5.3 Vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavat tekijät	47
5.3.1 Vaaratapahtumaraportointia edistävät tekijät	48
5.3.2 Vaaratapahtumaraportointia estävät tekijät	54
6 Pohdinta.....	63
6.1 Eettisyys	63
6.2 Luotettavuus	65
6.3 Tulosten tarkastelu	69
6.4 Jatkotutkimusaiheet	79
Kuvat.....	79
Taulukot.....	79
Lähteet.....	80

Liite 1. Tietokantahakujen tulokset

Liite 2. Tutkimuskatsaus

Liite 3. Kutsukirje

Liite 4. Ryhmähaastattelun alustus

Liite 5. Teemahaastattelurunko

Liite 6. Sisällönanalyysiprosessi: estävät tekijät

Liite 7. Sisällönanalyysiprosessi: edistävät tekijät

Liite 8. Tutkimuslupa

1 Johdanto

Terveysturvallisuuslain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua niin, että toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveysturvallisuuslain nojalla annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus (341/2011) konkretisoi niitä toimia, joita potilasturvallisuuden varmistamiseksi tulee yksiköissä tehdä. Asetuksen mukaan johtajat ovat vastuussa hoidon ja hoitamisen turvallisuudesta ja niiden keinojen kehittämisestä, joilla henkilöstö opetetaan tunnistamaan vaaratapahtumat sekä raportoimaan ne ennalta sovitulla tavalla.

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013 nostaa potilasturvallisuuden edistämisen keskeisimmäksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteeksi sekä sairaanhoidon laadun perustaksi (STM 2009, 11). Turvalliseen, vaikuttavaan ja laadukkaaseen hoitoon pyrkivän organisaation rakenteisiin ja toimintatapoihin tulee olla lyötynä potilasturvallisuuden leima, johon kuuluvat keskeisesti menettelytavoiltaan selkeä poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointi, seuranta ja käsittelymenetelmä. (Kinnunen ym. 2009,7-9; STM 2009, 17). Pelkästään vaaratapahtumien ilmoittaminen ei potilasturvallisuutta paranna, vaan ennen kaikkea näistä virheistä oppiminen, mikä edellyttää virheiden tarkkaa analysointia ja sen pohjalta tehtyjä työmenetelmien muutoksia ja käytäntöön juurruttamistyötä. (Kinnunen 2008, 7.)

Potilasturvallisuuden edistäminen ja vaaratapahtumaraportoinnin kehitys saivat alkunsa pitkälti siitä, että havaittiin potilaiden hoitoon liittyvien läheltä piti-tilanteiden ja haittatapahtumien olevan verraten yleisiä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että joka kymmenes sairaalahoidossa ollut potilas on kokenut jonkinasteisen haittatapahtuman, ja näistä puolet olisi ollut estettävissä (Pietikäinen ym. 2008, 6). Arvioiden mukaan Suomessa kuolee jopa 1500 potilasta haittatapahtuman seurauksena, ja varovaisten arvioiden mukaan haittatapahtumien hinta ylittää 440 miljoonaa euroa. Edellä mainitut luvut koskevat sairaalaan sisäistä toimintaa. Toistaiseksi ei ole tietoa siitä, kuinka paljon vaaratapahtumia ilmenee sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa ja mikä on niiden hinta. (Väisänen 2010, 30.)

Suomessa on vuonna 2007 otettu käyttöön internetpohjainen HaiPro-vaaratapahtumien raportointimenettely, joka kokoaa, tallentaa ja jäsentää tietoja niistä vaaratapahtumista, joita järjestelmään on ilmoitettu. Henkilöstö raportoi tapahtumat nimettömästi, luottamuksellisesti, vapaaehtoisesti sekä syyllistämättömästi. Sen on todettu soveltuvan hyvin potilasturvallisuusstrategian edellyttämäksi organisaation sisäiseksi raportointityökaluksi. (Ruuhilehto ym. 2011, 1034.) Tällä hetkellä HaiPro-työkalu on käytössä yli 200:ssa terveydenhuollon yksikössä, joiden joukossa on myös Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote) kaikki yksiköt (HaiPro 2014).

HaiPro-tietokantaan kertyneistä ilmoituksista on eri organisaatioissa tehty yhteenvetoja sekä tutkimuksia että selvityksiä. Tutkimukset sekä selvitykset (kuten Kuisma 2010; Kinnunen 2010b; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008; Avelin & Lepola 2008). on tehty erilaisista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä sekä vaihtelevilta erikois- ja toimialoilta. Aiempaa tietoa siitä, millaisia vaaratapahtumia HaiPro-järjestelmään on ilmoitettu ensihoidon yksiköistä, ei tällä hetkellä ole saatavilla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Eksoten ensihoidossa tapahtuneita potilasturvallisuuteen liittyviä tapahtumia, jotka henkilöstö on ilmoittanut HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään. Kuvaamme myös vaaratapahtumailmoituksista saadun tiedon hyödyntämistä ensihoidon yksikön potilasturvallisuuden kehittämistoimissa. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa vaaratapahtumien raportointia edistäviä ja estäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuskohteena olevan työyhteisön virheistä oppimiseen perustuvaan potilasturvallisuuden edistämistyöhön. Saatuja tietoja voidaan hyödyntää niin työyhteisön potilasturvallisuuden kehittämistarpeiden määrittelyssä kuin vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuudenkin edistämisessä.

2 Vaaratapahtumaraportoinnin tausta ja nykytila ensihoidossa

2.1 Kirjallisuushaku

Kirjallisuushakutuloksen (liite 1) perusteella voitaneen sanoa, että ensihoidon potilasturvallisuustutkimusta on tehty toistaiseksi niukasti. Samaan lopputulokseen ovat päätyneet Peltomaa ym. (2010) sekä Ryyänen ym. (2008) omissa tutkimuksissaan. Hoitolaitoksissa tapahtuvan hoitotyön potilasturvallisuuteen sekä vaaratapahtumaraportointiin liittyvää tutkimusta on tehty melko runsaasti ulkomailla sekä yhä enemmän myös Suomessa muutamien viime vuosien aikana. Suomessa tehdyt tutkimukset ovat pääosin pro gradu-tutkielmia sekä ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Väitöskirjoja potilasturvallisuuteen liittyen ovat tehneet Kinnunen (2010) sekä Järvelin (2012).

Opinnäytetyön kirjallisuushaun teimme helmikuussa 2012 Nelli- ja Terveystietokannoista sekä DOAJ-, EBSCO Host academic searche elite- ja OVID-tietokannoista. Hakutermeinä käytettiin potilasturvallisuus, vaaratapahtumaraportointi, ensihoito, patient safety, incident reporting, emergency care, HSOPSC (Hospital survey on patient safety culture) sanoja ja niiden yhdistelmiä. Opinnäytetyössä käyttämämme kirjallisuuden valintakriteereinä olivat suomen, ruotsin tai englannin kieli ja aineiston saatavuus elektronisena tai kaukopalvelulainana. Kirjallisuuden tuli käsitellä potilasturvallisuuden kehittämistä vaaratapahtumaraportoinnilla tai potilasturvallisuus-käsitettä ensihoidon toimintaympäristössä. Alkuvaiheen poissulku tehtiin otsikon tai tiivistelmän sisällön perusteella. Kirjallisuutta on kerätty myös manuaalisesti Terveiden – ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä nettitietopankista; Julkaisuja potilasturvallisuudesta sekä HaiPro www-sivuston aineistoista. Liitteeseen 2 on kerätty tämän opinnäytetyön kannalta merkittävien kotimaisten sekä ulkomaisten tutkimusten ja selvitysten tuloksia.

2.2 Ensihoidon potilasturvallisuus

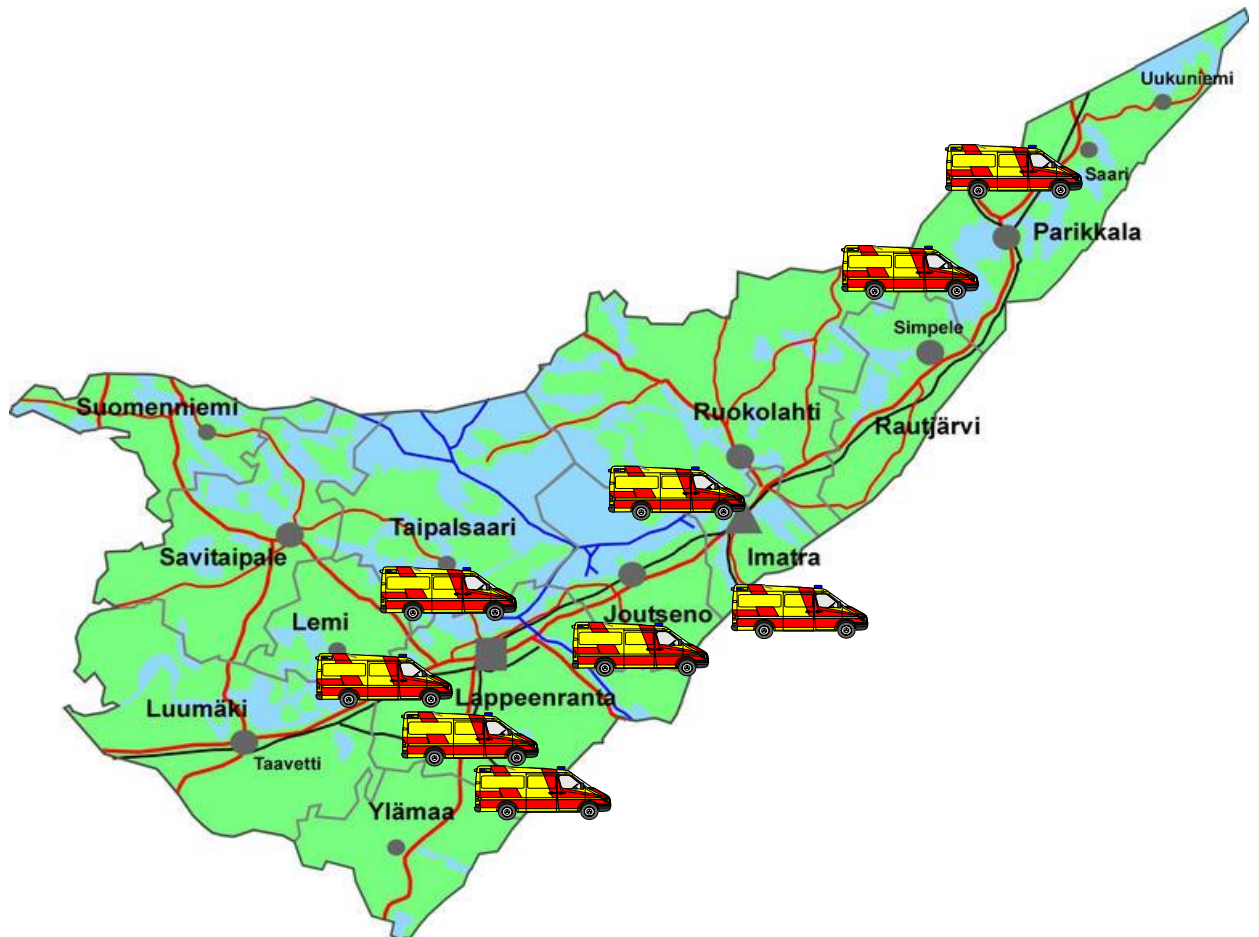
2.2.1 Ensihoito

Tässä opinnäytetyössä **ensihoidolla** tarkoitetaan ensihoitajien tekemää tilanarviota äkillisesti sairastuneesta tai loukkaantuneesta potilaasta sekä hänelle annettavaa kiireellistä hoitoa. Ensihoitoon kuuluvat myös potilaan ohjaus, kuljetustarpeen arviointi ja tarvittaessa kuljettaminen tarkoituksenmukaisimpaan hoitolaitokseen. Ensihoito käsite sisältyy nykyisen terveydenhuoltolain (1326/2010) sekä ensihoitopalveluasetuksen (340/2011) määrittelemään **ensihoitopalveluun**. Ensihoitopalveluasetuksessa (340/2011) kuvataan ensihoitopalvelun tehtävät, jotka ovat huomattavasti laajemmat kuin tässä työssä tarkoitettavalla ensihoidolla.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa jokaisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän järjestämään alueensa ensihoitopalvelun sekä riittävän valmiuden ylläpidon. Se voi järjestää toiminnan itse tai yhteistyössä pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa. Yhdessä näiden tulee muodostaa alueellisesti hyvin toimiva kokonaisuus. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymän eli Eksoten tuottama ensihoitopalvelu käynnistyi vuonna 2011. Tällöin alueen ensihoitotoimintoja siirtyi Etelä-Karjalan pelastuslaitokselta ja yksityisiltä tuottajilta Eksoten omiksi toimintoyksiköiksi. Toukokuussa 2013 Eksoten tuottamaa ensihoitopalvelua oli Lappeenrannan, Imatran, Rautjärven ja Parikkalan kuntien alueella yhteensä kuudessa eri toimipisteessä, joissa on yhteensä yhdeksän (9) ensihoitoyksikköä (Kuva 1). Nämä yksiköt suorittavat vuosittain noin 20 000 ensihoitotehtävää. Henkilöstöön kuuluu 61 ensihoitajaa. Ensihoidon hallinnosta vastaa ensihoidon ylilääkäri yhdessä ensihoitopäällikön ja lääkintäpäällikön kanssa. Ensihoidon tulokset kuuluvat Akuuttiin tulosalueeseen, joka vastaavasti on osa Eksoten terveystieteiden alueita.

Eksoten omien ensihoitoyksiköiden lisäksi alueella on yksityistä palveluntuotantoa Ruokolahden, Savitaipaleen ja Luumäen kuntien alueilla. Tulevaisuudessa näidenkin kuntien ensihoito järjestetään Eksoten omana toimintana.



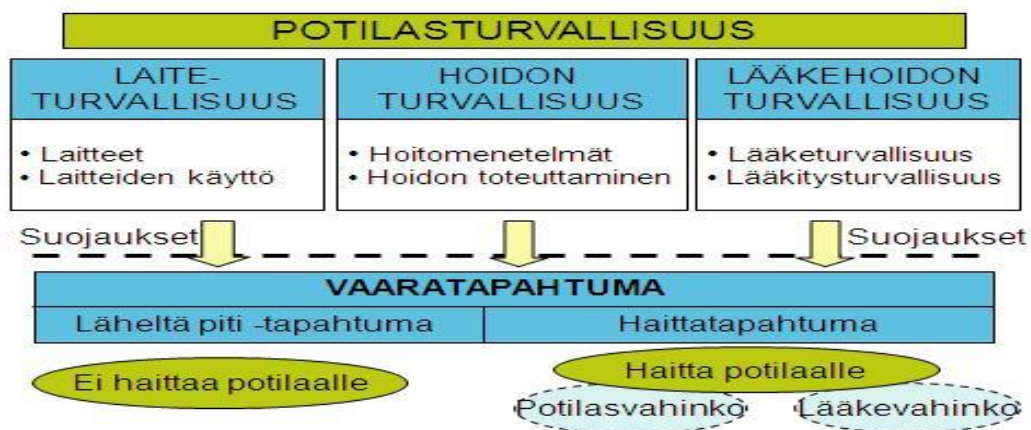
Kuva 1. Eksoten ensihoitoyksiköt 12.5.2013

2.2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Kyse on siis hoidon ja hoitamisen laadusta ja turvallisuudesta, ja siinä hyödynnetään olemassa olevat voimavarat sekä resurssit parhaalla mahdollisella tavalla. Potilasturvallisuuden tavoitteena on taata potilaalle oikea, vaikuttava hoito oikeaan aikaan ja oikealla tavalla suoritettuna niin, että hoito ja hoitolaitoksessa oleminen eivät aiheuta

hänelle hoitoon kuulumatonta vaaraa tai haittaa. (Potilasturvallisuutta taidolla 2012; STM 2009, 11–12; ROHTO 2007, 3–6.)

Potilaan näkökulmasta turvallisuuteen liittyy vahvasti myös turvallisuuden tunteen kokeminen, johon yhdistetään ammattitaitoinen ja osaava henkilöstö, joka kohtelee potilasta ihmisarvoa kunnioittavasti. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä laiteturvallisuuden (Kuva 2). Näissä kaikissa turvallisuuden osa-alueissa voidaan erottaa menetelmän turvallisuus sekä hoitoprosessin turvallisuus. (Potilasturvallisuutta taidolla 2012; STM 2009, 11-12; ROHTO 2007, 3-6.) Peltomaa ym. (2010) nostavat lisäksi sairaalan ulkopuolisen ensihoidon potilasturvallisuuden yhdeksi osa-alueeksi hälytysajoturvallisuuden.



Kuva 2. Potilasturvallisuus (mukaiillen ROHTO 2007)

Peltomaan ym. (2010) mukaan potilasturvallisuus muodostuu sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa hoitotyön yleisestä turvallisuudesta, laiteturvallisuudesta, lääketurvallisuudesta ja hälytysajoturvallisuudesta. Hoitotyön yleinen turvallisuus kulminoituu systemaattiseen toimintatapaan, johtamiseen sekä henkilöstön arvoihin ja asenteisiin. Laiteturvallisuus sisältää laitteiden hallinnan ja toimivuuden sekä huollot ja tarkastukset. Lääkehoitotaitojen ylläpitäminen, testaus, koulutus ja lääkelupakäytännöt sisältyvät potilasturvallisen lääkehoidon luokkaan. Hälytysajoturvallisuuteen liittyvät tekijät ovat ajokoulutus sekä ajoharjoittelu. Peltomaa ym. (2010) ehdottavat sairaankuljetuksessa työskenteleville järjestettäväksi valtakunnallista ja vaatimustasoltaan yhtenevää hälytysajokoulutusta.

Päivystyspoliklinikan henkilöstö kokee ammattitaitoisen henkilökunnan, turvallisen hoitoympäristön sekä asianmukaisen hoidon edistävän potilasturvallisuutta. Edellä mainittujen tekijöiden puuttumisen lisäksi hoitajapulan sekä potilaiden aiheuttamat vaaratilanteet koetaan estäviksi tekijöiksi potilasturvallisuuden toteutumiselle. (Yli-Villamo 2008, 29.) Saraste (2012, 34–36) mainitsee potilasturvallisuuden edistyvän vaaratapahtumailmoituksista annetun palautteen sekä ilmoitusten pohjalta tehtyjen toimintatapamuutosten avulla. Hän nostaa esiin myös syylistämättömyyden periaatteen potilasturvallisuuden edistämisen kulmakivenä. Päivystyspoliklinikan henkilöstön mukaan vaaratapahtumat johtuvat hoitohenkilökunnan ja potilaiden aiheuttamista tapahtumista, tapaturmista, riittämättömistä resursseista sekä turvattomasta työympäristöstä. Vaaratapahtumien ennaltaehkäisyä voitaisiin hoitajien mielestä lisätä koulutuksella, perehdytyksellä, avoimella keskustelulla sekä siihen liittyvällä keskustelulla. Hallinnollisilla menetelmillä saataisiin myös ennaltaehkäistyä vaaratapahtumia merkittävästi. (Yli-Villamo 2008, 36, 44.) Yli-Villamo (2008) toteaa myös, että päivystyspoliklinikoiden potilasturvallisuuden kehittämisessä huomio tulisi kiinnittää hoidon aikaisiin olosuhteisiin, henkilöstöresursseihin sekä henkilöstön osaamisen varmistamiseen ja ylläpitämiseen. Terveystuotojärjestelmän toimintatapoja sekä hallinnon roolia toiminnan johtamisessa tulee niin ikään tarkastella kriittisesti potilasturvallisen hoidon takaamisessa. Kuisma (2010, 46) kuvaa puolestaan potilasturvallisuuden kehittämisen keskiöön riittävän ja ammattitaitoisen henkilöstön, joka toimii turvallisessa ympäristössä eettisesti, moniammatillisesti sekä potilaasta johtuvat riskit hyväksyen.

2.3 Vaaratapahtumaraportointi

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Tapahtuma voidaan jakaa vakavaan tai lievään, riippuen haitan luonteesta ja haitta-asteesta. Vaaratapahtuma voi olla myös **läheltä piti-tapahtuma**, mikäli haitalta on vältytty satumatlta, tai poikkeama tai vaaratilanne on havaittu ja haitalliset seuraukset pysytytty estämään ajoissa. **Poikkeamaksi** kutsutaan mitä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, toimintajärjestelmiin ja toimintaympäristöön liit-

tyvää suunnitellusta tai sovitusta poikkeavaa tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. (Potilasturvallisuutta taidolla 2012; ROHTO 2007, 5-7.)

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian mukaisen potilasturvallisuustyön yksi keskeisimmistä tavoitteista on vaaratapahtumaraportointi ja siitä oppiminen. Euroopan yhteisöjen neuvoston suositukset peräänkuuluttavat jäsenvaltioidensa aktiivisuutta laatia ja tehostaa sosiaali- ja terveydenhuollon haittatapahtumia koskevia ilmoitus- ja oppimisjärjestelmiä. (Kinnunen ym. 2009, 7.) Vaaratilanteiden, poikkeamien, virheiden ja läheltä piti -tilanteiden raportointi, on keskeinen osa toiminta-, turvallisuus- ja johtamisjärjestelmää eri toimialoilla. Monilla muilla korkeanriskin toimialoilla, kuten ilmailu ja ydinvoimateollisuus, vaaratapahtumaraportointi on ollut tärkeä osa turvallisuustyötä jo pitkään. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat omaksuneet sittemmin vaaratapahtumaraportoinnin keskeiseksi potilasturvallisuuden edistämisen työkaluksi. (STM 2010, 9-17; Knuuttila ym. 2007, 9 – 13.) Kuisman (2011) mukaan on arvioitu, että terveydenhuollossa vain 10–30 % vaaratapahtumista raportoidaan eteenpäin.

Vaaratapahtumaraportoinnin tavoitteena on saada tietoa työyksikön toiminnassa esiintyvistä vaaratilanteista ja vaaratapahtumista niin, että vastaavien tapahtumien syntyminen voidaan oppimisen ja kehittämistyön kautta estää. Työyksikön sisäiseen vaaratapahtumaraportointiin tulisi osallistua kaikki ammattiryhmät sekä opiskelijat. Vaikka potilasturvallisuuden kokonaisvastuu onkin organisaation johdolla, kuuluu ammatillisuuteen keskeisesti vastuu potilasturvallisuuden edistämisestä ja täten myös vaaratapahtumien ilmoittamisesta. Vaaratapahtumista ilmoittamista tukevat vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus sekä avoimuus ja raportoinnin päätavoitteena tulee olla oppiminen. (STM 2010, 9-17; Knuuttila ym. 2007, 9.) Vaaratapahtumaraportoinnissa on kyse laatutoimintaan verrattavissa olevasta potilasturvallisuuden kehittämisestä, johon yksiköt ryhtyvät omaaloitteisesti ja vapaaehtoisesti (Knuuttila ym. 2007, 13).

2.3.1 Vaaratapahtumaraportoinnilla kerättyä tietoa

Potilasturvallisuustutkimuksen sekä vaaratapahtumaraportoinnin kehittämisen alullepanijaksi mielletään Kohnin ym. (1999) tekemää, Institute of Medicinen julkaisemaa raporttia ” To Err Is Human”. Tämän jälkeen yleinen mielenkiinto potilasturvallisuutta kohtaan lisääntyi maailmanlaajuisesti. (Doupi 2009, 8.) Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvää potilasturvallisuus- tai vaaratapahtumaraportointitutkimusta on tehty niukasti. Kansainvälisen tutkimuksen kohteina ovat olleet ensihoidossa tapahtuvien vaaratilanteiden määrä, tapahtumien tyyppi sekä myötävaikuttavat tekijät. Tutkimusaineistona on pääasiallisesti käytetty vaaratapahtumien raportointijärjestelmiin tehtyjä ilmoituksia. (Hohenstein ym. 2013; Gallagher & Kupas 2012; Stella ym. 2010). Suomessa ensihoidon potilasturvallisuutta ja vaaratapahtumaraportointia on toistaiseksi tutkittu ainoastaan ammatikorkeakoulutasoisissa opinnäytetöissä (esim. Peltomaa ym. 2010; Kivelä 2010).

Raportoiduista vaaratapahtumien tai poikkeamien vaikutuksista potilaalle ei tutkijoilla ole yhtenäistä näkemystä. Hohensteinin ym. (2013) mukaan lähes puolet vaaratapahtumien raportointijärjestelmään ilmoitetuista ensihoidon poikkeamista ovat aiheuttaneet haittaa potilaalle. He huomauttavat, että suurin osa ilmoituksista on tehty hoidettaessa kriittisesti sairaita potilaita, joiden kohdalla pienilläkin virheillä voi olla merkittävä vaikutus hoidon lopputulokseen. Stella ym. (2010) arvioivat kuitenkin niin, että valtaosa ensihoidon vaaratapahtumista ei aiheuta potilaille haittaa tai ne ovat läheltä piti-tapahtumia. Hohenstein ym. (2013) esittävät, että ensihoidon poikkeamista suurin osa on luokiteltavissa henkilöstön ongelmiin. Gallageher ja Kupas (2012) arvioivat myös, että ensihoidon vaaratapahtumista kolmannes (33 %) johtuu henkilöstön toiminnasta ja käyttäytymisestä. Heidän tutkimuksessaan seuraavaksi eniten ilmoituksia luokiteltiin ajoneuvosta tai kuljetuksesta johtuviin (16 %), ambulanssin saatavuus (13 %), kommunikaatio- (8 %) sekä lääkintälaiteluokkiin (9 %). Muita vaaratapahtumaluokkia olivat lääketieteelliset toimenpiteet, lääkitys, onnettomuuspaikan johto- ja protokollakysymykset

Zimmerin ym. (2010) mukaan simuloituissa ensihoitotehtävissä potilasturvallisuutta mahdollisesti vaarantavia tapahtumia esiintyy keskimäärin 7 jokaista teh-

tävää kohden. He uskovat vaaratapahtumien olevan yhtä yleisiä myös todellisissa ensihoitotehtävissä. Tästä poiketen, Stellan ym. (2010) tutkimuksessa arvioidaan, että jokainen ensihoidossa ilmoitettu vaaratapahtuma sisältää keskimäärin 2 potilasturvallisuuden vaarantavaa tai mahdollisesti vaarantavaa ns. läheltä piti-tapahtumaa. He ilmoittavat yleisimmän syyn tapahtumiin olevan tehtävään tai toimenpiteeseen käytetyn liian pitkän ajan. Zimmer ym. (2010) toteavat kuitenkin, että kommunikaatiovirheet ovat ensihoidossa yleisimpiä vaaratapahtumien aiheuttajia. Potilaan tilasta ja tehdyistä hoitotoimista raportoitaessa hukataan paljon tärkeää tietoa, ja ensihoitajien tekemät diagnoosit sekä hoitotoimet ovat myös epäyhtenäisiä.

Hohenstein ym. (2013) uskovat raportointijärjestelmän auttavan ensihoitojärjestelmän heikkouksien tunnistamisessa. Myös Gallagher ja Kupas (2012) toteavat raportointijärjestelmän avulla voitavan tunnistaa tapahtumia, jotka aiheuttavat potilasturvallisuusriskin ensihoidossa. Lisäksi he arvioivat, että vaaratapahtumia analysoimalla ja toimintatapoja muuttamalla voidaan vastaavanlaisia virheitä jatkossa välttää.

Suomessa on tehty joitakin pro gradu -tutkielmia sekä selvityksiä hoitolaitosten vaaratapahtumaraportoinnista. Näissä on hyödynnetty nykyisin yleisesti käytössä olevaa HaiPro–vaaratapahtumien raportointijärjestelmää ja sinne tehtyjä ilmoituksia. Tutkielmien tiedonantajina ovat olleet sekä vaaratapahtumailmoitusten käsittelijät että ilmoittajat.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, 31) (jatkossa, Selvitysraportti 2008) mukaan, HaiPro-järjestelmään ilmoitetuista tapahtumista 47 % oli läheltä piti-tapahtumia ja 53 % tapahtumista eteni potilaaseen asti. Avelinin ja Lepolan (2008, 33) opinnäytetyössä vastaavat lukemat ovat 67 % ja 33 %. Edellisistä tuloksista poiketen Kuisman (2010, 20) tutkielmassa läheltä piti-tapahtumia oli ainoastaan 24 % tehdyistä ilmoituksista. Selvitysraportissa (2008, 32) yli puolessa ilmoitetuista tapahtumista potilaalle ei aiheutunut haittaa ja noin 1 %:ssa tapahtumista haitta luokiteltiin vakavaksi. Kuisman (2010, 26) pro gradun tulokset vahvistavat tätä käsitystä ilmoitettujen vaaratapahtumien vaikutuksista ja seurauksista.

Selvitysraportin (2008, 28) mukaan yleisin tapahtumatyyppi on lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon tai varjoaineeseen liittyvä (52 %). Seuraavaksi eniten raportoidaan tapaturmia ja onnettomuuksia (12,5 %) sekä tiedonkulun tai tiedonhallinnan tapahtumia (12 %). Avelinin ja Lepolan (2008, 33) sekä Kuisman (2010, 21–22) että Kinnusen (2010b, 133) tutkimusten tulokset tapahtumatyyppien yleisyydestä ovat samansuuntaisia. Avelinin ja Lepolan (2008, 33) työssä lääke- ja nestehoito luokkaan ilmoitettiin peräti 74 % kaikista ilmoituksista. Tyyppillisin raportoitu lääkityspoikkeama on jakovirhe. Jako-, anto- ja kirjaamisvirheet muodostavat 80–95 % kaikista raportoiduista lääkityspoikkeamista. Potilaaseen kohdistuneet tapaturmat ja onnettomuudet ovat pääasiassa kaatumisia ja putoamisia. (Kuisma 2010, 23; Kinnunen 2010b, 133; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008; Avelin & Lepola 2008, 42.) Avelinin ja Lepolan (2008, 33) aineistossa väkivaltaan ja pahoinpitelyyn liittyvät ilmoitukset nousivat poikkeuksellisesti toiseksi yleisimmäksi ilmoitustyyppiksi. Näissä ilmoituksissa oli valtaosassa (71 %) kyse hoitajaan kohdistuneesta väkivallasta. Kallankarin (2013, 24) mukaan myös ensihoidossa työväkivalta on yleistä. Ensihoidossa reilussa 8 %:ssa tehtävistä hoitajat kokevat jonkinlaista väkivaltaa tai väkivallan uhkaa. Kuisma (2010, 7) huomauttaa omassa tutkielmassaan, että terveydenhuollon eri toimialoilla vaaratapahtumien esiintyvyydessä sekä tapahtumatyypeissä on havaittavissa eroja. Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat ovat yleisimpiä useimmilla toimialoilla, mutta päivystyspoliklinikoilla useimmin esiintyvä vaaratapahtuma on hoidon tarpeen arviointiin liittyvä.

Selvitysraportissa (2008, 35) todetaan, että vaaratapahtuman syntyyn myötävaikuttavista tekijöistä yleisimmät ovat kommunikointi ja tiedonkulku (19 %), potilas ja läheiset (13 %) sekä työympäristö, -välineet ja resurssit (11 %). Myös Kinnunen (2010b, 134) nostaa kommunikoinnin ja tiedonkulun yleisimpien tapahtumien vaikuttaneiden asioiden joukkoon. Hän arvioi niin ikään toimintatapojen sekä työympäristön sekä resurssien olevan syitä vaaratapahtumien syntyyn. Kuisman (2010, 25) mukaan yleisin yksittäinen myötävaikuttava tekijä vaaratapahtumalle on työmenetelmät ja toimintatavat. Seuraavaksi eniten vaaratapahtumiin myötävaikuttaa potilaan sairauden vakavuus ja pulmallisuus. Kuisma (2010, 8, 54) nostaa kuitenkin esiin, että aikaisemman tutkimustiedon valossa vaaratapahtumiin myötävaikuttaneissa tekijöissä on havaittavissa eroavaisuutta

eri toimialojen kesken. Vastasyntyneiden tehohoidossa yleisin myötävaikuttava tekijä on sovittujen työmenetelmien laiminlyönti, kun päivystyspoliklinikalla useimmiten vaaratapahtuman syntyyn ovat myötävaikuttamassa kommunikatio-ongelmat, henkilökunnan puutteellinen ammattitaito ja resurssipula. Eri vaaratapahtumatyypeissä ovat yleensä vaikuttamassa erilaiset tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät. Esimerkiksi kaatumisissa ja putoamisissa yleisin myötävaikuttava tekijä on potilaan sairaus ja sen pulmallisuus, mutta tiedonkulun ja -hallinnan tapahtumissa myötävaikuttavana tekijänä ovat useimmin kommunikoinnin ongelmat. (Kuisma 2010, 25.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvitykseen (2008, 40) osallistuneissa hoitolaitoksissa oli vaaratapahtumailmoitusten pohjalta tehty monenlaisia kehittämistoimia ja muutoksia. Nämä liittyvät useimmin hoitotoimenpiteisiin ja työohjeisiin, laitteisiin sekä viestintään. Dokumentoinnin, resurssien ja työturvallisuuden kehittämistoimia oli myös käynnistetty. Avelinin ja Lepolan (2008, 51) tutkimuskohteenä olleessa organisaatiossa ilmoitusten pohjalta suunniteltiin koulutuksia sekä uusia toimintatapoja. Hoitajat olivat myös sitä mieltä, että vaaratapahtumista voidaan oppia. Kuisman (2010, 51) tutkimuskohteenä olleessa organisaatiossa potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueiksi nousi useita kokonaisuuksia. Tutkimuksen mukaan vaaratapahtumailmoituksia analysoimalla ja hyödyntämällä saadaan potilasturvallisuuden nykytilasta ja kehittämiskohteista selkeä kuva.

2.3.2 Vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavat tekijät

Aikaisemman tutkimustiedon valossa henkilöstön aktiivisuuteen raportoida vaaratapahtumia vaikuttavat monet tekijät. Seuraavaksi esittelemme tutkimuksissa esiin tulleita raportointiin vaikuttavia tekijöitä. Useiden vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavien tekijöiden yhteydessä voidaan mainita, että kyseisen tekijän olemassaolo edistää raportointia, mutta toisaalta saman tekijän puuttuminen estää tai ainakin rajoittaa raportointiaktiivisuutta.

Suomessa laajalti käytössä oleva sähköinen HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on useissa tutkimuksissa ja palautteissa todettu helppokäyttöiseksi, selkeäksi, käteväksi ja tarkoitukseen sopivaksi. Näiden tekijöiden on todettu edistävän henkilöstön ilmoituksetekoa. (Alanne & Rantanen 2011, 44; Kinnunen 2008, 86; Ruuhilehto & Knuutila 2008b, 44; Avelin & Lepola 2008, 48;) Taylor ym. (2004, 732) toteavat monimutkaisen raportointilomakkeen olevan ilmoitusaktiivisuutta rajoittava tekijä. He uskovatkin elektronisen lomakkeen edistävän raportointia selvästi. Toisaalta Niemi-Murola ja Mäntyranta (2011, 21–23) uskovat joissakin tapauksissa käytössä olevan tekniikan jopa estävän ilmoituksen tekemistä. Avelinin ja Lepolan (2008, 48) opinnäytetyössä oli saatu myös viitteitä siitä, että osa hoitajista kokee sähköisen lomakkeen vieraaksi ja he myös jännittävät ilmoituksen tekemistä. Nämä tekijät voivat muodostua raportointia rajoittaviksi tekijöiksi. Kivelän (2010, 23) opinnäytetyössä oli todettu ensihoitajien pitävän raportointia hankalana ja aikaa vievänä. Heillä ei ollut käytössä HaiPro-järjestelmää.

Kinnunen (2008, 88) toteaa tutkielmassaan HaiPro-järjestelmän käyttöönottoprosessin yhteydessä tapahtuvan jatkuvan tiedottamisen ja toistuvan koulutuksen olevan selkeästi yhteydessä käyttöönoton onnistumiseen sekä henkilöstön ilmoitusaktiivisuuteen. Leinin ym. (2011, 36) opinnäytetyön tulokset vahvistavat tätä ajatusta, sillä he toteavat raportointia edistäväksi tekijäksi HaiProon liittyvän lisäkoulutuksen. Useat hoitajat olivat kokeneet, etteivät osaa käyttää HaiProa ja jättävät sen vuoksi ilmoituksen tekemättä.

Vaaratapahtumaraportointia estäväksi tekijäksi on noussut myös ilmoitettavien tapahtumien ja asioiden tunnistamisen vaikeus (Kinnunen 2008, 59; Avelin & Lepola 2008, 48). Myös Taylorin ym. (2004, 732) mukaan hoitajille ei ole selvää, millaisia tapahtumia raportointiohjelmaan tulisi ilmoittaa, eikä heidän kykynsä tunnistaa vaaratapahtumia ole riittävä. Ensihoitajista ainoastaan puolet arvioi tietävänsä, millaisista tapahtumista ilmoitus tulisi tehdä (Kivelä 2010, 23). Vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuutta saadaan lisättyä kouluttamalla henkilöstöä tunnistamaan erilaisia vaaratapahtumia. (Leino ym. 2011, 44; Ruuhilehto & Knuutila 2008b, 42–43; Taylor 2004, 732.) Koivusen ym. (2007, 12–15) mukaan lääkäreillä on selkeä käsitys ilmoitettavista asioista, mutta hoitajat tietävät

paremmin, kenen vastuulle raportointi kuuluu. Kivelä (2010, 23) arvioi myös suurimman osan ensihoitajista tietävän, kenen vastuulla raportointi on.

Raportoinnista saatujen hyötyjen osoittaminen sekä niiden yleinen tiedottaminen koko organisaatiolle edistävät raportointijärjestelmän käyttöönottoa (Kinnunen 2008, 88). Todisteet raportoinnin hyödyistä ja tehdyistä parannuksista sekä tieto virheistä ja niiden yleisyydestä sekä seurauksista edesauttavat raportointiaktiivisuutta (Alanne & Rantanen 2011, 40; Ruuhilehto & Knuutila 2008b, 42 – 46; Taylor ym. 2004, 732; Beasley ym. 2004.) Pasternack (2006, 2467) mainitsee raportointia vaikeuttavana tekijänä olevan hoitajien epäily raportoinnin hyödyttömyydestä. Samoilla linjoilla ovat myös Taylor ym. (2004, 732) sekä Alanne ja Rantanen (2011, 37). Koivunen ym. (2007, 12 - 15) ja Kivelä (2010, 23) mainitsevat opinnäytteissään yhdeksi syyksi ilmoittamatta jättämiseen turhautumisen, koska ilmoitukset eivät johda parannuksiin.

Osastonhoitajien positiivinen suhtautuminen, kannustus, tuki ja esimerkillinen ote raportointiin edistävät henkilöstön ilmoitusaktiivisuutta (Kinnunen 2008, 88). Myös Sorra ym. (2008, 1937–1938) toteavat työnantajapuolen rohkaisun ja kannustuksen lisäävän henkilöstön raportointi-innokkuutta. Henkilöstö on kokenut tarpeelliseksi työpaikalla olevan yhdyshenkilön, joka tukee ja innostaa raportoimaan sekä tiedoillaan vähentää epäluuloja raportointia kohtaan (Keistinen ym. 2008, 3788). Kinnunen (2008, 88) toteaa tutkielmassaan, että työkavereiden, esimiesten sekä yhteiskunnan asenteet sekä suhtautuminen raportointiin ja vaaratilanteiden esiin tuomiseen vaikuttavat yksittäisen työntekijän päätökseen käyttää raportointijärjestelmää. Pasternackin (2006, 2467) mukaan työilmapiiri, jossa paheksutaan ja syyllistetään virheistä, ei tue avointa raportointikäytäntöä ja näin myös rajoittaa vapaaehtoista raportointia. Hoitajista enemmistö kokee raportoinnin positiivisena asiana, ja he kannustavakin toisiaan ilmoitusten tekoon (Sorra ym. 2008, 1937–1938). Niemi-Murola ja Mäntyranta (2011, 21–23) mainitsevat suurimmaksi raportoinnin esteeksi työyksikön kulttuurin. Myös Kuisman (2010, 52) mielestä ilmoitusaktiivisuuden taustalla on ilmoituskulttuurillinen tekijä, jonka muuttamiseen vaaditaan esimiesten aktiivista panosta. Virheiden salailu ja tästä seuraava raportoimattomuus on verraten yleistä lääkäreiden ja hoitajienkin keskuudessa. Leape (2000, 145) uskoo tämän johtu-

van terveydenhuollon henkilöstön täydellisyyteen pyrkimisestä. Reiman ym. (2010, 63–76) mainitsevat myös, että monet organisaation kulttuurilliset tekijät ovat vaikuttamassa siihen, kuinka potilasturvallisuuteen ja vaaratapahtumaraportointiin suhtaudutaan. He puhuvatkin tässä yhteydessä potilasturvallisuus-kulttuurin käsitteestä, jossa yhdistyvät henkilöstön kokemukset, näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit. Heidän mukaansa kulttuurin normit määrittelevät myös sitä, miten turvallisuudesta, riskeistä ja epävarmuudesta on suotavaa työyhteisössä puhua.

Ulkomaisissa tutkimuksissa vahvasti esiin nostettu tekijä vaaratapahtumaraportoinnin esteenä on rangaistuksen pelko. Hoitajat pelkäävät syylliseksi leimautumista (Taylor ym. 2004, 732; Beasley ym. 2004), merkintää henkilökohtaisiin tietoihin sekä juridisia toimia heitä vastaan (Sorra ym. 2008, 1937; Dunn 2003, 58–60). Tehtyään virheitä lääkärit häpeävät ja pelkäävät menettävänsä luotettavuuttaan ja mainettaan (Pasternack 2006, 2467; Knuuttila ym. 2007, 31). Dunn (2003, 58 - 60) mainitsee hoitajienkin pelkäävän maineensa menetystä, mikäli virhe tulee tietoisuuteen. Kotimaisissa tutkimuksissa pelkoon liittyvät tekijät eivät ole nousseet merkittäviksi esteiksi raportoinnille. Koivusen ym. (2007, 12–15) mukaan rangaistuksen pelko tai epäpäteväksi leimautumisen pelko eivät olleet raportointiaktiivisuutta vähentäviä tekijöitä. Ensihoitajistakaan suurin osa ei kokenut ilmoittamisen vaikuttavan pätevyuden kyseenalaistamiseen. Heidän ilmoitusaktiivisuuteensa eivät juuri vaikuttaneet muutkaan rangaistuksen pelot. (Kivelä 2010, 23.)

Työvuoron kiireellisyydellä ja kiireeseen yhdistetyllä asioiden unohtamisella on myös raportointijärjestelmän käyttöä rajoittava ja estävä vaikutus (Leino ym. 2011, 35; Alanne & Rantanen 2011, 35; Kivelä 2010, 23; Avelin & Lepola 2008, 48; Koivunen ym. 2007, 12–15; Knuuttila ym. 2007, 31; Pasternack 2006, 2467; Taylor ym. 2004, 733). Koivunen ym. (2007, 12–15) arvioivat kiireen aiheuttavan suurimman osan virheistä sekä sen olevan merkittävä syy raportoimattomuuteen. Leino ym. (2011, 35) toteavat hoitajien ajanpuutteen vähentävän ilmoitusaktiivisuutta. Taylorin ym. (2004, 733) mielestä hoitajat laittavat ajanpuutteen vuoksi toimintoja tärkeysjärjestykseen, ja tässä listassa työtehtävien suorittaminen on ilmoitusten tekoa tärkeämpää.

Hoitajien työkokemuksella ei ole todettu olevan yhteyttä raportointiaktiivisuuteen (Koivunen ym. 2007, 12–15; Kivelä 2010). Pasternack (2006, 2467) mainitsee maailmalla vallitsevan melko yhdenmukaisen mielipiteen siitä, että raportoinnin vapaaehtoisuus tuottaa luotettavamman ja kattavamman raportointi tuloksen kuin pakollinen raportointi käytäntö. Kuitenkin, Leino ym. (2011, 48) sekä Taylor ym. (2004, 733) toteavat ilmoittamisen pakollistamisesta olevan mahdollisesti hyötyä raportointiaktiivisuuden kasvattamisessa. Sorra ym. (2008, 1937 - 1938) toteavat nimettömänä tapahtuvan ilmoittamisen edistävän raportointia.

Vaaratapahtuman vakavuudella on todettu olevan vaikutusta henkilöstön raportointimotivaatioon. Vakavat ja potilaaseen asti menneet vaaratapahtumat ilmoitetaan aktiivisemmin kuin lievät tapahtumat tai läheltä piti-tilanteet. (Taylor ym. 2004, 733.) Sorra ym. (2008, 1937–1938) mainitsevat tutkimuksessaan hoitajien ilmoitusaktiivisuuden vähenevän, mikäli virhe on havaittu ja korjattu ennen kuin se ehti aiheuttaa potilaalle haittaa. Tapahtumien vähäiset seuraamukset potilaalle tekevät raportoinnin tarpeettomaksi ensihoitajienkin mielestä (Kivelä 2010, 23). Alanne ja Rantanen (2011, 36) mainitsevat myös tapahtumien vähätelyn vähentävän hoitajien vaaratapahtumaraportointia. Knuutila ym. (2007, 31) arvioivat myös lääkäreiden jättävän tapahtuman ilmoittamatta, jos he eivät koe virheen olleen merkittävä.

Kinnunen (2008) mainitsee niiden osastojen epäonnistuneen raportointijärjestelmän käyttöönotossa, jotka olivat liian tyytyväisiä nykytilaan ja jotka uskoivat, että poikkeamia voi raportoida ja niistä puhua ilman HaiPro järjestelmääkin. Oedewald ja Reiman (2008, 371) toteavat useiden tutkimusten osoittaneen, ettei vaaratapahtumista aina raportoida virallisesti, mistä seuraa virheistä oppimaan pyrkivän organisaation kannalta oleellisen tiedon menettämistä.

2.3.3 Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro

Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu, joka on tarkoitettu toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisällä sekä laajem-

min organisaatiossa. HaiPro-työkalu oli käytössä toukokuussa 2013 yli 200:ssa valtakuntamme sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. HaiPro-raportointimenettely ja työkalu kehitettiin VTT:llä (Valtion teknillinen tutkimuskeskus) yhteistyössä eri terveydenhuollon yksiköiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja lääkelaitoksen kanssa vuosien 2005–2007 aikana. (Haipro 2014.) Ruuhilehto ym. (2011, 1033) toteavat HaiPro-järjestelmän soveltuvan hyvin organisaation sisäiseen vaaratapahtumien raportointiin, jota kansallinen potilasturvallisuusstrategia edellyttää. Tällä hetkellä työkalun ylläpidosta ja jatkokehittelystä vastaa Awanic Oy (Haipro 2014).

Doupin (2009) tekemän selvityksen mukaan vastaavanlaisia järjestelmiä on käytössä vain Isossa-Britanniassa, Tanskassa ja Irlannissa. Ainoastaan Isossa-Britanniassa on potilailla ja omaisilla mahdollisuus tehdä vaaratapahtumailmoitus kyseiseen järjestelmään. Nykyään myös HaiPro-järjestelmään voivat potilaat sekä omaisetkin tehdä ilmoituksia. Euroopassa vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto on poikkeuksetta kuulunut hoidon laadun, riskienhallinnan ja klinisen johtamisen tehtäväkenttiin, ja sen koordinoinnista vastaavat joko ministeriöiden alaiset elimet tai raportointijärjestelmää varten perustetut organisaatiot (Doupi 2009, 7-8).

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote) HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä otettiin käyttöön 7 osastolla vuonna 2007. Tammikuusta 2010 lähtien kaikissa Eksoten yksiköissä on ollut mahdollisuus tehdä ilmoituksia HaiPro-järjestelmään. Ensihoidon osalta HaiPro-järjestelmä otettiin virallisesti käyttöön toukokuussa 2012, jolloin ensihoidon henkilöstö koulutettiin järjestelmän käyttöön. Eksoten laatu- ja potilasturvallisuuspäällikön pitämiin Haipro-ilmoittajan koulutuksiin osallistui noin 80 % ensihoidon henkilöstöstä.

Koulutuksen sisältämiä vaaratapahtumaesimerkkejä etsittiin ensihoidon toimintaympäristöstä, jotta henkilöstön olisi helpompi jatkossa tunnistaa ilmoitettavia vaaratapahtumia. Heille korostettiin raportoinnin anonyymiyttä, rankaisemattomuutta sekä vapaaehtoisuutta. Koulutuksissa painotettiin myös vaaratapahtumaraportoinnin tavoitteena olevan toiminnan kehittämisen, ei syyllisten etsimisen.

Ensihoidon yksikössä HaiPro-järjestelmään on tarkoitus ilmoittaa kaikki vaaratapahtumat, mukaan lukien läheltä piti-tilanteet. Koska ilmoitusjärjestelmä mahdollistaa raportoinnin eri toimipisteiden ja osastojen kesken, päivystyspoliklinikan henkilöstölle pidettiin osastotunti, jonka tarkoituksena oli aktivoida heidät tekemään vaaratapahtumailmoituksia havaitsemistaan, ensihoidossa tapahtuneista poikkeamista.

Ilmoitusten käsittelijöinä toimivat yleensä osastonhoitajat sekä osaston vastuu-lääkärit, jotka muodostavat käsittelyparin. Ensihoidossa käsittelijöitä on yhteensä 4: ensihoidon ylilääkäri, lääkintäpäällikkö, ensihoitopäällikkö sekä ensihoidon potilasturvallisuusvastaava. He käsittelevät ilmoituksia joko yhdessä tai yksikseen, toistensa käsittelyä tukien. Ilmoituksia voidaan käsitellä myös ensihoidon potilasturvallisuustyöryhmän palaverissa. Työryhmään kuuluu Eksoten ensihoidon eri toimipisteiden henkilöstöä ja esimiehiä sekä Eksoten laatu- ja potilasturvallisuuspäällikkö.

2.3.4 Eksoten ensihoidon HaiPro-prosessi

HaiPro-raportointimalli rakentuu viidestä (5) prosessivaiheesta: vaaratilanteen tunnistus, ilmoituksen teko, ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi, päätöksenteko jatkotoimista sekä seuranta ja arviointi. (Kinnunen 2010b, 124; Knuuttila ym. 2007, 42). Eksoten ensihoidon HaiPro-prosessi etenee myös edellä mainittujen vaiheiden mukaisesti.

Prosessin ensimmäinen vaihe, vaaratilanteiden havaitseminen ja tunnistus, on osoittautunut haasteelliseksi tehtäväksi terveydenhuollon henkilöstölle. Työyksiköissä tulee olla yhteisesti sovitut pelisäännöt ilmoitettavista tapahtumista. Vaaratilanteiden tunnistamiseen tähtäävä koulutus ja jatkuva raportointitietoisuuden ylläpitäminen edesauttavat henkilöstöä ilmoitettavien tapahtumien tunnistamisessa. (Kinnunen 2010b, 124–131.) Vaaratilanteen tunnistusta helpottamaan on HaiPro-raportointijärjestelmään laadittu eri terveydenhuollon toimialueisiin, tehtäviin tai prosessivaiheisiin liittyvät tapahtumatyyppiluokitukset. Pääluokat ja kaantuvat alaluokkiin, jotka esittävät käytännön työssä tapahtuvia vaaratilantei-

ta, joita järjestelmään halutaan ilmoitettavan. (Kinnunen 2010b, 124; Knuutila ym. 2007, 42).

Raportointiprosessin toisessa vaiheessa ilmoittaja täyttää sähköiselle lomakkeelle tiedot vaaratapahtumasta. Lomake koostuu valmiiksi luoduista vaihtoehdoista sekä avoimista kysymyksistä. Tiedot ilmoittajan yksiköstä, ammattinimikkeestä, tapahtuma-ajasta sekä luonteesta ja tapahtumatyypistä valitaan lomakkeen valmiista vaihtoehdoista. Avoimiin kysymyksiin ilmoittaja saa vapaasti kirjoittaa tapahtuman synnystä, seurauksista, myötävaikuttavista tekijöistä sekä keinoista, joilla jatkossa vastaavanlainen tapahtuma estettäisiin. Lomakkeelle on ilmoituksen tekemistä helpottamaan luotu info-kenttiä, joissa on ohjeita raportoitavista asioista. Täytettyään ilmoituksen raportoija lähettää sen käsittelijöille, jotka saavat sähköpostiviestin tulleesta ilmoituksesta. Mikäli ilmoitukseen on kirjattu lomakkeen täyttäjän sähköpostiosoite, voi käsittelijä tehdä lisäkysymyksiä tapahtumasta. HaiPro-järjestelmän tiedonkäsittely ja sähköinen kommunikointi tapahtuvat raportointijärjestelmän ylläpidosta vastaavan Awanic Oy:n kautta, mikä mahdollistaa anonyymiyden säilymisen. (Kinnunen 2010b, 124–126; Knuutila ym. 2007, 42–43). Aikaisempien tutkimusten sekä vaaratapahtumaraportointityökalua käsittelevien selontekojen mukaan HaiPro-järjestelmä on todettu helppokäyttöiseksi niin ilmoittajille kuin käsittelijöillekin. (Kinnunen 2010, 132; Ruuhilehto & Knuutila 2008a; Sosiaali – ja terveysministeriö 2008; Vanhasasi–Huida 2008; Knuutila ym. 2007).

Prosessin kolmannessa vaiheessa ilmoitus siirtyy käsittelijöille. Tätä kutsutaan ilmoituksen vastaanotto-, luokittelu- ja analysointivaiheeksi. Ilmoituksia käsittelevät tehtävään nimetyt, valtuutetut, koulutetut ja perehdytetyt henkilöt. Käsittelijän tehtävänä on tiivistää tapahtuman kuvaustiedoista tarkempi tapahtumatyyppiluokka sekä seuraukset potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneiden asioiden ja olosuhteiden määrittely kuuluu myös raportointiprosessin kolmanteen vaiheeseen. Luokittelu ja analysointi tehdään käsittelijän lomakkeella olevista valmiista vaihtoehdoista valitsemalla. Lopuksi käsittelijä harkitsee, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin parhaiten estää ja tarvittaessa ehdottaa toimenpiteitä. Toimenpiteinä voivat olla tapahtuneesta informoimi-

nen, kehittämistoimenpiteen suunnittelu ja ilmoituksen ylemmälle tasolle siirtäminen. (Kinnunen 2010b, 127; Knuutila ym. 2007, 43.)

Raportointiprosessin kaksi viimeistä vaihetta liittyvät tapahtumista saatavan tiedon hyödyntämiseen ja muutoksen seurantaan. Vastaavanlaisten vaaratapahtumien estämiseen tähtäävät muutostoimenpiteet voivat olla joko välittömiä tai pidemmän kehitystyön tuloksena syntyviä toimintatapojen ja menetelmien tai järjestelmän muutoksia. Tiedon hyödyntämisen vaiheeseen kuuluu henkilöstön informoiminen järjestelmään tulleista ilmoituksista ja koostetuista tiedoista. Tilastojen ja yhteenvetoraporttien avulla myös organisaation ylemmät tasot voivat seurata ilmoitettujen tapahtumien laatua ja määrää, ilmoittamisaktiivisuutta, käsittelyaikoja, toteutettuja toimenpiteitä ja muutoksien vaikutuksia. (Kinnunen 2010b, 127–128; Knuutila ym. 2007, 47). Sarasteen (2012) mukaan ilmoitusten analysointiin ja hyödynnettävyyteen vaikuttavat oleellisesti käsittelijöille laadittu ohjeistus ja koulutus sekä vaaratapahtumailmoituksen sisältämä riittävä tieto. Hän mainitsee ilmoituksista saatavan hyödyn isoimpana esteenä olevan ilmoitusten tekemättömyyden.

Eksoten ensihoidon yksikössä henkilöstölle jaetaan puolivuositain sähköpostitse yhteenvetoraportit koostetuista tiedoista. Käsittelijöiden merkittäviksi määritellyistä, yksittäisistä ilmoituksista ja välittömistä korjaustoimenpiteistä tiedotetaan henkilöstölle niin ikään sähköpostin välityksellä. Laajempaan kehitystyösuunnitteluun ja toteutukseen ensihoidon yksikössä hyödynnetään eri vastuualueiden henkilöstöä, potilasturvallisuustyöryhmää sekä laatutyöryhmää.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Eksoten ensihoidossa tapahtuneita potilasturvallisuuteen liittyviä tapahtumia, jotka henkilöstö on ilmoittanut HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään. Kuvaamme myös vaaratapahtumailmoituksista saadun tiedon hyödyntämistä ensihoidon yksikön potilasturvallisuuden kehittämistoimissa. Tarkoituksena on myös kartoittaa vaaratapahtumaraaportointia edistäviä ja estäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa

tietoa tutkimuskohteena olevan työyhteisön virheistä oppimiseen perustuvaan potilasturvallisuuden edistämistyöhön. Saatuja tietoja voidaan hyödyntää niin työyhteisön potilasturvallisuuden kehittämistarpeiden määrittelyssä kuin vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuuden edistämisessä.

Opinnäytetyön tarkoituksesta voidaan johtaa seuraavat tutkimustehtävät:

1. Kuvata minkälaisia ja kuinka paljon ensihoidon yksikössä tapahtuneita vaaratapahtumia raportoidaan HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään?
2. Miten potilasturvallisuutta on ensihoidossa edistetty vaaratapahtumailmoitusten perusteella?
3. Mitkä tekijät edistävät tai estävät vaaratapahtumaraportointia ensihoidon henkilökunnan mielestä?

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Metodologia

Tämä opinnäytetyö on empiirinen kuvaileva tutkimus Eksoten ensihoitohenkilöstön tekemistä vaaratapahtumailmoituksista ja niiden sisällöstä sekä henkilöstön kuvauksista vaaratapahtumaraportointia edistävästä ja estävästä tekijöistä. Kuvailevalla eli deskriptiivisellä tutkimuksella pyritään mahdollisimman todenmukaiseen ja tarkkaan kuvaukseen tutkittavan ilmiön luonteesta ja yleisyydestä sekä muista tunnuspiirteistä, jotta kyettäisiin luotettavasti lisäämään tietoa ja vastaamaan kysymyksiin mitä, millainen tai miten tutkittava ilmiö tosiasiallisesti näyttää. Kuvailun perustana olevien havaintojen laatu eli luotettavuus, tarkkuus ja yleistettävyydet ovat merkittävimmät kuvailevan tutkimuksen arviointiperusteet. (Opinnäytetyöpakki 2013; Heikkilä 2002, 14.) Kuvailevan tutkimuksen lähestymistapa tai tutkimusstrategia voi olla joko kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen (Hirsjärvi ym. 2010, 138–139). Tutkimustehtävistä riippuen kuvailevan tutkimuksen tiedonhankinnan menetelmät ovat monipuoliset, ja eri menetelmien yhdisteleminen on mahdollista (Opinnäytetyöpakki 2013).

Tutkimuksen kohteena oleva ilmiö sekä siitä haluttavan tiedon laatu määrittelevät sen, millaisin menetelmin saadaan parhaiten vastauksia asetettuihin tutkimustehtäviin (Hirsjärvi ym. 2010, 134; Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen, 2009, 40). Opinnäytetyömme aineistonhankinta ja -analyysimenetelmissä yhdistyvät sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen lähestymistapa, jolloin kyseessä on Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 58) mukaan tutkimusmethodinen triangulaatio. Tällä oletamme saavutettavan laajemman sekä syvällisemmän kuvan tutkittavasta ilmiöstä ja sen yhteyksistä tutkittavaan ympäristöön. Myös opinnäytetyömme tutkimustehtäviin vastaaminen edellyttää tutkimusmenetelmien yhdistämistä. Tuomen ja Sarajärven (2002, 142–143) mukaan triangulaatiossa on kyse moninäkökulmaisuuudesta, jolloin tutkimuksessa yhdistetään erilaisia menetelmiä, tutkijoita, tietolähteitä tai teorioita. Aineisto- ja menetelmätriangulaation keinoin saadaan tutkittavasta kohteesta kattavampi ja monipuolisempi kuva, jolla voidaan lisätä usein tutkimuksen luotettavuutta.

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen keinoin etsitään vastauksia kysymyksiin Mikä? Missä? ja Kuinka usein? sekä pyritään selvittämään asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Johtopäätökset, joita aineistosta tehdään, perustuvat tilastolliseen ja numeeriseen päätelyyn. (Heikkilä 2002, 16; Paunonen & Vehviläinen–Julkunen 1997, 20.) Jotta voisimme vastata kysymyksiin Millaisia vaaratapahtumia? tai Kuinka paljon? oli luonnollisempaa lähestyä tutkimuskohdetta nimenomaan kvantitatiivisella otteella. Näihin kysymyksiin vastaaminen on tarkoituksenmukaisempaa tehdä numeeristen ja tilastollisten päätelmien kautta. Aineiston hankinnassa käytettävä HaiPro-järjestelmä tukee myös kvantitatiivista analyysia ja numeerista raportointitapaa.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusotteen keinoin pyritään ymmärtämään tutkimuskohdetta syvällisesti ja myös selittämään syitä päätösten taustalla (Heikkilä 2002, 16). Laadullisella menetelmällä saadaan pehmeitä, rikkaita, syvällisiä ja ilmiötä aidosti kuvaavia tuloksia. Metsämuurosen (2006, 88) mukaan laadullinen tutkimus soveltuu hyvin tutkimuksiin, joissa halutaan tutkia kattavasti luonnollisia tilanteita, syy-seuraussuhteita tai yleensäkin tilanteisiin, joita ei voida kokeellisesti tutkia. Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 50–57) sekä Kylmä ja

Juvakka (2007, 23–28) suosittelevat kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöä sellaisissa tutkimuksissa, joissa on tarkoitus lisätä ymmärtämystä tutkimusilmiöstä, etenkin jos ymmärtämys halutaan liittää johonkin tiettyyn kontekstiin. Henkilöstön mielipiteiden kartoittamiseen halusimme ehdottomasti käyttää kvalitatiivista lähestymistapaa. Kvalitatiivisen lähestymisotteen keinoin uskomme saavamme syvällistä ja aitoa ymmärrystä vaaratapahtumaraportoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä nimenomaan ensihoidon toimintaympäristössä. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa Eksoten ensihoidon potilasturvallisuudesta sekä vaaratapahtumaraportoinnista ja hyödyntää saamaamme tietoa potilasturvallisuuden edistämisessä. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää vahvaa ymmärryksen lisäämistä henkilöstön mielipiteistä vaaratapahtumaraportointia kohtaan. Tämä lisää tarvetta käyttää myös kvalitatiivista lähestymistapaa opinnäytetyössä.

4.2 Aineiston hankinta ja tutkimukseen osallistujat

4.2.1 Määrällinen aineisto

Opinnäytetyön kvantitatiivinen tutkimusaineisto muodostuu Eksoten ensihoidossa tapahtuneista, HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään tallennetuista ja käsitellyistä ilmoituksista. Tutkimusajanjakson 14.5.2012 – 14.5.2013 aikana järjestelmään oli ilmoitettu yhteensä 59 potilasturvallisuustapahtumaa. Nämä kaikki käsitellyt ilmoitukset kuuluivat opinnäytetyön määrälliseen aineistoon.

Määrällisen tutkimusaineiston analyysissä hyödynnämme HaiPro-järjestelmän raportointiosiota, joka mahdollistaa aineiston kuvaamisen frekvenssein, prosentiosuuksin sekä ristiintaulukoinnin avulla. Analysointi pohjautuu HaiPro-lomakkeessa valmiina oleviin luokituksiin. Yksittäisten ilmoitusten luokittelun tekevät HaiPro-käsittelijät. Eksoten ensihoidossa ilmoitusten käsittelijöitä on yhteensä 4, joista 2 on tämän opinnäytetyön tekijää. Käymme uudelleen läpi kaikki tutkimukseen mukaan otetut ilmoitukset ennen analyysia. Tällä varmistamme ilmoitusten käsittelyn yhdenmukaisuus.

4.2.2 Laadullinen aineisto

Opinnäytetyömme laadullinen aineisto muodostuu ensihoidon henkilöstön ryhmähaastatteluista. Hirsjärvi ym. (2010, 205) toteavat erilaisten haastattelumenetelmien olevan kvalitatiivisen tutkimusaineiston hankkimisen päämenetelmiä. Heidän mukaansa haastattelun valinta aineistonhankintamenetelmäksi on perusteltua, mikäli halutaan korostaa tiedonantajan vapautta tuoda esiin omia kokemuksiaan. Haastattelua pidetään perusteltuna myös, mikäli halutaan syventää tietoa ja selventää saatuja vastauksia. Ryhmähaastattelulla voidaan kerätä moniulotteista tietoa siitä, minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia osallistujilla on käsiteltävään ilmiöön. Ryhmä luo osallistujille turvallisen olon, joka edistää spontaanin ja aidon keskustelun syntymistä sekä tukee hiljaisemmankin haastateltavan keskusteluun osallistumista. Ryhmähaastattelun keskeisimpiä etuja on synergian hyödyntäminen, jolloin haastateltavat saavat muiden keskusteluista uusia ideoita ja voivat jatkaa siitä, mihin toinen jäi. (Pötsönen & Välimaa 1998, 3.)

Valitsimme haastattelun tiedonkeruumenetelmäksi, jotta pystyisimme tarvittaessa selventämään vastauksia ja syventämään saamaamme tietoa lisäkysymyksiä esittämällä tai perusteluja pyytämällä. Nimenomaan ryhmähaastattelun uskoimme soveltuvan hyvin vaaratapahtumaraportointia edistävien ja estävien tekijöiden kartoittamiseen. Vaaratapahtumien raportointikäytäntö sekä siihen tarkoitettu HaiPro-järjestelmä on ensihoidon henkilöstölle vielä uusi ja osittain vieras järjestelmä, eikä käyttökokemuksia ole kenellekään paljoa kertynyt. Ryhmähaastatteluissa usein syntyvän positiivisen ryhmädynamiikan ja synergian ajattelimme tuovan haastateltaville uusia ja erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön sekä lisäävän rohkeutta keskustella aiheesta vapautuneesti. Toisilleen tutuista henkilöistä muodostuneen ryhmän emme uskoneet olevan este omien, yksilöllisten mielipiteiden esiintuomiselle.

4.2.3 Ryhmähaastatteluiden toteutus

Haastateltavien ensihoitajien rekrytointi ja haastatteluryhmien muodostaminen osoittautuivat vaativaksi projektiksi. Haastateltavien valinnassa on mietittävä, ketkä omaavat tutkimustehtävien ratkaisemiseksi riittävästi tietoa. Yleensä ryhmän jäsenet rekrytoidaan kohdistetusti, tutkimuksen tarkoituksen ja kohderyhmän mukaisesti. (Pötsönen & Välimaa 1998, 6.) Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 85) puhuvat tarkoituksenmukaisesta otannasta, jos tiedonantajiksi valitaan tutkimusaiheesta paljon tietäviä tai kokemusta omaavia henkilöitä. Tämän opinnäytetyön tiedonantajiksi soveltuivat kaikki Eksoten ensihoidossa vakituisesti työskentelevät sekä pitempiaikaiset sijaiset. Emme rajanneet tiedonantajien perusjoukkoa liiaksi, koska oletimme kaikkien, pidempään Eksoten ensihoidossa työskennelleiden omaavan riittävästi tietoa tutkimustehtävän ratkaisemiseen. Työkokemus tai vaaratapahtumailmoituksen tekeminen ei tässä tapauksessa lisää tiedonantajan asiantuntijuutta tutkittavaa ilmiötä kohtaan.

Tiedonantajiksi soveltuville lähetettiin sähköpostitse kutsukirje (liite 3), jossa pyydettiin ryhmähaastatteluun halukkaita ilmoittautumaan sähköpostitse. Oletimme, että vapaaehtoinen halukkuus osallistua haastatteluun kertoo mielenkiinnosta aihetta kohtaan. Kesäkuun lopulla lähettämäämme ryhmähaastattelukutsuun 2 viikon ilmoittautumisajan aikana osallistumishalukkuutensa ilmaisi ainoastaan 1 ensihoitaja. Päätimme lähettää kutsun uudelleen heinäkuun puolivälissä. Tähän kutsuun myöntävästi vastasi 4 ensihoitajaa. Sähköpostitse välitetyn kutsukirjeen avulla emme saaneet rekrytoitua kuin 5 haastateltavaa. Tässä vaiheessa näimme parhaaksi luopua alkuperäisestä suunnitelmasta pitää 3 erillistä haastattelukertaa, joissa jokaisessa olisi 4 - 6 tiedonantajaa. Onneksemme ilmoittautumisajan päätyttyä yhden Eksoten ensihoidon toimipisteen koko työvuoro lupautui osallistumaan haastattelutilaisuuteen. Näin haastateltavia oli rekrytoitu yhteensä 9, joten päätimme pitää 2 erillistä haastattelutilaisuutta.

Ryhmähaastattelujen ajankohdat sekä paikat sovimme haastatteluun osallistumishalukkuutensa ilmaisseiden kesken. Jo alkuaan ryhmien koot päätimme pitää suhteellisen pieninä, jotta haastattelijan olisi helpompi hallita ja koordinoita ryhmiä. Haastateltavien ryhmien kokoon tuleekin kiinnittää huomiota. Liian suu-

ren ryhmän ongelmaksi voi muodostua se, etteivät kaikki saa mielipiteitään ilmaistuksi sekä päälle puhumisen todennäköisyys lisääntyy, mikä taas vaikeuttaa haastattelun puhtaaksikirjoittamista. Toisaalta pienessä ryhmässä mielipiteiden määrä voi jäädä turhan vähäiseksi. (Ellonen & Caven, 2003.) Ideaalisen ryhmäkoon esitetään olevan 3 - 10 henkilöä (ks. Kylmä & Juvakka 2007; Ellonen & Caven 2003; Eskola & Suoranta 1998; Pötsönen & Välimaa 1998.) Toisaalta emme saaneet rekrytoituakaan enempää haastateltavia, joten ryhmistä muotoutui pakostakin toteutuneen kaltaisia. Ensimmäiseen haastatteluun osallistui 4 ja toiseen 5 ensihoitajaa. Molemmissa ryhmissä oli sekä miehiä että naisia. Ensimmäisen tilaisuuden haastateltavista 3 oli tehnyt vaaratapahtumailmoituksen HaiPro-järjestelmään ja 3 oli käynyt kokonaan tai osittain HaiPro-ilmoittajan koulutuksen. Toisen ryhmän haastateltavista 4 oli tehnyt HaiPro-ilmoituksen ja ainoastaan 2 oli käynyt koulutuksen HaiPron käyttöön.

Vapautunut, avoin ja luottamusta herättävä ilmapiiri on ehdoton edellytys onnistuneelle ryhmähaastattelutilanteelle. Oikeanlaisen ilmapiirin aikaansaaminen edellyttää tutkijoilta haastattelutaitojen lisäksi ryhmädynamiikan hallintaa sekä ryhmän kontrollointitaitoja. (Pötsönen & Välimaa 1998, 6.) Haastattelutilaisuuksissa oli läsnä ainoastaan toinen meistä, joka toimi sekä haastattelijana että kirjaajana. Päätimme toteuttaa haastattelutilaisuudet näin, koska uskoimme toisen opinnäytetyöntekijän esimiesaseman estävän avoimen ja rehellisen haastatteluilmapiirin syntymisen. Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 98) tuovat esiin valta-aseman mahdollisesta vaikutuksesta tutkimuksen luotettavuuteen. Toisaalta sekä haastattelijan sekä kirjurin roolissa toimineella oli aiempaa kokemusta ryhmähaastattelutilanteista, jonka uskoimme auttavan molemmista rooleista samanaikaisesti suoriutumista. Pötsösen ja Välimaan (1998, 8) mukaan kirjaaja toimii haastattelijan avustajana, hän taltioi keskustelun ilmapiiriä, kulkua sekä ryhmän sisäistä vuorovaikutusta. Kirjaaja huolehtii haastatteluiden nauhoituksen käytännön järjestelyt. Hänen tekemät muistiinpanot toimivat haastattelumateriaalin tukena ja täydentävänä materiaalina.

Ryhmähaastattelut aloitimme alustuksella (liite 4), jossa kertosimme tilaisuuden tarkoituksen sekä kävimme läpi ryhmähaastattelun tärkeimmät ”pelisäännöt”. Solatien (2001, 36) mukaan alustuksen tarkoituksena on rohkaista haastatelta-

via omien mielipiteiden kertomiseen. Tärkeää on myös muistuttaa, ettei oikeita ja vääriä vastauksia ole olemassa vaan kaikkien mielipiteet ovat samanarvoisia. Puhtaaksikirjoittamisen kannalta on hyvä muistuttaa, että kaikki puhuisivat selkeällä ja kovalla äänellä päälle puhumista välttäen.

Haastattelijan tehtäviin kuuluu ohjata keskustelua etukäteen laaditun haastattelurungon mukaisesti, joka kattaa tutkimusongelmien kannalta olennaiset teemat (Pötsönen & Välimaa 1998, 6). Hirsjärvi ym. (2010, 208) puhuvat tämäntyyppisen haastattelun olevan teemahaastattelu, jossa haastattelun teemat eli aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkkaa esittämistapaa ei ole määriteltä. Teema-alueet ja haastattelukysymykset (liite 5) muodostimme opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä esiin tulleista vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavista tekijöistä. Varsinaista esihaastattelua emme toteuttaneet, mutta esittelimme haastattelun teemat ja kysymykset 2 ensihoitajalle ja pyysimme palautetta teemoista ja kysymysten ymmärrettävyydestä ennen ryhmähaastattelutilaisuuksia. Varsinaisten haastattelukysymysten lisäksi haastattelija joutui esittämään jonkin verran lisä- sekä tarkentavia kysymyksiä haastateltaville.

Molemmat haastattelutilaisuudet etenivät hyvässä yhteishengessä. Alkuvaiheen jännityksen ja lievän varautuneisuuden jälkeen ilmapiiri selkeästi vapautui. Haastatteluiden kestäessä tuli vaikutelma, ettei ryhmissä kenenkään tarvinnut salailla mielipiteitään tai kannanottojaan asioihin. Haastateltavat alkoivat keskustella aiheesta enemmän keskenään, ja tilaisuuksista kehkeytyi varsin avoimen ja luottamuksellisen tuntuisia vuorovaikutustilanteita. Hirsjärvi ym. (2010, 204) mainitsevatkin haastattelun olevan ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä haastattelija ja haastateltavat ovat suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa keskenään.

Ensimmäinen haastattelutilaisuus kesti 47 minuuttia ja toinen 52 minuuttia. Nauhoitetut haastattelut sanatarkasti puhtaaksi kirjoitti toinen opinnäytetyöntekijä. Toinen puolestaan tarkasti puhtaaksikirjoitetun tekstin ja nauhoituksen yhtäläisyyden. Haastattelutekstiä kertyi yhteensä 26 sivua Arial 12 fontilla ja rivinvälillä 1,5.

4.2.4 Laadullisen aineiston analyysi

Analysointimenetelmä on tapa, jolla kerättyä aineistoa käydään läpi, analysoidaan ja kootaan tulokset. Ryhmähaastatteluja voidaan analysoida muun muassa sisällön analyysin avulla (Pötsönen & Välimaa 1998, 11). Sisällön analyysia voidaan käyttää päiväkirjojen, puheiden, raporttien, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sen avulla analysointi onnistuu systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysia pidetään keinona järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tarkoituksena on saada ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Tutkimuksen tuloksina raportoidaan muodostuneet ala- ja yläkategoriat sekä niiden sisällöt eli se, mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorat lainaukset lisäävät raportin luotettavuutta ja osoittavat lukijalle luokittelun alkuperän. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–122; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4, 10.)

Sisällön analyysissa voidaan edetä kahdella tavalla: aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai deduktiivisesti, jolloin aineiston luokittelussa hyödynnetään jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää. Tutkijan päätettävissä on myös se, keskittyykö hän vain siihen, mikä on ilmiselvästi ilmaistu vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tämän opinnäytetyön laadullisen aineiston analysoimme induktiivisella sisällön analyysillä, koska halusimme tulosten ilmentävän niitä tekijöitä, joita tiedonantajat ovat tutkittavasta ilmiöstä kertoneet. Analysoimme aineistosta ilmisisällön, jotta oma tulkintamme ei vääristäisi tutkimuksen tuloksia.

Ensimmäinen vaihe induktiivisen sisällön analyysin tekemisessä on analyysiyksikön määrittäminen (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 136). Tässä analyysissä analyysiyksikkönä oli lause tai ajatuskokonaisuus, jossa haastateltavat toivat esiin vaaratapahtumaraportointia edistäviä tai estäviä tekijöitä. Aineistolähtöisen analyysin pyrkimyksenä on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, joten analyysiyksikön valintaan vaikuttavat niin aineiston laatu kuin tutkimustehtäväkin. Analyysiyksikkönä voidaan käyttää sanaa tai sanayh-

distelmää, lausetta, lausumaa tai ajatuskokonaisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 104.)

Määriteltyämme analyysiyksikön luimme sanatarkasti litteroidut ryhmähaastattelut useaan kertaan läpi, jotta pääsisimme sisälle aineiston kokonaisuuteen ja kaikkeen tutkimustehtävien kannalta oleelliseen tietoon. Tätä vaihetta helpotti se, että olimme molemmat olleet tekemisissä haastattelumateriaalin kanssa, joko haastattelutilaisuuksissa tai haastatteluiden litterointi vaiheessa.

Induktiiviseen sisällönanalyysiprosessiin kuuluvat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Aineiston pelkistämävaiheessa tutkimustehtäviin liittyvät ilmaisut koodataan ja kirjataan tarkasti. Ryhmittelyssä yhdistetään niitä pelkistettyjä ilmaisuja, jotka näyttäisivät kuuluvan yhteen, ja muodostuneille alaluokille annetaan sisältöä hyvin kuvaava nimi. Aineiston abstrahointivaiheessa samansisältöisiä alaluokkia yhdistetään, jolloin muodostuu analyysin yläluokkia, jotka jälleen nimetään kategorialla kuvaavaksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 117–120; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–30.) Induktiivisessa analyysissä tutkija päättää, mitkä asiat hän yhdistää samaan luokkaan. Aineiston abstrahointia voidaan jatkaa luokkia yhdistämällä niin kauan kuin se on aineiston sisällön suhteen hyödyllistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7.)

Aloitimme oman aineiston analyysin esittämällä tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä litteroidulle tekstille. Jaoimme aineistosta esiin nousseita vaaratapah-tumaraportointia edistäviä tai estäviä tekijöitä kuvaavat ilmaisut omiin luokkiinsa ja koodasimme ne, jotta löytäisimme ne ilmaisut tarvittaessa uudelleen alkuperäisaineistosta. Tässä vaiheessa jo haastatteluiden yhteydessä havaittu seikka vahvistui. Puhuessaan edistävästä tekijöistä haastateltavat kertoivat usein kuitenkin esimerkin, joka olikin vaaratapah-tumaraportointia estävästä tekijästä. Näissä tapauksissa nostimme tämän ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavan tekijän sekä edistäviin että estäviin tekijöihin. Tämä siitä syystä, että päättelimme haastateltavan esittämän ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavan tekijän olemassaolon edistävästä raportointia ja saman tekijän puuttumisen estävän sitä. Esitämme esimerkin alkuperäisilmaisusta, jossa samassa ajatuskokonaisuudessa esitetään sekä edistäviä (alleviivattu) että estäviä (lihavoitu teksti) tekijöitä vaaratapah-tumaraportoinnille.

No se edesauttas kyllä jos tietäs minkälaisia ilmoituksia muut tekee ja mihin toimenpiteisiin niiden tapahtumien pohjalta on ryhdytty. Ettei se nyt vaan ole silleen että tehdään näitä haiproita ja sitten siitä ei kuulu mitään, koskaan, se vaan on kirjoitettu ja se jää jonnekkin pölyttymään. Se turhauttaa ja panee kyllä miettimään et miks tehä... Et jos tulis säännöllisin välein selkee tilannekatsaus et näin on käyny ja se on johtanu tähän. se olis niin ku hengissä se asia koko ajan.

Analyysi jatkui aineiston pelkistämällä eli redusoinnilla. Pelkistämävaiheessa aineistoa tiivistetään ja siitä karsitaan epäolennaisuudet pois (Tuomi & Sarajärvi 2006, 111–112). Muokkasimme alkuperäisilmaisuja helpommin ymmärrettävään muotoon, kuitenkin niin, ettei alkuperäinen ajatus ilmaisusta katoa. Pelkistetyistä ilmauksista ryhmittelimme samaa tarkoittavat ilmaisut omaksi ryhmäkseen. Koodasimme analyysin tässä vaiheessa samaan ryhmään kuuluvat ilmaisut myös samalla värillä. Tämä helpotti aineiston jatkokäsittelyä. Analyysin tähän vaiheeseen asti olimme tehneet itsenäistä analyysia. Vertasimme analyysiemme tuloksia ja havaitsimme ne pieniä eroavaisuuksia lukuun ottamatta varsin yhdenmukaisiksi. Analyysin teko jatkui yhteisvoimin niin, että samansisältöisyyden perusteella ryhmitellyt ilmaisut nimettiin sisältöä kuvaavaksi. Nämä ryhmät muodostivat analyysimme alaluokat (Taulukko 1).

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltynä	Alaluokka
Miten saatat ihmiset noudattamaan niitä ohjeita tai niitä uusia muutoksia et ei se etteikö tietoa niistä haiproista ois tullu vaan että miten ne ihmiset saatat toimimaan niiden tehtyjen ohjeiden tai uusien työtapojen mukaisesti.	Henkilöstö ei sitoudu raportoinnin aikaansaamiin muutoksiin.	RAPORTOINNIN
Se että se nyt on tapahtunu ei sille nyt enää mitään voi se kai on se viimeinen juttu.ettei sitä ilmoitusta tee.	turhaa enää raportoida, virhe on jo tapahtunut.	

<p>Se tuntuu aika turhautavalta se jos vaan tekee sen eikä ikinä tiä mihinkä se johtaa vai johtaako mihinkään ja onks se ees menny perille vaikka kaipa se aina perille menee, mut kuitenkin silleen jos siitä ei mitään konkreettista ikinä tuu esille kehitystä tai parannusta tai sillee.</p>	<p>Ilmoitus ei johda mihinkään parannukseen.</p>	<p>HYÖDYTTÖMYYS</p>
--	--	---------------------

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Seuraavassa vaiheessa samansisältöiset alaluokat ryhmittelimme ja yhdistimme edelleen yläluokiksi, jotka nimettiin sisältöä kuvaavaksi. Tätä analyysin vaihetta Tuomi ja Sarajärvi (2006, 114) kutsuvat abstrahoinniksi eli käsitteellistämiseksi. Tässä vaiheessa alkuperäisinformaation ilmaisuista edetään teoreettisiin johtopäätöksiin ja käsitteisiin. Lopuksi yläluokat yhdistyivät 2 pääluokaksi, jotka nimettiin vaaratapahtumaraportointia edistäviksi tekijöiksi ja estäviksi tekijöiksi. Liitteissä 6 ja 7 olemme havainnollistaneet koko sisällönanalyysiprosessin ja syntyneet tulokset molempien pääluokkien osalta erikseen.

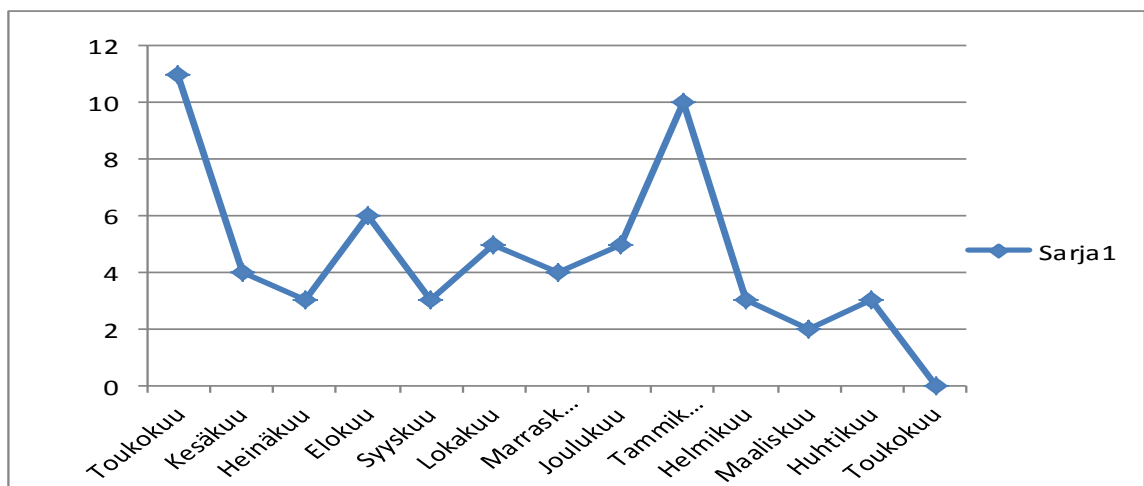
5 Tulokset

Esitämme tulokset tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä. Ensimmäisessä osiossa kuvaamme HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään tutkimusajanjakson aikana tulleita ilmoituksia. Hyödynsimme aineiston analyysissä HaiPro-raporttityökalua, joka kokoa, tallentaa ja jäsentää tietoja niistä vaaratapahtumista, joita järjestelmään on ilmoitettu. Nämä ilmoitukset muodostivat opinnäytetyön kvantitatiivisen aineiston. Toisessa osiossa esitämme niitä HaiPro-ilmoitusten aikaansaamia kehittämistoimia, joita Eksoten ensihoidossa oli konkreettisesti toteutettu tai käynnistetty vuoden 2013 loppuun mennessä. Myös tässä hyödynsimme HaiPro-järjestelmään tallennettuja tietoja. Kolmannen tutkimustehtävään vastataan opinnäytetyön kvalitatiivisen aineiston sisäl-

lönanalyysin avulla. Tämän aineiston keräsimme ensihoitajien ryhmähaastatte-
luilla, tutkimustehtävän mukaisten teemojen ohjaamana.

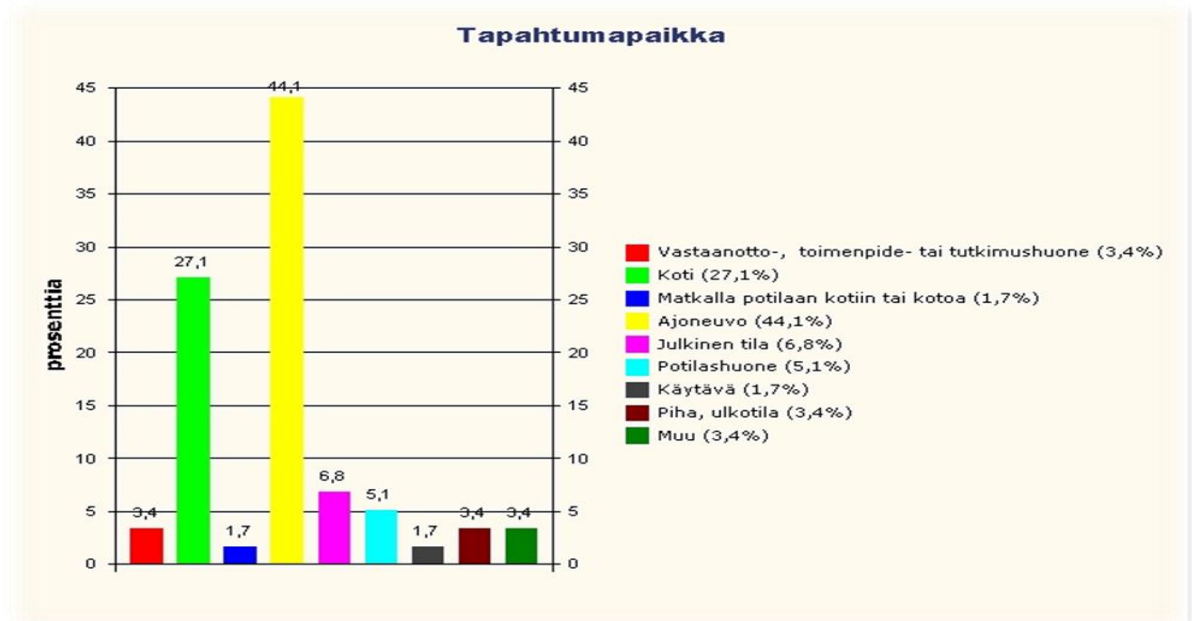
5.1 Kvantitatiivisen tutkimusaineiston kuvaus

Tutkimusajanjakson 14.5.2012–14.5.2013 aikana ensihoidon yksikössä tapah-
tuneita vaaratapahtumia HaiPro-järjestelmään ilmoitettiin kaikkiaan 59. Ilmoituk-
sia kertyi keskimäärin 5 / kk. Eksoten ensihoidon henkilöstömäärään suhteutet-
tuna se tarkoittaa noin 1 ilmoitusta / kk / 10 henkilöä. Vaaratapahtumailmoituk-
set jakaantuivat tutkimusajanjakson eri kuukausien kesken kuvan 3 esittämällä
tavalla. Vaaratapahtumia tapahtui viikon jokaisena päivänä. Eniten tapahtumia
raportoitiin keskiviikkoisin (n=12) ja vähiten lauantaisin (n=5) sekä sunnuntaisin
(n=5).



Kuva 3. Vaaratapahtumien jakaantuminen kuukausittain (14.5.2012–14.5.2013)

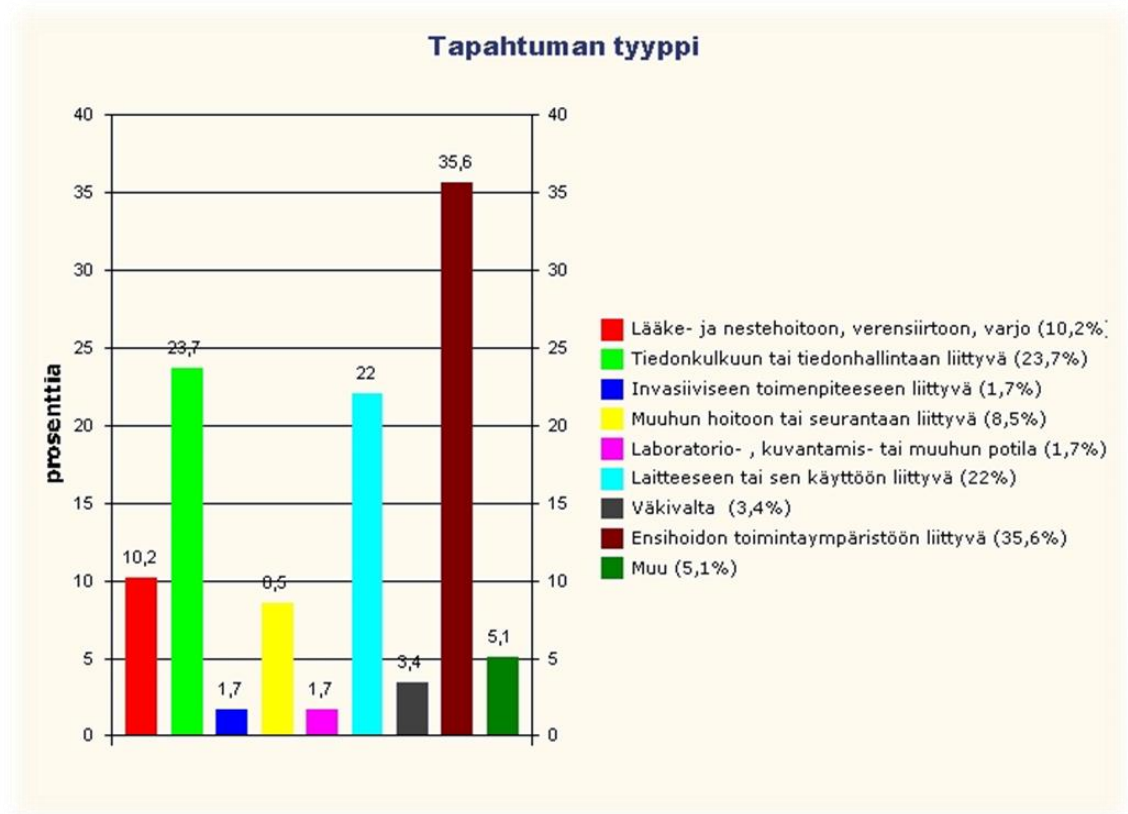
Tulleista ilmoituksista 80 %:ssa (n=47) ilmoittajan yksiköksi oli laitettu ensihoito. Muut ilmoitukset (n=11) oli tehty joistakin muista Eksoten yksiköistä, lukuun ot-
tamatta yhtä ilmoitusta, jonka oli tehnyt potilas tai omainen. Lääkäreiden am-
mattiryhmä ei tehnyt yhtään ilmoitusta. Vaaratapahtumien tapahtumapaikaksi oli
ilmoitettu useimmin ajoneuvo (44 %, n=26), koti (27 %, n=16) tai julkinen tila (6
%, n=4) (Kuva 4).



Kuva 4. Vaaratapahtumien tapahtumapaikat

5.1.1 Vaaratapahtumien tyypit

HaiPro-työkalussa on mahdollisuus valita tapahtuman päätyyppiluokka 13 eri vaihtoehdosta. Nämä päätyyppiluokat sisältävät myös alaluokkia, jotka tarkoittavat vaaratapahtuman kuulumista johonkin päätyyppiluokan prosessin vaiheeseen. Joissakin ilmoituksissa oli valittu useampia alaluokkia. Tässä aineistossa oli käytetty 8 eri tapahtumatyyppiluokkaa. Yleisin vaaratapahtuman tyyppiluokka oli ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä (35 %, n=21). Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan (24 %, n=14) sekä laitteeseen tai sen käyttöön liittyviä (20 %, n=12) ilmoituksia oli tehty miltei yhtä paljon. Joka kymmenes ilmoitus kuului lääke- ja nestehoitoluokkaan. Kuvassa 5 on esitetty, kuinka kaikki ilmoitukset jakautuivat eri tapahtumatyyppiluokkien kesken.



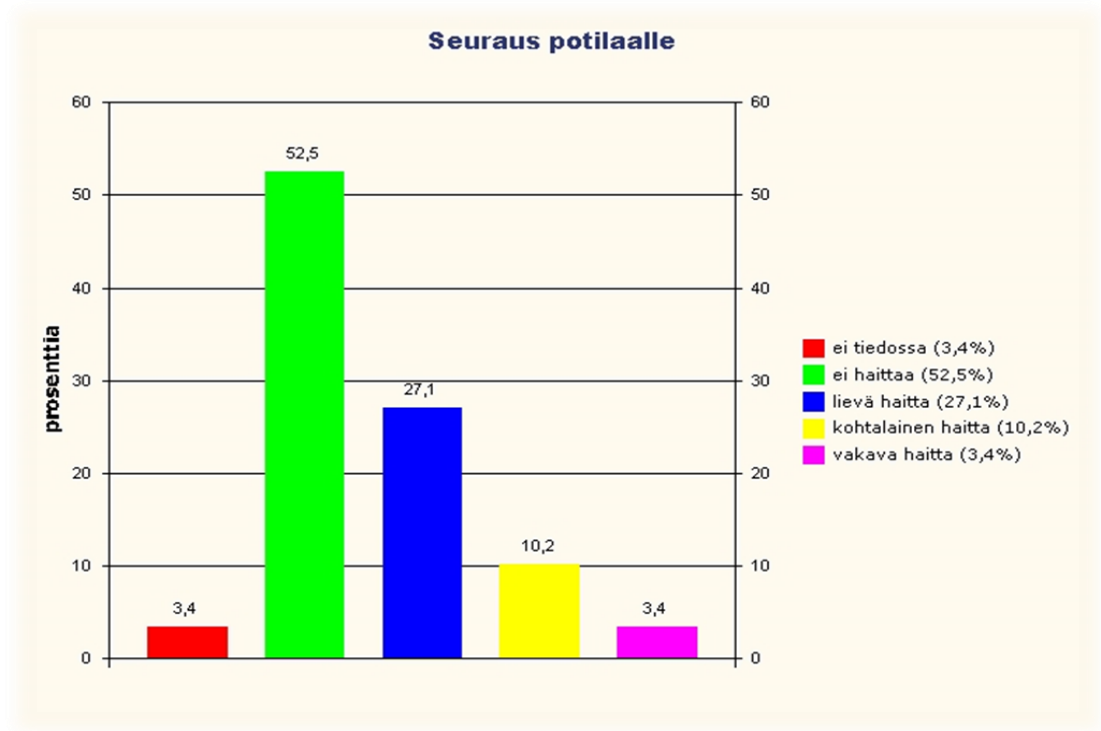
Kuva 5. Vaaratapahtumien jakautuminen päätyyppiluokkiin

Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvistä ilmoituksista miltei puolet (n=10) kuuluivat alaluokkaan *väkivaltaa käytetty ensihoitohenkilöstöä kohtaan*. Näistä tapahtumista oli tehty myös työturvallisuusilmoitus HaiPro-järjestelmään. Kolmannes (n=7) ensihoidon toimintaympäristön ilmoituksista oli luokiteltu luokkaan *muut*. Tämä alaluokka sisälsi ilmoituksia ensihoidon kenttäjohtojärjestelmästä, ajoneuvon toimintahäiriöistä sekä riittämättömistä ambulanssiresursseista. Tiedonkulun tai tiedonhallinnan ilmoituksista puolet (n=7) oli yhteydessä puutteelliseen tai virheelliseen diagnosointiin, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteeseen, jotka olivat johtaneet virheelliseen arvioon hoidon tarpeesta. Tähän alaluokkaan kuuluvista ilmoituksista suurimmassa osassa (85%, n=6) ilmoittajan yksikkö oli muu kuin ensihoito. Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvissä ilmoituksissa yli puolessa (58%, n=7) oli kysymys laitteen toimintahäiriöstä. Näistä yhdestä tapahtumasta tehtiin ilmoitus myös Valviralle. Kolmasosa tämän tyyppiluokan ilmoituksista oli laitteen saatavuus tai toimintakunto-ongelmia. Käsittelijät olivat käyttäneet tätä alaluokkaa myös tapahtumissa, jotka koskivat todellisuudessa hoitotarvikkeiden saatavuutta. Tämä johtui siitä syystä, että HaiPro-järjestelmän valikoista ei löytynyt

hoitotarvikkeiden puuttumiseen liittyvää omaa alaluokkaa. Lääke- ja nestehoitoon liittyvät ilmoitukset olivat säilytysvirheisiin (66 %, n=4), kirjaamisvirheisiin (16 %, n=1) ja lääkkeen käyttökuntoon saattamisvirheisiin (16 %, n=1) kuuluvia.

5.1.2 Vaaratapahtumien seuraukset

Vaaratapahtumat jakaantuivat lähes tasan läheltä piti -tapahtumien (49 %, n=29) ja tapahtui potilaalle (51 %, n=30) luokkien kesken. Jälkimmäiseen luokkaan kuuluvat ilmoitukset saattoivat myös johtaa haitallisiin seuraamuksiin, joko potilaalle tai hoitavalle yksikölle. Ensihoidossa ilmoitetuista vaaratapahtumista yli puolet (52 %, n=31) eivät aiheuttaneet haittaa potilaalle. Lievää haittaa aiheutui 27 %:ssa (n=16) ilmoitetuista tapahtumista. Potilaan saaman haitan arviointiin olleen vakava reilussa 3 %:ssa (n=2) ilmoituksista (Kuva 6). HaiPro-järjestelmä määrittelee vakavan haitan sellaiseksi, joka aiheuttaa potilaalle huomattavasti elämänlaatua huonontavia vammoja tai edellyttää elämää ylläpitävän toimenpiteen. Haitta arvioidaan vakavaksi myös, mikäli potilaalle aiheutuu työkyvyttömyys tai hän kuolee. Eksoten ensihoidossa vakavan haitan mahdollisesti aiheuttaneet tapahtumat olivat laitteen toimintahäiriöstä ja riittämättömistä ambulanssiresursseista johtuvia.



Kuva 6. Ilmoitettujen tapahtumien seuraukset potilaalle

Hoitavalle yksikölle aiheutui ilmoitetuista tapahtumista vaihtelevasti seurauksia. Taulukosta 2 voidaan havaita, että tyypillisimmin vaaratapahtumat aiheuttivat lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia (38 %, n=36). Toiseksi yleisin seuraus ensihoidon yksikölle oli imagohaitta (24 %, n=23). Joka kymmenennessä ilmoituksessa vahinkoa oli aiheutunut myös ensihoidon henkilöstölle.

*Käsittelijä pystyi valitsemaan useita vaihtoehtoja samaan ilmoitukseen

Seuraus hoitavalle yksikölle	n	%
ei tiedossa	6	6,5
ei haittaa	7	7,5
imagohaitta	23	24,7
materiaalivahinko	3	3,2
lisäkustannuksia	5	5,4
lisätyötä tai vähäisiä hoitotoimia	36	38,7
pidentynyt hoito	3	3,3
henkilöstölle aiheutunut vahinko	10	10,7
yhteensä (N, %)	93	100

Taulukko 2. Vaaratapahtumasta aiheutunut seuraus hoitavalle yksikölle*

5.1.3 Vaaratapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät

Vaaratapahtumaan myötävaikuttaneilla tekijöillä tarkoitetaan niitä tapahtumati-
länne tai olosuhdetekijöitä, jotka lisäävät poikkeaman esiintyvyyttä sekä haital-
listen seurausten mahdollisuutta. Näiden tekijöiden kartoittaminen on vaarata-
pahtuman analyysivaiheen oleellisimpia tehtäviä. Siinä tarkastellaan tapahtu-
maa ”miten” ja ”miksi” -kysymysten avulla. Vaaratapahtumien välttämiseen täh-
täävät kehittämistoimet onkin syytä kohdistaa juuri työyksikön perusprosessei-
hin ja työn tekemisen edellytyksiin sekä olosuhteisiin (Knuutila ym. 2007, 9).

HaiPro-järjestelmässä käsittelijät voivat valita 10 pääluokasta ja niiden ala-
luokista niin monta myötävaikuttavaa tekijää kuin on tarpeen. Eksoten ensihoi-
dossa 1 vuoden tutkimusajanjakson aikana ilmoitetuissa 59 vaaratapahtumassa
oli yhteensä 120 myötävaikuttavaa tekijää eli keskimäärin 2 / ilmoitus. Taulukos-
ta 3 voidaan havaita, kuinka myötävaikuttavat tekijät jakaantuivat eri pääluokki-
en kesken tässä aineistossa. Yleisimmin vaaratapahtuman syntyyn olivat myö-
tävaikuttamassa toimintatavat (27 %, n=33). Toimintatavat pääluokassa
useimmin vaaratapahtumaan olivat olleet vaikuttamassa ensihoitajien työmene-
telmät sekä puutteelliset toimintatavat (85 %, n=28). Potilas ja läheiset pääluok-
kaa oli käytetty toiseksi eniten (15 %, n=18). Potilaan päihtymys, sekavuus tai
väkivaltaisuus oli tässä luokassa yleisimmin (61 %, n=11) ollut myötävaikutta-
massa tapahtumaan. Sairauden vakavuudella ja pulmallisuudella oli 16 % (n=4)
ollut osuutta tapahtuman syntyyn. Myötävaikuttavista tekijöistä kommunikointi ja
tiedonkulku, koulutus ja perehdytys sekä osaaminen, laitteet ja tarvikkeet sekä
työympäristö, -välineet ja resurssit pääluokkia oli kutakin käytetty noin 10 %:ssa
ilmoituksista. Vajaassa 2 %:ssa tapahtumista ei ollut tunnistettavissa mitään
myötävaikuttavaa tekijää.

*Käsittelijä pystyi valitsemaan useita vaihtoehtoja samaan ilmoitukseen

Myötävaikuttavat tekijät	n	%
ei tiedossa	2	1,6
kommunikointi ja tiedonkulku	13	10,9
koulutus ja perehdytys, osaaminen	12	10
laitteet ja tarvikkeet	13	10,9
potilas ja läheiset	18	15
toimintatavat	33	27,5
tiimin / ryhmän toiminta	6	5
työympäristö, -välineet ja resurssit	11	9,2
organisaatio ja johto	10	8,3
ei tunnistettuja myötävaikuttavia tekijöitä	2	1,6
yhteensä (N, %)	120	100

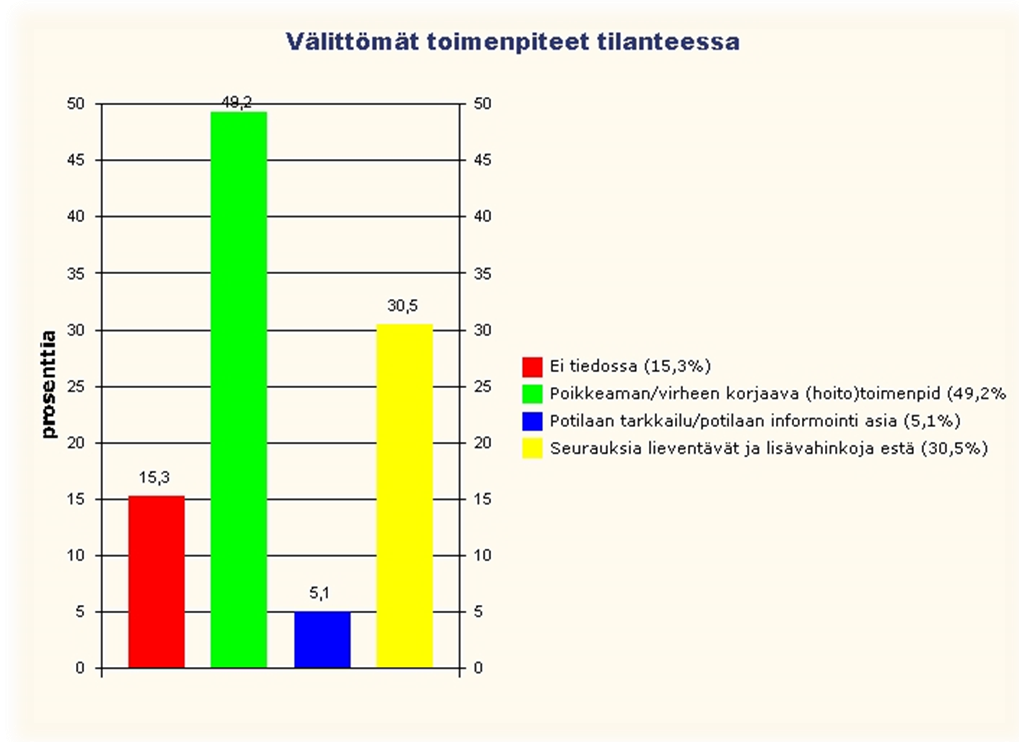
Taulukko 3. Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät*

Koulutus ja perehdytys, osaamisen pääluokassa ensihoitajien tiedot ja taidot ja pätevyys olivat yleisimmin (83 %, n=10) olleet vaikuttamassa vaaratapahtuman syntymiseen. Ensihoitajien puutteet tiedoissa ja taidoissa olivat yhteydessä virheelliseen arvioon hoidon tarpeesta sekä virhearvioon seurantarpeen tunnistamisessa. *Kommunikointiin ja tiedonkulkuun* liittyvät myötävaikuttavat tekijät olivat valtaosin (90 %) puutteita joko suullisessa tai kirjallisessa kommunikoinnissa. *Työympäristöön, -välineisiin ja resursseihin* liittyvät myötävaikuttavat tekijät jakaantuivat melko tasan henkilökunnan määrään ja laatuun (36 %), työkuormitukseen (27 %), tietojärjestelmäongelmiin (27 %) ja fyysiseen ympäristöön (18 %) liittyvien tekijöiden kesken. Organisaatio ja johto pääluokasta olivat tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet taloudelliset resurssit ja rajoitukset (50 %) sekä toimintaperiaatteet ja johtamiskäytännöt (50 %).

5.1.4 Tilanteiden hallinta

Ilmoitetuista vaaratapahtumista 75 % (n=44) selvittiin tilanteissa olleiden ensihoitajien toimesta. Tilanteesta selviytymiseen jouduttiin hälyttämään ulkopuolista apua 15 %:ssa (n=9) tapahtumista. Ulkopuolisia avunantajia olivat yleensä poliisit, jotka jouduttiin hälyttämään väkivaltaisen tai sekavan potilaan hoidon

turvaamiseksi. Ilmoitetuissa vaaratapahtumissa 49 %:ssa (n=29) jouduttiin turvautumaan poikkeaman korjaavaan toimenpiteeseen. Poikkeamien seurauksia lieventäviä ja lisävahinkoja estäviä toimia toteutettiin 30 %:ssa (n=18) ilmoituksista. Kuvassa 7 esitetään välittömien toimenpiteiden jakautuminen 4 alaluokan kesken.



Kuva 7. Välittömät toimenpiteet tilanteessa

5.1.5 Toimenpide-ehdotukset poikkeamien välttämiseksi

HaiPro-järjestelmän kautta saadaan tietoa myös niistä toimenpide-ehdotuksista, joita käsittelijät ovat ehdottaneet vastaavan tapahtuman välttämiseksi. Yli puolessa (51 %, n=30) tapahtumista käsittelijä oli ehdottanut kehittämistoimenpiteiden suunnittelua. Tapahtumista informointia ehdotettiin 35 %:ssa (n=21) ilmoituksista keinoksi sille, että vastaavanlainen vaaratapahtuma jatkossa vältettäisiin. Tämä tarkoittaa Eksoten ensihoidon yksikössä sitä, että ilmoitus välitetään sähköpostitse kaikille ensihoitajille, tiivistettynä ja tarvittaessa muokattuna versiona. Ilmoituksia voidaan siirtää myös ylemmän tason päätäntään tai tiedok-

siannon tapaisesti. Ensihoidon ilmoituksista 9 % (n=5) oli siirretty päätettäväksi ylemmälle tasolle. Nämä ilmoitukset koskivat yleensä ambulanssien resurssipu-
lasta johtuneita vaaratapahtumia tai ilmoituksia, joissa käsittelijä oli arvioinut
tapahtuman aiheuttaneen potilaalle vakavaa haittaa tai ongelmassa, jotka olivat
usein toistuvia.

Taulukossa 4 esitetään käsittelijöiden ehdottamien kehittämistoimenpiteiden
suunnittelun (n=47) kohdentuminen. Tässäkin käsittelijät pystyivät valitsemaan
useampia vaihtoehtoja samaan ilmoitukseen. Yleisin käsittelijöiden ehdottama
kehittämistoimenpide koski toimintatapoja ja menettelyitä (51 %, n=24). Henki-
löstön koulutuksellisia kehittämistoimia suunniteltiin 30 %:ssa (n=14) ilmoituk-
sista. Tietoteknisten ja teknisten järjestelmien sekä tiedonvälitykseen ja yhtey-
denpitoon liittyviä kehittämistoimia suunniteltiin molempia alle 9 % ilmoituksista.

*Käsittelijä pystyi valitsemaan useita vaihtoehtoja samaan ilmoitukseen

Kehittämistoimenpide	n	%
toimintatapaa ja menettelyitä	24	51,1
tietoteknisiä ja teknisiä järjestelmiä, laitteita, tarvikkeita	3	6,4
tiedonvälitystä ja yhteydenpitoa	4	8,5
koulutusta	14	29,8
johtamista	1	2,1
muu kehittämistoimenpide	1	2,1
yhteensä (N, %)	47	100

Taulukko 4. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelu

5.2 Ilmoitusten aikaansaamat kehittämistoimet

Tässä luvussa esitetään niitä HaiPro-ilmoituksien aikaansaamia kehittämistoi-
mia, joita Eksoten ensihoidossa oli konkreettisesti toteutettu tai jotka oli käynnis-
tetty vuoden 2013 loppuun mennessä. Tietojen hankinnassa hyödynnettiin kä-
sittelijöiden HaiPro-lomakkeeseen kirjaamia tietoja toteutetuista tai käynniste-
tyistä kehittämistoimista. Listasimme myös niitä kehittämistoimia, joita oli tehty
HaiPro-ilmoitusten käsittelyyn, analysointiin ja tiedottamiseen liittyen. Keräsime-
me tiedot HaiPro-ilmoituksista vasta joulukuun 2013 lopulla, jotta käsittelijät oli-

sivat ehtineet kirjata tehdyt tai käynnistetyt kehittämistoimet HaiPro-järjestelmään.

Ensihoidon yksikössä oli tehty kehittämistoimia ja muutoksia liittyen: hoitotoimenpiteen / tehtävän suorittamiseen ja työohjeisiin, laitteisiin ja tarvikkeisiin, viestintään, koulutukseen ja perehdyttämiseen, yhteistyöhön, työturvallisuuteen sekä työympäristöön.

Hoitotoimenpiteen / tehtävän suorittaminen ja työohjeet

Eksoten ensihoitoon ollaan laatimassa yhtenäistä ambulanssin teknisen toimintakunnon tarkistuslistaa. Tarkistuslista tehdään erikseen päivittäin tapahtuvaan tarkastamiseen sekä kattavampaan viikoittain tapahtuvaan tarkastamiseen. Eri toimipisteiden ajoneuvovastaavat ovat vastuussa tarkistuslistan kehittämisestä sekä käyttöönottoon liittyvän koulutuksen koordinoinnista.

Ensihoidon kohtaaman aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito-ohje päivitettiin nykyisten Käypä Hoito -ohjeiden mukaiseksi.

Laatutyöryhmä käynnisti ensihoidon kenttäjohtojärjestelmän kehittämisen.

Eksoten ensihoidon eri toimipisteissä otettiin käyttöön uudet, lääkevastaavien laatimat toimintaohjeet siihen, kuinka havaita ajoissa ambulansseissa olevien lääkkeiden vanheneminen.

Päivitettiin toimintaohje tilanteisiin, joissa normaalisti käytössä oleva sydänfilmin lähetysmenetelmä ei toimi.

Laitteet ja tarvikkeet

Eksoten ensihoidossa otettiin käyttöön uusi CPAP-järjestelmä. Lyhennys tulee sanoista continuous positive airway pressure, joka tarkoittaa jatkuvan positiivisen ilmatiepaineen mahdollistavaa, hengityksen ei-invasiivista hoitomuotoa (Resmed 2013).

Ensihoidossa käytössä olevaan Leda Control -kenttäjohtojärjestelmään sekä Leda Nasta navigointi- ja tilatieto-ohjelmistoon tehtiin useita päivityksiä ja pa-

rannuksia. Toimintavarmuuden heikkouksien vuoksi, otettiin käyttöön mm. kohteen paikantamisen varmistamiseen liittyviä varasuunnitelmia.

Paristo- ja akkukäyttöisten lääkintälaitteiden päivittäiseen tarkastamiseen laadittiin uusia toimintaohjeita.

Viestintä

Vuoden 2014 ensihoidon sisäisessä koulutuksessa panostetaan kommunikaation sekä tiimityöskentelyn kehittämiseen. Ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisessä raportoinnissa otetaan käyttöön iSBAR-menetelmä. Tällä pyritään parantamaan potilasraportoinnissa oleellisen tiedon välittämistä selkeästi ja tiiviisti sekä johdonmukaisesti terveydenhuollon ammattilaisten kesken (Sairaanhoitajaliitto 2013). Koulutukset alkavat alkuvuodesta 2014.

Eksoten sisäiseen potilaan tunnistamiseen liittyvään ohjeistukseen lisättiin ensihoidon oma toimintatapaohje.

Ensihoidon henkilöstölle lisättiin tietoisuutta HaiPro-järjestelmään ilmoitetuista vaaratapahtumista. Yksikössä otettiin käyttöön toimintatapa, jossa potilasturvallisuusvastaava tekee tulleista ilmoituksista koontilistat sekä tiivistetyt versiot ilmoituksien sisällöistä. Nämä lähetetään sähköpostitse säännöllisesti n. 3 kuukauden välein henkilöstölle. Tällä pyritään lisäämään avoimuutta vaaratapahtumia kohtaan sekä lisäämään ensihoitajien ilmoitusaktiivisuutta.

Koulutus ja perehdytys

Osa Eksoten ensihoitajista suoritti 2013 aikana ensihoitopalvelun hälytysajoneuvon kuljettajakurssin. Kurssi pidettiin pelastusopistolla Kuopiossa.

Kaksi (2) Eksoten ensihoitajaa aloitti hälytysajokouluttajakoulutuksen syksyllä 2013. Jatkossa he vastaavat Eksoten ensihoitajien hälytysajokoulutuksien järjestämisestä sekä opetuksesta.

Yhteistyö

Kehittämisyhteistyötä on lisätty potilasturvallisuuden edistämiseksi useiden eri sidosryhmien kanssa. Merkittävimmät yhteistyön kehittämistoimet on aloitettu Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystyspoliklinikan, hätäkeskuslaitoksen sekä poliisien kanssa.

Työturvallisuus

Ensihoitoon laadittiin turvallinen kotikäyntiohjeistus. Ohjeen laatimiseen osallistui koko henkilöstö.

Syksyllä 2013 ensihoidon henkilöstö kävi Mapa-koulutuksen. Mapa-koulutuksen tavoite on opettaa haastavan käytöksen ennakointi ja välttäminen hoidollisen vuorovaikutuksen ja toiminnallisuuden keinoin (Mapa-Finland 2013).

Työympäristö

Lääkelaukkujen sisältöä muutettiin, jotta puuttuvien lääkkeiden havaitseminen helpottuisi.

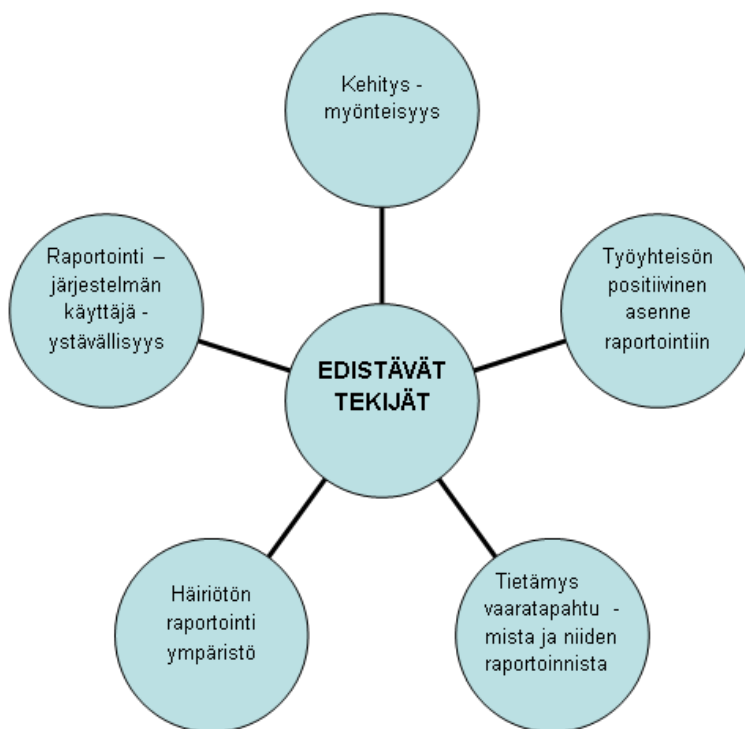
Ensihoitotehtävällä käytettyjen tavaroiden täydentämisen tukemiseen tehtiin muistilappuja, joita sijoiteltiin useisiin eri paikkoihin.

5.3 Vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavat tekijät

Opinnäytetyön toisen aineiston analyysin tulokset vastaavat tutkimuskysymykseen Mitkä tekijät edistävät tai estävät vaaratapahtumaraportointia ensihoidon henkilökunnan mielestä? Tämä ryhmähaastatteluin kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Analyysin tuloksena muodostui 2 pääluokkaa, vaaratapahtumaraportointia edistävät tekijät ja estävät tekijät. Molemmat pääluokat muodostuivat 5 yläluokasta, joiden sisällöt esittelemme tuloksina. Yläluokkien sisällöt koostuvat aineistosta esiin nousseista vaaratapahtumaraportointiaktiivisuuteen vaikuttavista tekijöistä, jotka muodostivat analyysin alaluokat.

5.3.1 Vaaratapahtumaraportointia edistävät tekijät

Pääloukka, edistävät tekijät, muodostui 5 yläluokasta, jotka ovat kehitysmuönteisyys, työyhteisön positiivinen asenne raportointiin, tietämys vaaratapahtumista ja niiden raportoinnista, häiriötön raportointiympäristö sekä raportointijärjestelmän käyttäjäystävällisyys (Kuva 8).



Kuva 8. Vaaratapahtumaraportointia edistävät tekijät

Kehitysmuönteisyys

Aineiston perusteella voidaan todeta, että ensihoitajat odottavat raportoinnin johtavan jonkinlaiseen positiiviseen muutokseen työssään. Heidän mielestään raportoitujen vaaratapahtumien pohjalta tulee kehittää toimintaa sen suuntaisesti, jotta vastaavat tilanteet jatkossa vältettäisiin. Hyvinä kehittämisen tuotoksina haastateltavat mainitsivat mm. uudet toimintatavat ja erilaiset ohjeistukset. Uusilla nykyaikaisilla tutkimus- ja lääkintävälineillä sekä laitteilla katsottiin myös saavutettavan turvallisempaa ensihoitoa. Raportointiin pohjautuva kehittäminen

ja positiivisen muutoksen aikaansaama parempi potilasturvallisuus miellettiin merkittäväksi raportointiaktiivisuuden edistäjäksi.

Siinä on se suurin motivaatio tehdä niitä ilmoituksia, jotta kehitettäs niiden kautta tai jotenki puututtais niihin ohjeistuksella tai toimintamenetelmillä tai uusilla varusteilla tai laitteilla.

Sen tarkoitus olis just semmonen, että koetetaan sit löytää semmosii millä pysyttäs välttämään jatkossa niitä vaaratilanteita, sellanen ilmapiiri edesauttaa paljonki sitä ilmoittamista.

Osa haastateltavista koki saaneensa olla liian vähän itse kehittämässä toimintoja. He toivoivatkin tehtyjen ilmoitusten läpikäyntiä yhdessä, joko työvuorokohtaisesti tai koko työyhteisön yhteisissä palavereissa. Kaikki haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että ilmoitusten yhteinen käsittely edistäisi virheistä oppimista ja lisäisi myös ilmoitusaktiivisuutta.

Mut vaikka ku meillä on noita työpaikka palavereita niin niihi pitäs sen verran olla varatu aikaa et siellä oikeasti ehtis käyä niitä ilmoituksia läpi.

Sit ko tulee muiltaki vuoroilta niitä haiproja niin niitäki vois mieltää ja käyä läpi yhdessä että oppis niistäki silleen ja näkis millasia tilanteita on ylipäänsä ollu.

Haastateltavat kertoivat tekevänsä ilmoituksen huomattavasti herkemmin tapahtumista, jotka ovat oikeasti vaarantaneet potilasturvallisuuden tai vaikeuttaneet ensihoitajan omaa toimintaa siten, että oma tai potilaan turvallisuus on vaarantunut. Syyksi mainittiin vakavien vaaratapahtumien pohjalta tapahtuvan kehittämisen sekä oppimisen olevan merkittävämpää kuin lievien tapahtumien tai läheltä piti -tilanteiden.

Ja mitkä tietysti edistää sitä on se itte tilanteen vakavuus se laittaa tekemään yleensä sen ilmoituksen ja kuin paljon se kohdistuu itseensä vielä, niin se lisää ehkä sitä teko aktiivisuutta vielä eli jos se on vaikeuttanut sinun toimintaa, vaarantanu jollain tavalla sitä.

Ensihoidossa käytössä olevan HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmän todettiin olevan virallinen raportointikanava. Sen koettiin tehostavan ja varmistavan raportoitujen vaaratapahtumien käsittelyä, ongelmiin puuttumista sekä

kehitystyötä. Tällainen virallinen ilmoituskanava nähtiin todellisena mahdollisuutena viestittää ensihoidon potilasturvallisuusriskeistä esimiehiä sekä ylempää johtoporrasta. Tehtyjen ilmoitusten uskottiin toimivan hyvinä todisteina ja näyttöinä niille tahoille, jotka ensihoidon toiminnasta päättävät. Useimmat haastateltavat totesivat tällä olevan positiivinen vaikutus ilmoitusaktiivisuuteen.

Se on kyllä vähän virallisempi järjestelmä ko tuo ruutuvihko tuolla yläkerrassa, uskosin et tulee varmemmin käsiteltyä ne ongelmat ja muut vibat ku tekee sen Haipron... ja saahan niitä ongelmia ylemmälleki johtoportaalalle menemään.

nää ilmoitukset on hyvä todiste tuonne esimiestasolle kuinka vaarantavaa tää on toimia näin. Sitä saatas niitä asioita eteenpäin ja perusteita sille että miks kehitetään tätä hommaa toiseensuuntaan.

Työyhteisön positiivinen asenne raportointiin

Työyhteisön positiivinen asenne raportointiin nousi vahvasti esiin puhuttaessa raportointia edistävästä tekijöistä. Aineiston perusteella työyhteisön positiivinen asenne muodostui kannustuksesta, rohkaisusta, ymmärryksestä, myönteisestä suhtautumisesta sekä avoimesta ilmapiiristä, jossa ei tarvitse salailla virheitä tai ilmoituksen tekoa.

Raportointiin kannustamista ja rohkaisua odotettiin niin esimiehiltä kuin työkavereiltakin. Osa haastateltavista kertoi tekevänsä ilmoituksen aina työparin kanssa yhdessä. He uskoivat antavansa paremman kuvan tapahtuneesta, kun kaksi näkökulmaa yhdistetään. Useimmat ensihoitajat pitivät hyvänä asiana ilmoituksen tekemistä ryhmässä. Ensihoitotyö miellettiin muutenkin parityöksi, jossa onnistumiset ja epäonnistumiset koetaan ja seuraamukset otetaan vastaan yhdessä.

No mie ainaki ko teen haipron nii minun työparin kanssa käyään yhdessä se läpi onko hänestä tää tilanne kirjattu tänne niin ku se meni, haluaisko hän jotaki lisätä. Kyllä se tähän niin ku kimpassa vaikka mie sen sinne olen alustavasti tehny.

Joidenkin mielestä omassa työyhteisössä eivät kaikki ole ymmärtäneet vaaratapahtumaraportoinnin periaatteita. He uskoivatkin ymmärryksen lisääntymisen

sekä myönteisemmän suhtautumisen potilasturvallisuuteen ja raportointiin edistävän ilmoitusten tekemistä.

Se on tärkeää että kaikki työyhteisössä ymmärtäis sen et minkä takia tätä tehdään ja mikä siinä on taustalla...oppiminen ja kehittäminen se on niin ku koko työporukan hyväksi. Kaikki ei vain vielä ymmärrä tätä.

Avoimen ilmapiirin positiiviset vaikutukset ilmoitusaktiivisuuteen olivat haastateltavien mielestä varsin yksiselitteiset. Ilmoitusten tekeminen yhdessä, salailematta katsottiin vahvistavan avoimen ilmapiirin syntymistä. Jonkin verran ristiriitaisia mielipiteitä tuotiin esiin siitä, tarvitseeko työpaikalla olla mahdollisuus tehdä ilmoitus myös salassa. Kaikki haastateltavat toivoivat itselleen kerrottavan suoraan omista virheistään. Toisaalta osa ensihoitajista ei välttämättä uskalla kertoa kaikille työntekijöille heidän tekemistään virheistä.

Lisäähän se sen työyhteisön avoimuutta kun ei mennä mihinkään pimeeseen koppiin tekemään ilmoitusta, vaan paljon fiksumpaa se on vaikka se koko työvuoro olis yhdessä tekemässä sitä ilmoitusta.

Tietämys vaaratapahtumista ja niiden raportoinnista

Enemmistö haastateltavista uskoi tunnistavansa vaaratapahtumat hyvin ensihoitotehtävien aikana. Jotkut ensihoitajat totesivat kiireellisten ja vaativien toimien edellyttävän niin suurta keskittymistä, että vaaratapahtumien havainnointi näissä tilanteissa vaikeutuu. Kaikki olivat kuitenkin yhtä mieltä siitä, että lisätietämys erilaisista vaaratapahtumista sekä keinoista niiden havainnoinnin parantamiseen olisivat herkkyyttä huomata potilasturvallisuustapahtumia sekä raportointia.

Lisätieto varmaan auttais et niitä tuolla tehtävillä tulis itekki havainnoitua enemmän, sitä omaa toimintaa ja miksei myös sen työparinki ja vielä mietittyä et tästähän vois sen haipronki tehdä.

Yli puolet haastateltavista oli käynyt HaiPro-ilmoittajan koulutuksen. Sisällöllisesti sen todettiin olevan hyvä ja riittävä ilmoituksen tekemisen näkökulmasta.

Alkujaan koulutuksen kerrottiin herättäneen mielenkiinnon potilasturvallisuutta ja vaaratapahtumaraportointia kohtaan, mikä lisäsi ehdottomasti myös ilmoitusaktiivisuutta. Kertaluonteisen koulutuksen katsottiin olevan kuitenkin riittämätön pitämään yllä opittuja tietoja sekä taitoja ja ennen kaikkea kiinnostusta asiaa kohtaan.

Koulutuksien jälkeen vuos sitte tilanne oli ihan eri, sillon tää oli pinnalla ja hyvin muistissa nyt tää on kärsiny jo tietynlaisen inflaation, että sitä tietoa ja koulutusta pitäis saada jatkuvasti.

Haastateltavien puheissa nousi esiin raportointia edesauttavana tekijänä tietoisuus HaiPro-järjestelmään tehtävistä ilmoituksista. He toivoivatkin koko Eksoten alueelle yhteneväisiä ohjeita siitä, minkälaisia tapahtumia järjestelmään tulisi ilmoittaa. Haastateltavien mielipiteet olivat yksimielisiä siitä, että työvuorokohdainen HaiPro-tukihenkilö madaltaisi kynnystä ilmoituksen tekoon. Tukihenkilöä kuvattiin vaaratapahtumatietämykseltään muita korkeammaksi henkilöksi, joka neuvoa, opastaa sekä rohkaisee ilmoituksen teossa ja kertoo, minkälaisista poikkeamista ilmoitus kannattaa tehdä. Joissakin työvuoroissa vuoron esimiehen todettiin olevan se henkilö, johon tukeudutaan epäselvissä raportointiin liittyvissä asioissa. Ensimmäisen tehdyn ilmoituksen todettiin helpottavan jatkossa uusien ilmoitusten tekoa.

joka vuorossa ois ainaki yks ihminen joka on paremmin kärryillä et mistä kuuluu tehdä niin se vois sanoa et täältä se löytyy ja tuosta kyllä kannattais tehdä.

Niin sellanen tukihenkilö joka muistuttelis ja laittas alkuun sen, näyttäis ja sanois mistä ja miten se ilmoitus tehdään ja mitkä on niitä tärkeitä asioita kirjata.

Aineiston perusteella tärkeäksi vaaratapahtumaraportointia edistäväksi tekijäksi nousi tehdyistä ilmoituksista saatu palaute. Hyvänä palautteena mainittiin Eksoten ensihoidossa käytetty menetelmä jakaa henkilöstölle säännöllisesti yhteenvedo ja koontilistat tehdyistä ilmoituksista. Nämä listat sisältävät myös tiedon siitä, mitä tai minkälaisia toimia ilmoituksen perusteella on jo tehty tai tullaan tekemään. Palautteena ilmoituksen tekijälle nähtiin myös käsittelijän tekemä lisäkysymys ilmoituksesta. Tämän katsottiin merkitsevän käsittelijän kiinnostus-

ta ilmoitusta kohtaan ja todentavan, että ilmoitukselle jotakin tehdään. Palautteiden koettiin toimivan myös ilmoituksen tekoa muistuttelevana keinona, joka pitää yllä vaaratapahtumatietoutta ja auttaa havainnoimaan poikkeamia ensihoitotehtävien aikana.

Se on hyvä just se että on tullu se koonti ja palaute niistä tehdyistä ilmoituksista, koska siinä samalla tulee niin ku muistutus siitä et niin ku meillä on tällanen järjestelmä ja näistä asioista pitää tehdä niitä ilmoituksia.

Häiriötön raportointiympäristö

Haastateltavat totesivat häiriöttömän ja viiveettä tapahtuvan ilmoitusmahdollisuuden lisäävän raportointia ensihoidon toimintaympäristössä. Otolliseksi ajankohdaksi mainittiin välittömästi tehtävän jälkeinen hetki. Ensihoitajien mielestä ilmoitus tulisi pystyä tekemään jo ambulanssissa, heti potilaan luovuttamisen jälkeen. Tällöin muut tehtävät eivät olisi keskeyttämässä ilmoituksen tekoa. Mahdollisuus tehdä vaaratapahtumailmoitus paperilomakkeelle heti tehtävän jälkeen helpottaisi ja varmistaisi ilmoituksen tekemistä myös viralliseen HaiPro-järjestelmään. Tehdäänpä ilmoitus ambulanssissa tai asemapaikalla, tulee haastateltavien mielestä raportointiympäristön olla rauhallinen, jossa kaikenlaiset häiriötekijät olisi minimoitu.

Mut jos sen oikeesti pystys tekemään siinä autossa jo heti ko on sen potilaan luovuttanu tai siinä paluumatkan aikana niin uskon et se lisäksi sitä ilmoitusaktiivisuutta ihan jonkin verran.

Häiriötön raportointiympäristö yhdistettiin niin nopeaan ja keskeytyksettömään ilmoituksen tekoon, kuin myös mahdollisuuteen tehdä ilmoitus salassa, näiden molempien todettiin madaltavan ilmoituksentekokynnystä.

että sen saa tehdä rauhassa et niinkö nopeesti pois, ettei sitä joku aina keskeytä.

tilanteita on että haluais tehdä sen yksin, et mie haluan nyt laittaa tän asian eteenpäin enkä puhua siitä muille, niin se olis hyvä et siihenki mahdollisuus olis.

Raportointijärjestelmän käyttäjäystävällisyys

Käyttäjäystävällistä raportointijärjestelmää haastateltavat kuvasivat helpoksi ja selkeäksi käyttöä. Ilmoituksen tulisi olla myös lyhyt ja nopea tehdä, ja siinä kysyttäisiin vain vaaratapahtuman kannalta olennaisia seikkoja. Vapaasti, omin sanoin tapahtuva kirjaaminen todettiin hyväksi seikaksi, sillä tämä mahdollistaa tapahtumien kuvauksen ilmoittajan oman näkemyksen mukaisesti. Ilmoituslomakkeen tulisi myös olla helposti löydettävissä tietokoneelta. Tämän mainittiin helpottuvan, mikäli tietokoneen työpöydällä olisi pikakuva lomakkeelle. Ekso-
tessa käytössä oleva HaiPro-raportointijärjestelmä todettiin käyttäjäystävälliseksi ja sen uskottiin parantavan henkilöstön aktiivisuutta raportointiin.

sen haipron niin ne kysymykset ja ne on ihan selkeitä ja se on ihan helppo täyttää ja sopivan lyhytkin.

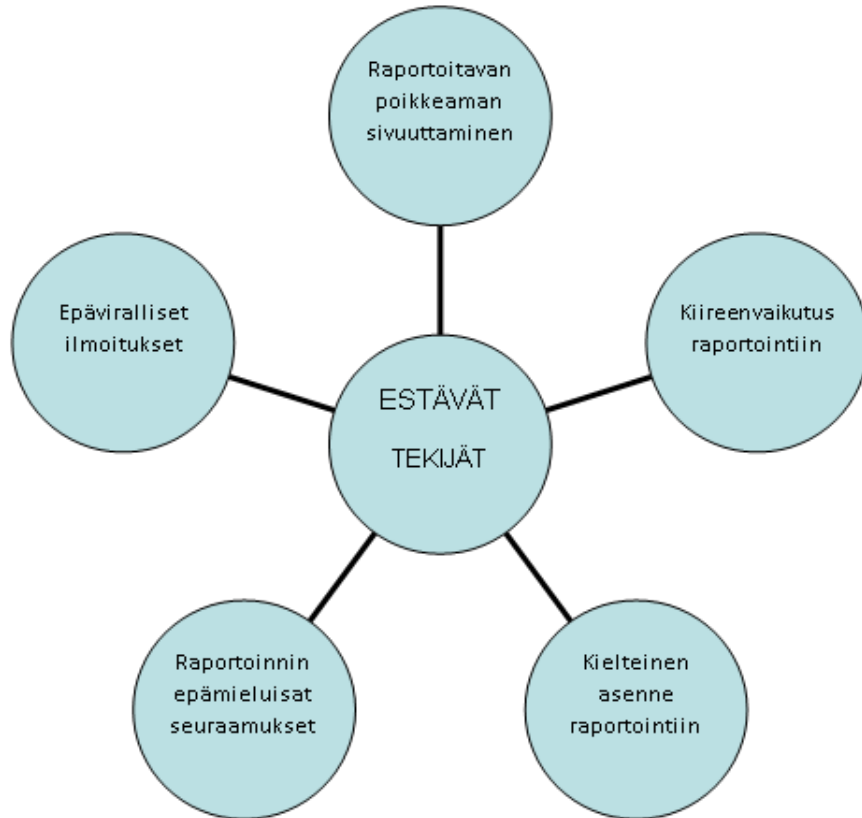
Minun mielestä vielä lisäksi edistäs se, että se olis vielä lyhyemmän tai jonku pikakuvakkeen alla se HaiPro.

Käyttäjäystävällisen raportointijärjestelmän peruspilarina pidettiin ilmoittajan vastuuvapautta. Tällä haastateltavat tarkoittivat sitä, ettei ilmoittaja joudu vastuuseen tekemästään ilmoituksesta. Osa haastateltavista totesi uskaltavansa tehdä omasta virheestä ilmoituksen herkemmin, mikäli he olisivat varmoja, ettei heitä rangaista tai syyllistetä virheestä. Joillakin ensihoitajilla oli käsitys, että raportointi johtaa usein vaaratapahtuman aiheuttajalta pyydettyyn kirjalliseen selvitykseen tapahtumista.

Varmastiki meilläki tulisi tehtyä enempi jos varmasti tietäs ettet joudu sillai vastuuseen niistä haipro hommista tai ettei sinua rangaista tai muuten syyllistetä siitä tapahtumasta.

5.3.2 Vaaratapahtumaraportointia estävät tekijät

Pääluokka estävät tekijät muodostui myös 5 yläluokasta. Nämä ovat raportoitavan poikkeaman sivuuttaminen, kiireen vaikutus raportointiin, kielteinen asenne raportointiin, raportoinnin epämieluisat seuraamukset ja epäviralliset ilmoitukset.



Kuva 9. Vaaratapahtumaraportointia estävät tekijät

Raportoitavan poikkeaman sivuuttaminen

Raportoitava poikkeama jää ensihoitajilta ilmoittamatta useista eri syistä. Aineiston perusteella yhtenä vaaratapahtumaraportointia estävänä tekijänä on poikkeaman sivuuttaminen. Ensihoitajien kuvauksissa poikkeaman sivuuttaminen ilmeni tapahtuman vähättelynä, epätietoisuutena ilmoitettavista poikkeamista, poikkeamien tunnistamisvaikeutena, omien virheiden ilmoittamatta jättämisenä sekä poikkeamien hyväksymisenä.

Pienistä virheistä ei tehdä ilmoituksia varsinkaan, jos ne eivät ole konkreettisesti aiheuttaneet haittaa potilaalle. Myöskään tapahtumia, jotka on havaittu ja korjattu ennen kuin ne ehtivät aiheuttaa vaaraa potilaalle, jäävät usein ilmoittamatta. Haastateltavien kertomuksissa pienillä virheillä tarkoitettiin mm. ambulanssista

puuttuvia tarvikkeita, vanhentuneita lääkkeitä tai kiireettömissä tehtävissä kohdeosoitteen etsimiseen kulunutta ylimääräistä aikaa. Etenkin yöaika ja pieni virhe yhdistyivät haastateltavien puhuessa ilmoituksen tekoa estävistä tekijöistä.

Ehkä itellä on liian korkealla se kynnyksellä, et sen pitää oikeasti haitata tai vaarantaa sitä potilasta etenki jos yöllä jos joku läheltä piti –juttu tai semmonen et se virhe korjattiin et siitä ei sillai potilaille seurannu mitään, niin aikalaille se jää yöllä se ilmoitus tekemättä ja ehkä aamullakaan ei sitä sit tee.

Epätietoisuus siitä, millaisia tapahtumia HaiPro-järjestelmään tulee ilmoittaa, nousi myös vahvasti esiin haastateltavien kertomuksissa. Ryhmähaastattelutilaisuudessa muutamit haastateltavat olivat aidosti hämmästyneitä, millaisista poikkeamista toiset olivat ilmoituksia tehneet. Edelleenkään ei tiedetty, kuuluvatko hygieniaan liittyvät tapahtumat tai läheltä piti -tilanteet HaiPro-järjestelmään ilmoitettavien asioiden listalle. Epätietoisuutta ilmoitettavista poikkeamista omasivat enemmän ne haastateltavat, jotka eivät olleet käyneet HaiPro-koulutusta.

Tuossako puhuttiin että deffan lätkät puuttuu, niin itelle ei ole tullut mieleenkään että siitäkkin vois haipron tehdä. Se pitäis kyllä vähän aukaista sitä et mistä kaikesta ois järkevää tehdä että se estää kyllä ku ei tiiä kuuluko tällänen tapaus sinne haiproon vai ei..

Poikkeamien tunnistamisen tai havaitsemisen suhteen haastateltavien mielipiteissä oli eroavaisuuksia. Monet haastateltavat totesivat, etteivät välttämättä huomaa kaikkia tekemiään virheitä. Osa ensihoitajista kertoi olevan helpompi huomata toisen tekemät virheet kuin omat. Omassa toiminnassa tapahtuvat, potilasturvallisuuteen vaikuttavat virheet koettiin hankalimmiksi tunnistaa. Haastattelussa tuli ilmi myös, että ensihoitotehtävien jälkianalysointi ryhmässä auttaa toiminnassa tapahtuneiden virheiden tunnistamista. Myöskään siitä, minkälaiset tapahtumat ovat ylipäänsä virheitä, eivät haastateltavat olleet yksimielisiä.

sie välttämättä et analysoi ihan kaikkea mitä sie teet, voi ehkä helpommin tulla se et sie et ite havannoit mut se työpari saattaa siinä vierellä seurata sinun omaa toimintaa ja sit se huomaa siinä et nyt on joku sellanen vaaratapahtuma tapahtunu mitä sie et ite ole etes huomannu.

sit illasta tulee se keikka puheeksi tai muuten jälkeenpäin ja sit huomaa et tos-tahan ois voinu tai pitäny tehdä haipro ei sitä siinä ite tilanteessa ole huomannu tai tullu ajatelleeksi.

Haastatteluissa tuli ilmi, että virheiden myöntäminen voi olla vaikeaa. Ensihoitokulttuuriin liitettiin virheettömyyden ja syyllistämisen uskomus, jolla todettiin olevan virheiden salailua edistävä vaikutus. Virheiden myöntämistä estää myös pelko ammattitaidottomaksi leimautumisesta. HaiPro-ilmoituksen tekeminen sellaisista poikkeamista, jotka ovat syntyneet oman toiminnan seurauksena, todettiin jäävän usein tekemättä. Omien, hölmöjen virheiden aikaansaama häpeän tunne mainittiin yhtenä syynä ilmoittamatta jättämiselle.

se käsitys, että tällanen poikkeama jossakin toiminnassa on aina virhe, joka johtuu henkilökohtaisista ominaisuuksista tai ammattitaidottomuudesta ja siitä leimautuu syylliseksi ja se pyritään kiistämään kaikin mahdollisin keinoin. Et sen myöntäminen että työssä voi käydä isompia ja pienempiä virheitä ja niiden myöntäminen ei ole maailman suurin synti, se tuntuu olevan aika vaikeaa joillekki.

et siis vaikka ehkä tunnistaiski virheen ja haluaisikin siitä sen ilmoituksen tehdä niin tää et mitä toiset sanoo ja ajattelee jotaki pahaa olis se miksi sitä ei sitä ilmoitusta kuitenkaan tee.

Poikkeamien hyväksyminen nähtiin myös ensihoitokulttuuriin liittyvänä ilmiönä. Jotkut ensihoitajat uskoivat poikkeamien hyväksymistä olevan enemmän kokeneiden ensihoitajien keskuudessa kuin nuorten ja kokemattomien. Poikkeamien hyväksyminen ilmenee ajatuksena virheiden kuulumisesta ensihoitotyöhön sen kiireisen luonteen ja vaihtelevan toimintaympäristön vuoksi.

No yks on ainaki semmonen että onhan meillä edelleen se kulttuuri semmonen väärä, ainaki ittestä tuntuu, että koetaan että ensihoitoon liittyy paljon niitä et näitä nyt vain sattuu ku kiireessä tai hämärässä tehdään asioita.

monesti vanhat työntekijät on tottunu ja paatunu siihen ettei tehdä aina niistä pienimmistä asioista tai ei välttämättä kovin isoistakaan asioista, ko oletetaan et ne kuuluu siihen työnkuvaan.

Kiireen vaikutus raportointiin

Kiire muodosti aineistossa monimuotoisen estävän tekijän vaaratapahtuma raportoinnille. Haastateltavat kertoivat kiireellisen työvuoron aiheuttavan väsymystä, muistamattomuutta ja lisäävän unohtelua. Näillä tekijöillä kerrottiin olevan merkittävä vaikutus raportointiaktiivisuuden vähenemiseen. Muutamat haastateltavat kyseenalaistivat ajanpuutteen raportointia estävänä tekijänä, koska ilmoituksen tekeminen ei vie paljoa aikaa. Enemmistö haastateltavista nosti kuitenkin ajanpuutteen ja työvuoron kiireellisyyden merkittävimmäksi estäväksi tekijäksi raportoinnille.

jos ajat koko 24 tuntia, niin ei sitä jaksakaan aamulla silmät ristissä jäähän enää miettimään, että mitkä ne nyt oli ne myötävaikuttavat tekijät tähän tilanteeseen. Kyllä se jää herkästi silloin tekemättä.

No ittelä on ollu se kiire se pääasiallinen tekijä ettei niitä ole ehtinyt tekemään.

Ilmoituksetekokynnyksen todettiin myös nousevan, mikäli ilmoitusta ei ehdi tehdä sen työvuoron aikana, milloin vaaratapahtuma on sattunut. Mikäli, seuraavassa työvuorossa vaaratapahtuman vielä muistaa, niin usein ilmoittaja alkaakin kyseenalaistaa HaiPro-ilmoituksen teon tärkeyttä ja miettii syitä miksi ilmoitusta ei tarvitsisikaan tehdä. Haastateltavien mukaan samanlaisia ajatuksia aiheuttaa sekin, jos ilmoituksen teko keskeytyy tai lykkääntyy useita kertoja.

Kyllä se varmaankin ainaki mulla se on yleisin syy miksi se on jäänyt loppujenlopuks tekemättä on ollu se et se on tarpeeksi monta kertaa lykkääntynyt. Koneet on varattu ja tulee keikkaa tai muita keskeytyksiä. Sitä ko on mennyt kaks vuoro joku haiproon tekeminen niin sitä on aateltu, että enpä viitti tehdä enää ollessaan. Mikä se juttu ees oli, eipä se nyt niin tärkeä juttu ollukkaan.

Tietokoneiden vähäinen määrä ja käyttötarpeen lisääntyminen heikentävät niiden saatavuutta ja täten vaikeutuu HaiPro-ilmoituksen teko. Haastateltavat kertoivat tyypilliseksi ilmoituksetekoa ajankohdaksi työvuoron päättymistä edeltävän ajan, jolloin tietokoneiden käyttöaste on muutenkin korkeimmillaan. Osa haastateltavista nosti esiin vaaratapahtumaraportointia estävänä tekijänä myös sen, että ilmoitusta on vaikea tehdä rauhassa ja yksikseen saatikka salassa. Nämä tekijät yhdistyivät myös tietokoneiden vähyyteen, niiden sijaintiin sekä käyttötarpeen lisääntymiseen. Yleisen kiireen todettiin aiheuttavan sen, että ei ole aikaa odottaa tietokoneen vapautumista.

Kuitenki on aika paljon asioita mihin työvuoron aikana nykyisin tarvii tietokonetta. Sitä saattaa sitä konetta useampiki haluta käyttää sit samaanaikaan se että olis useampi paikka mis olis mahdollista tehdä se ilmoitus. Niin ettei siinä ole selän takana joku kiirehtimässä et tee nyt mie haluun laittaa näitä keikkoja koneelle tai tee nyt äkkii minun pittää päästä sähköpostiin tai sillee.

jos sie haluat et ei kukaan oo siinä olkapään takana kurkkimassa, niin eihän täällä oo sellasta paikkaa tai tietokenetta et se onnistus. Et sitä ei saa tehdä sillee rauhassa.

Kiireellinen työvuoro ja vaaratapahtumaraportoinnin unohtaminen nivoutuivat aineistossa kiinteästi yhteen. Mikäli ilmoitusta ei ehditä tekemään heti poikkeaman tapahduttua, raportoinnin kerrottiin unohtuvan herkästi. Ilmoituksenteon unohtamista lisäsivät myös jo aiemmin mainitut raportoinnin keskeytyminen ja pitkittyminen sekä se, jos ilmoitusta ei pääse tekemään tietokoneiden saatauvuusongelman takia.

keikalla tiedostat et nyt tuli virhe ja tästä nyt pitäis se haipro tehdä ja sit tulee pari 3 keikkaa putkeen ja sit tuut illalla väsyneenä asemalle se ehkä tulee vielä mieleen mutta ei sit kuitenkaan jaksa vielä tehdä, aattelee et mie tehen sen sit vähän myöhemmin ja sit sen on unohtanu jo kokonaan.

Kielteinen asenne raportointiin

Työyhteisön asenteilla vaaratapahtumaraportointia kohtaan on kahdensuuntaisia vaikutuksia HaiPro-ilmoituksen tekoon. Positiivinen asenne ja suhtautuminen edistävät raportointia ja kielteinen asenne puolestaan vähentää raportointiaktiivisuutta. Aineiston mukaan kielteisen asenteen tunnusmerkkejä työyhteisössä ovat kielteinen tai epämääräinen ilmapiiri raportoinnista puhuttaessa, haluttomuus ymmärtää raportoinnin merkitystä ja hyötyjä sekä tunne ylimääräisestä ja toissijaisesta työstä, jota ei pidetä tärkeänä.

Yleinen työyksikön ilmapiiri on enempi sillä harmaalla alueella, et musta ilmapiiri ei ole täysin sellanen myönteinenkään. Tuntuu et ko näistä haipro ja muista potilasturvallisuus jutuista on asiaa niin vähän kieroon katsotaan ja hymähdellään.

Asenteilla tarkoitan siis sitä että käytettäis oikein ja oikein tarkoitusperin tätä juttua, niin ja se että asenteiden takia jätetään tekemättäki niitä sitte et en mie nyt tästä tee , mitä hyötyy ? mut se pitäis ymmärtää että sitä koko työyhteisön hyväksi tehään sitä et saatat kehitettyä tätä hommaa.

Kyllähän se on se kultturi ja asenne, et se on sellanen ylimääräinen näitten työtehtävien ohella, aina jotain ekstra työtä. Kyllähän se menee niin et sitä aattelee et sit vois tehdä sen joskus, jos ei ole kiire salille tai syömään tai nukkumaan.

Haastateltavat toivat esiin muitakin asenteisiin liittyviä, raportointia estäviä tekijöitä. Kielteisesti vaaratapahtumaraportointiin suhtautuvien ensihoitajien antama esimerkki heijastuu herkästi muihinkin samassa työvuorossa työskenteleviin. Muutamat haastateltavat totesivat työkavereiden moittineen ja ivailleen muiden tekemistä vaaratapahtumailmoituksista. Tällaisen kielteisen ilmapiirin katsottiin lisäävän tarvetta tehdä ilmoitus muilta salassa. Yleisesti todettiin näiden kielteisesti raportointiin suhtautuvien olevan niitä ensihoitajia, joiden kyky oppia pois vanhoista toimintamalleista on vaikeaa.

... jos siellä on muutama sellanen et, en mie nyt mitään ilmoitusta ala tekeen ja eihän sitä tarvi tehdä, eihän enenkään ole tehty ja sillai ..., niin kyllä seki vaikuttaa muihin et neki ajattelee että eihän minunkaan sitte tarvi.

ne muut ei tee ja ne rupee moralisoimaan niin et ei näistä tarvi tehdä mitään haiproja. Jos joku kokee kuitenkin tärkeeksi niin se sit joutuu tekeen sen salassa sitte, mut siinä tulee sit se että työyhteisö estää sitä,

Jotkut haastateltavat olivat kokeneet esimiehen kieltävän tietyyntyyppisten ilmoitusten tekemisen. Esimiehen kieltämät ilmoitukset koskivat yleensä sellaisia poikkeamia, jotka olivat jo tiedossa ja joista oli aikaisemminkin tehty HaiPro-ilmoitus. Joidenkin haastateltavien mielestä esimiehen ei tulisi missään tapauksessa rajoittaa tai kieltää ilmoituksen tekemistä. Kieltäminen miellettiin ongelman peittelyksi ja kielteisen asenteen vahvistamiseksi.

se on ärsyttäny ko on tullu jostain tietyistä asioista ohje esimiestasolta et näistä ei nyt enää saa tehdä haiproja se on itteä todellaki ärsyttäny se ko se nyt on ollu sellanen potilasturvallisuus riski , joka on melkein päivittäin vaivannu ja häirinny.

jos laitteet ei toimi niin pakkohan niistä olis tehdä ilmoitus ko ne varmasti vaikuttaa potilasturvallisuuteen jotenki, ei sitä voi esimies kieltää ettei saa tehdä. Sellanen mielikuva siitä jää että halutaan se ongelma lakasta maton alle.

Raportoinnin epämieluisat seuraamukset

Vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn, analysoinnin ja kehittämisen tuloksena on yleensä jonkinlainen poikkeaman uusiutumista estävä toimenpide. Aineiston

perusteella voidaan todeta, että joskus ilmoitusten pohjalta tapahtuvien muutosten tai seuraamusten pelko voi olla myös raportointia estävä tekijä.

Haastateltavat kertoivat miettivänsä usein niitä negatiivisia seuraamuksia, joihin ilmoitus voi johtaa. Koskepa ilmoitus sitten omaa ensihoidon yksikköä tai jotakin toista osastoa tai sen henkilöstöä, niin negatiivisten seuraamusten pelko voi hyvinkin johtaa ilmoituksenteon laiminlyöntiin. Negatiivisina seuraamuksina mainittiin rankaisu, selvitysten teko, toisen nolaaminen ja työajan muuttuminen. Haastateltavat toivat esiin joitakin tapauksia, joissa työyhteisön paine ja mielipide olivat lopulta johtaneet siihen, ettei vaaratapahtumasta koskaan tehty ilmoitusta epämiellyttävän seuraamuksen pelossa. Työyhteisön enemmistön mielestä epämieluisiin seuraamuksiin mahdollisesti johtavat ilmoitukset katsottiin paremmaksi tehdä salassa.

Kyllä sitä väkisinki miettii et mitä siitä ilmoituksesta seuraa niille toisille et otaanko se ilmoitus väärällä tavalla vaikka itellä olis se ajatus et tästä vois tehdä ihan parantamis mielessä ilmoituksen, niin rankaistaanko niitä toisia jotenki kohutuuttomasti tästä sitte

sellanen konkreettinen asia on tää 24 tunnin työaika ja jos puhutaan et joku väsyminenhän on iso asia mikä saattaa johtaa vaaratapahtumaan ja haiproon niin se voi tulla se työyhteisön paine estäväksikin tekijäksi. Pelätään et se ilmoitus johtaa johonki toiseen työaikamuotoon.

Raportoinnin epämieluisiin seuraamuksiin kuuluvat myös palautteet, joissa ilmoitus on kääntynytkin tekijää vastaan. Tällä haastateltavat tarkoittivat lähinnä ilmoituksen käsittelijöiden ehdotuksina usein kuultuja kommentteja tarkkuuden ja huolellisuuden lisäämisestä. Tällaiset parannusehdotukset koettiin syyllistäviksi ja niiden aiheuttavan tunteen siitä, ettei ilmoittaja ole riittävän huolellinen tai tarkka työskennellessään.

Sillä on hirveen iso merkitys et jos vastaavankaltanen asia on ollu esillä aikasemminki ja siitä on tehty haipro ja kommentoitu että lisätkää tarkkuutta ja huolellisuutta, niin se on niinku kääntyny sitä tekijää vastaan, eikä käsittelijä oo ees ymmärtäny mitä siinä haetaan et se on vain tarkkuutta ja huolellisuutta et se on aika iso tulppa sen ilmoituksen tekemisessä jatkossa niinku.

Raportointiaktiivisuutta vähentävänä tekijänä pidettiin myös sitä, mikäli ilmoitukset eivät johda mihinkään parannukseen tai ettei niistä kuulu mitään ilmoittamisen jälkeen. Raportoinnin hyödyttömyyden tunnetta kerrottiin aiheuttavan myös

sen, mikäli henkilöstö ei ota käyttöön ilmoitusten pohjalta kehitettyjä uusia työmenetelmiä, vaan toimii vanhojen tottumusten mukaan. Haastatteluissa mainittiin myös ilmoittamisen olevan hyödytöntä, koska virhe tai poikkeama oli jo tapahtunut.

sit jos niistä on niinku tehty niitä ilmoituksia ja siltiki se vaan niinku jatkuu ja vaikka siitä on tehty ohjeitaki ja, niin tulee sellanen olo et mihinkä tää nyt sit voi johtaa ku ei näistä kuitenkaan kukaan välitä yhtään mitään, niin se jää siksiki ehkä tekemättä.

Epäviralliset ilmoitukset

Vaikka haastateltavat pitivät HaiPro-järjestelmää virallisena vaaratapahtumaraportointikanavana, nousi heidän puheissaan esiin myös muita poikkeamien ilmoittamistapoja. Useat haastateltavat totesivat jättävänsä HaiPro-ilmoituksen tekemättä, mikäli samasta, usein toistuvasta potilasturvallisuusriskistä oli jo aiemmin kerrottu esimiehelle, yleensä suusanallisesti. Haastatteluissa todettiin myös HaiPro-ilmoituksen laiminlyöntejä niissä tapauksissa, joissa ongelma oli kirjoitettu henkilöstön yhteiseen infovihkoon.

jotku on sitä mieltä et jos jostaki ongelmasta tai sellasesta on joskus jo esimiehelle sanottu tai tuonne yläkerran ruutuvihkoon kirjoitettu, niin niistä on turha tehdä enää mitään haiproa.

Yleisesti ajateltiin myös niin, että työvuoron vaihdon yhteydessä esiin tuotuja vaaratapahtumia tai muita potilasturvallisuusriskejä ei tarvitse ilmoittaa enää HaiPro-järjestelmään, koska ne on viety jo esimiehenkin tietoisuuteen. Myöskään sellaisista vaaratapahtumista ei välttämättä tehty ilmoitusta HaiPro-järjestelmään, jos tapahtuman toistumisen estämiseksi oli työvuoron sisällä tai kahden työvuoron kesken kehitetty jo oma korjaava toimintatapa. Raportointia vaikeuttavana ja vähentävänä seikkana mainittiin myös se, että Etelä -Karjalan alueella on edelleen sosiaali- ja terveystalvelun tuottajia, jotka eivät kuulu HaiPro-järjestelmän piiriin.

jos siinä puhutaan jostaki vaaratapahtumasta tai sellasesta kahen työvuoron kesken ja vielä esimies tulee siihen ja sille ko suoraan kerrotaan se ongelma tai tapahtuma niin siinä voi helposti jäädä se ite haiproilmoituksen teko tekemättä ko aatellaan et se asia on jo kerrottu ja välitetty eteenpäin.

Että tavallaan mennään sillä että sovitaan tai korjataan työvuoro kohtaisesti tai työvuorojen välillä näitä asioita, kuitenkin niin ettei lähetä viemään niin pitkälle niitä asioitaettä haiproki tehtäs.

Huolimatta siitä, että HaiPro-järjestelmää pidettiin käyttäjäystävällisenä raportointikanavana, niin joidenkin mielestä oli helpompaa ilmoittaa poikkeamista esimiehelle suullisesti. Osa haastateltavista ei tiennyt mistä HaiPro-ilmoituslomake löytyy ja kuinka se tehdään. Näiden uskottiin edistävän muiden, epävirallisten raportointikanavien käyttöä poikkeamien esiin tuonnissa.

en mie varmaan muista mistä sinne päästään ja mitenkä se tehään se koko il-motus jos pitäis nyt tehdä haipro, niin mielummin sen sitte kertois suoraan esi-miehelle vaikka.

6 Pohdinta

6.1 Eettisyys

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) jakaa ihmistieteisiin kuuluvan tutkimuksen eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen. Nämä ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja.

Opinnäytetyön kvantitatiivinen aineisto muodostui HaiPro–vaaratapahtumien raportointijärjestelmään vapaaehtoisesti ilmoitetuista, ensihoidon yksikössä tapahtuneista vaaratapahtumista. HaiPro–järjestelmään ilmoitus tehdään nimettömänä, eikä ilmoittajan henkilöllisyys tule esiin missään vaiheessa. Ainoastaan ilmoittajan toimipaikka näkyy ilmoituksessa. Opinnäytetyön tekijöiden ja ilmoituksen tekijöiden välille ei täten syntynyt tutkimussuhdetta.

Ilmoituksen tekijä ei ole tiennyt, että hänen tekemänsä ilmoitusta käytetään opinnäytetyömme aineistona. Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 179) mainitsevat erilaisten potilasdokumenttien, asiakirjojen, rekistereiden ja tilastojen hyödyntämisen tutkimusaineistona lisääntyneen viime aikoina. Tämä on heidän mielestään tuonut oman tutkimuseettisen haasteensa, joka koskettaa lähinnä tutkimusluvan myöntäjiä. Saimme opinnäytetyöhön tutkimusluvan (liite

8) Eksoten työhyvinvointikoordinaattorilta 18.6.2013. Eettisen työryhmän lausuntoa emme tarvinneet.

Keräsimme kvalitatiivisen aineiston ryhmähaastatteluilla, joissa tiedonantajina toimivat Eksoten ensihoidon henkilöstö. Haastatteluissa tiedonantajan ja tutkijan suhde muuttuu välittömäksi vuorovaikutussuhteeksi, joka tuo omat haasteensa tutkimuseettisiin kysymyksiin. Tutkijan autoritääristä tai valta-asemaa ei saa väärinkäyttää tai hyödyntää tutkimustoiminnassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–179.) Koska toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä on esimiesasemassa tiedonantajiin, olisi tämä voinut muodostaa eettisen ristiriidan, joten hän ei osallistunut lainkaan haastattelutilaisuuksiin.

Itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen liittyvät tutkittavien vapaaehtoisuus ja informointi. Haastattelupyyntöön myönteisesti vastaaminen osoittaa haastateltavan suostuneen tutkittavaksi. Haastatteluihin perustuvissa tutkimuksissa tulee tiedonantajalle kertoa tutkimuksen aihe sekä se, mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Jokainen haastateltava tuli vapaaehtoisesti mukaan ryhmähaastattelutilaisuuksiin. Informoimme kaikkia haastateltavia etukäteen niin kirjallisesti kuin suullisestikin opinnäytetyön tarkoituksesta sekä ryhmähaastatteluiden suorittamisesta ja niiden etenemisestä. Kaikille haastateltaville oli lähetetty kutsukirje mahdollisuudesta osallistua ryhmähaastatteluun. Kutsussa kerroimme osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa. Kutsukirjeessä toimme esiin myös haastatteluiden nauhoituksen sekä sen, ettei tutkimusraportissa kukaan haastateltavista olisi tunnistettavissa.

Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) nostaa vahingoittumisen välttämisen listalle myös taloudellisen haitan välttämisen. Tutkimuksen aiheuttamat haitat tulee huomioida aineiston keruuvaiheessa, aineiston säilyttämisessä sekä julkaisu- ja raportointivaiheessa. Henkisen haitan välttäminen korostuu aineiston keruuvaiheessa ja kulminoituu pitkälti tutkittavien vapaaehtoisuuden säilyttämiseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.) Ennen ryhmähaastatteluiden aloitusta muistutimme tiedonantajia heidän vapaudestaan keskeyttää osallistuminen missä tahansa vaiheessa haastattelua.

Haastattelija pyrki tietoisesti tarkkailemaan haastateltavien mielialaa, jännittyneisyyttä, kiusaantuneisuutta tai yleensäkin sellaisia piirteitä, jotka voisivat osoittaa haastateltavan olevan haluton jatkamaan tutkimusta. Haastattelija ei myöskään edellyttänyt sitä, että jokainen ryhmään kuuluva tiedonantaja puhuisi saman verran tai kertoisi mielipiteitään jokaisesta teemasta. Vapaaehtoisuus puhua ja osallistua keskusteluun pyrittiin siis säilyttämään myös haastattelutilaisuuksien aikana. Tällä haluttiin osoittaa myös ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä kunnioittavaa käytöstä tiedonantajia kohtaan.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) toteaa taloudellisten ja sosiaalisten haittojen todennäköisyyden lisääntyvän, mikäli tutkimuksessa ei noudateta yksityisyyteen ja tietosuojaan kuuluvia eettisiä periaatteita. Tutkimusaineiston säilyttäminen ja hävittäminen kuuluvat oleellisesti yksityisyyden suojan periaatteisiin. Ryhmähaastatteluun osallistuville ei voida taata ehdotonta tietosuojaa, sillä vaitiolovelvollisuus koskee ainoastaan tutkijoita (Pötsönen & Välimaa 1998, 4). Ryhmähaastattelun alustuksessa muistutettiin haastateltavia tietojen luottamuksellisuudesta ja haastateltavien anonymiteetin säilyttämisestä. Kaikilta ryhmähaastatteluun osallistuvilta toivoimme vaitioloa esille tulleista asioista. Opinnäytetyön raportoinnissa käytettiin autenttisia, suoria lainauksia haastateltavien puheista. Näistä ei kuitenkaan kukaan haastatteluun osallistunut ensihoitaja ole tunnistettavissa esimerkiksi puhetyylin tai murteen perusteella. Nauhoitettua ja puhtaaksikirjoitettua sähköistä haastatteluaineistoa säilytettiin ulkopuolisilta salatussa tiedostossa koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

6.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta on yleisesti arvioitu validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validius eli pätevyys tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä asiaa tai ilmiötä, jota sen oli tarkoituskin mitata. Reliaabelius eli pysyvyys taas tarkoittaa mittauksen kykyä tuottaa tuloksia, jotka eivät johdu sattumasta. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.)

Opinnäytetyön kvantitatiivinen aineisto kerättiin HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmällä. Järjestelmään tehtyjä vaaratapahtumailmoituksia analysoitiin hyödyntäen raportointijärjestelmän omaa yhteenvetoraporttityökalua. Eri organisaatioiden HaiPro-järjestelmiin tallennettuja ilmoituksia on hyödynnetty aikaisemminkin muutamissa tutkimissa (Kuisma 2010; Avelin & Lepola 2008). Näissä tutkimissa HaiPro-järjestelmä on todettu sisällöllisesti validiksi.

Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 153) suosittavat käytettäväksi jo olemassa olevia ja testattuja mittareita, mutta peräänkuuluttavat tutkijoiden kriittistä arviota suhteessa mittarin ikään sekä kontekstisidonnaisuuteen. HaiPro-järjestelmää on kehitetty vuodesta 2005 alkaen ja kehitystyö jatkuu edelleen. HaiPro-järjestelmää käyttäviä ensihoidon yksiköitä on toistaiseksi suhteellisen vähän. Vaikka järjestelmän kehitystyössä on huomioitu ensihoidon toimintaympäristön erityispiirteitä, on havaittavissa puutteita juuri ensihoidon toimintaympäristöön liittyvien tapahtumatyyppien luokittelumahdollisuuksissa.

Aineiston luotettavuutta parannettiin tarkastamalla ja varmentamalla ilmoitusten käsittelyn yhdenmukaisuus ennen analyysin tekemistä. Tarkastamisen yhteydessä jouduimmekin muuttamaan muutamien ilmoitusten luokittelua, koska 1 vuoden otannan aikana käsittelijät olivat oppineet käyttämään paremmin HaiPro-järjestelmää ja muuttaneet tietyiltä osin ilmoitusten luokitteluperusteita. Kuisma (2010) peräänkuuluttaakin HaiPro-järjestelmän pätevyyden ja pysyvyyden uudelleen arviointia, koska käsittelijöiden osaamisella sekä epäjohdonmukaisuudella on todennäköisesti vaikutuksia järjestelmällä saatuihin tuloksiin. Käsittelijän mahdollisuuteen analysoida ja luokitella ilmoitusta vaikuttaa oleellisesti ilmoittajan antaman tiedon määrä vaaratapahtumasta (Saraste 2012; Knuutila ym. 2007, 35). Joissakin ilmoituksissa tapahtumaan liittyvät tekijät oli kuvattu suppeasti ja yksipuolisesti, millä on myös opinnäytetyön aineiston luotettavuutta heikentävä vaikutus.

Kvantitatiivisen aineiston otoskoon vaikuttaa tuloksien tarkkuustavoite suhteessa tutkimuksen perusjoukkoon (Hirsjärvi ym. 2010, 180). Opinnäytetyömme otokseen kuuluvat kaikki HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään ilmoitetut, Eksoten ensihoidon yksikössä tapahtuneet vaaratapahtumat yhden (1) vuoden aikana. Ilmoituksia kertyi kaikkiaan 59. Ilmoitusten määrä jäi suhteelli-

sen pieneksi, jotta tuloksia voitaisiin yleistää kaikkiin ensihoidon yksiköihin. Tulokset kuvastavat ainoastaan Eksoten ensihoidossa tapahtuneita, Haipro-järjestelmään ilmoitettuja vaaratapahtumia. Opinnäytetyön tarkoituksaan ei ollut saada yleistettäviä tuloksia, vaan kuvata järjestelmään ilmoitettuja tapahtumia nimenomaan Eksoten ensihoidossa. Muistettava on, että vapaaehtoinen vaaratapahtumaraportointi mahdollistaa virheistä oppimisen ja raportoinnin pohjalta tapahtuvan potilasturvallisuuden edistämisen, mutta tietoa vaaratapahtumien todellisesta esiintyvyydestä ei raportoinnin kautta saada (Kinnunen 2010b, 136).

Laadullisen aineiston luotettavuudella ei ole yksiselitteisiä kriteereitä. Luotettavuutta voidaan arvioida suhteessa tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 130–133; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36; Nieminen 1997, 216.)

Opinnäytetyömme kvalitatiivisen aineiston luotettavuutta tulee tarkastella ryhmähaastatteluilla saamamme aineiston laadukkuuden kautta. Yleisesti haastateltavien ryhmien lukumääräksi suositellaan vähintään kolme (3) ryhmää / tutkimus, jotta aineiston saturaatio eli kylläntyminen saavutettaisiin. Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 84) tarkoittavat saturaatiolla sitä, että aineistoa kootaan niin kauan, kunnes uutta tietoa ei enää saavuteta. Tarvittavien ryhmien määrään vaikuttaa kuitenkin sekä tutkimuksen tavoite että haastateltavien asiantuntijuus tutkittavaan ilmiöön. (Solatie 2001, 22.) Saimme kokoon ainoastaan kaksi (2) erillistä ryhmää, mikä kyseenalaistaa aineiston määrällistä luotettavuutta. Kylmän ja Juvakan (2007, 26-27) sekä Niemisen (1997, 216) mukaan laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkittavien kokemusmaailmassa syntyneiden ainutlaatuisten kokemusten ymmärtäminen ja niiden monipuolinen kuvaaminen. Tämä nostaakin tiedonantajien valinnassa tarkoituksenmukaisuuden haastateltavien ryhmien lukumäärän edelle.

Laadullisen tutkimuksen aineisto tulisi kerätä sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy (Nieminen 1997, 216). Opinnäytetyön tiedonantajiksi soveltuivat kaikki Eksoten ensihoidossa pidempään työskennelleet ensihoitajat. Oletimme jokaisen ensihoidossa työskentelevän tietävän vaaratapahtumaraportoinnista ja siihen liittyvistä tekijöistä, joko koulutuksen tai henkilökohtaisen kokemuksen kautta. Tutkimuksissa on todettu, ettei työkokemuksella ole yhteyttä

vaaratapahtumien raportointiaktiivisuuteen (Kivelä 2010; Koivunen ym. 2007, 12–15). Tästä johtuen emme asettaneet haastateltaville työkokemuksellisiakaan vaateita. Edellytyksenä oli ainoastaan haastateltavien vapaaehtoisuus ja halukkuus osallistua ryhmähaastatteluun. Edellä mainittujen tekijöiden oletimme kerrotavan myös henkilön kiinnostuksesta aihetta kohtaan.

Haastateltavien kertomusten rehellisyys on yksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava seikka. Hirsjärvi ym. (2010, 206) nostavat tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavaksi seikaksi haastateltavien taipumuksen antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia, omien mielipiteidensä sijaan. Kenenkään ryhmähaastatteluun osallistuneen ensihoitajan kertomusten aitoutta ei ole syytä epäillä, koska haastattelutilanteissa vallitsi vapautunut, avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri, joka loi hyvät edellytykset luotettavan aineiston saamiselle. Haastateltavat olivat ennestään toisilleen tuttuja, mikä helpotti hedelmällisen ja rehellisen ryhmähaastattelutilanteen syntymistä. Kukaan ryhmässä ei ollut dominoivassa roolissa, vaan jokainen haastateltava sai riittävästi tilaa ja aikaa kertoa mielipiteensä. Kaikki haastateltavat uskalsivat rohkeasti tuoda esiin omia mielipiteitään, emmekä saaneet vaikutelmaa haastattelijaa miellyttävien vastausten antamisesta. Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 98) mainitsevat tutkijan valta-asemalla olevan vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Tästä syystä esimiesasemassa oleva opinnäytetyön tekijä ei osallistunut haastattelutilaisuuksiin. Ryhmähaastatteluiden kesto pysyi myös riittävän lyhyenä, jotta haastateltavien mielenkiinto ja aktiivisuus säilyivät koko haastattelun ajan.

Haastatteluteemojen ja -kysymysten muodostamisella on vaikutusta aineiston luotettavuuteen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on selvittää tutkittavien näkemyksiä aiheesta, joten liian suppeat teemat saattavat rajoittaa tiedonantajien omien näkemysten esiintuloa. (Nieminen 1997, 216.) Haastattelut aloitettiin tutkimustehtävän mukaisilla suorilla kysymyksillä. Tässä haastattelija antoi haastateltavien tuoda vapaasti ja mahdollisimman laajasti esiin tutkimuskohteenä olevaan ilmiöön liittyviä tekijöitä. Myöhemmin esitetyillä epäsuorilla kysymyksillä haettiin ennalta sovittuihin teemoihin liittyviä syvällisempiä ja perustelua vaativia vastauksia. Epäsuorat kysymykset myös vahvistivat alkuvaiheen suorien kysymysten antamaa informaatiota. Haastatteluteemat olivat syntyneet

aikaisemman tutkimustiedon pohjalta. Haastattelijana toimineen opinnäytetyöntekijän aikaisemmasta ryhmähaastatteluihin liittyvästä kokemuksesta oli paljon apua. Kokemuksen pohjalta haastatteluteemojen määrä pidettiin maltillisena ja haastateltaville annettiin enemmän aikaa vapaaseen, mutta tutkimustehtävien ja opinnäytetyön tarkoituksen kannalta oleelliseen keskusteluun. Myös ryhmäkojojen pitäminen suhteellisen pienenä oli osaltaan aikaisempaan kokemukseen pohjautuva päätös. Nämä tuntuivat oikeilta ratkaisuilta, sillä kokoon saatu aineisto on varsin kattava ja kuvastaa hyvin tiedonantajien näkemyksiä tutkimuskohteesta.

Aineiston analyysin luotettavuuden kannalta on tärkeää kyetä osoittamaan yhteys aineiston ja tulosten välillä. Kankkunen ja Vehviläinen–Julkunen (2009, 160) nostavat aineiston analyysin tarkan kuvaamisen yhdeksi tärkeimmistä luotettavuuskysymyksistä. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. Sisällön analyysin ongelmana on pidetty sitä, että tutkija ei kykene objektiiviseen tarkasteluun analyysiprosessista, vaan tulos perustuu osittain subjektiiviseen näkemykseen. Laadullisen aineiston luotettavuutta pyritään lisäämään raportoimalla tutkimuksen kulku mahdollisimman selkeästi ja tarkasti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Opinnäytetyössämme tulosten yhteyttä alkuperäiseen, litteroituun haastatteluaineistoon voidaan arvioida analyysivaiheiden kuvausten ja esimerkkien perusteella sekä raportissa käytettyjen autenttisten ilmaisujen kautta. Teimme myös analyysin alkuvaiheessa rinnakkaisanalyysia, jolla pyrimme vähentämään omien subjektiivisten kokemusten ja oletusten vaikutuksia analyysiprosessiin.

6.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ensihoidossa tapahtuneita, HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmään kertyneitä potilasturvallisuusilmoituksia sekä niistä saadun tiedon hyödyntämistä ensihoidon yksikön potilasturvallisuuden kehittämistoimissa. Tarkoituksena oli myös kartoittaa vaaratapahtumaportointia edistäviä ja estäviä tekijöitä.

Tutkimusajanjakson aikana kertyneiden kokemusten mukaan HaiPron käyttö on helppoa niin ilmoittajien kuin käsittelijöidenkin mielestä. HaiPro-työkalun kokoamien, tallentamien ja jäsentämien tietojen avulla saatiin selkeä kuva Eksoten ensihoidossa raportoitujen vaaratapahtumien määrästä, laadusta, synnystä ja estämisestä. Vastaavanlaisten vaaratapahtumien estämiseksi yksikössä oli toteutettu tai käynnistetty lukuisia kehittämistoimenpiteitä. Näitä suunniteltiin ja kehitettiin yhteistyössä esimiesten, henkilöstön, eri vastuualuevastaavien sekä yhteistyötahojen kesken. Kehittämistoimien vaikutuksia vaaratapahtumien syntyyn ja hallintaan ei toistaiseksi ole arvioitu. Paljon parannuksia saatiin aikaiseksi, mutta muutosten ja uusien toimintatapojen käytäntöön juurruttamiseen tulee jatkossa panostaa huomattavasti enemmän. Henkilöstölle tulee antaa aikaa ja tilaa omaksua kehitystyön hedelmiä, ja jatkossa heille tulee antaa entistä aktiivisempi rooli kehitystyön suunnittelussa sekä toteutuksessa.

Hyödyntämällä tietoa vaaratapahtumaraportointia edistävästä ja estävästä teki-
jöistä voidaan yksikön ilmoitusaktiivisuutta jatkossa lisätä. Tämä mahdollistaa Eksoten ensihoidon yksikön virheistä oppimiseen perustuvan potilasturvallisuuden edistämistyön jatkumisen ja edelleen kehittämisen. Haastatteluissa esiin tulleita kehittämisideoita ilmoittamisaktiivisuuden edistämiseen tullaan toteuttamaan ja niiden vaikutuksia on helppo arvioida HaiPro-työkalun avulla.

Aikaisemmat tutkielmat sekä selvitykset (kuten Kuisma 2010; Kinnunen 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; Avelin & Lepola 2008) HaiPro-järjestelmään kertyneistä ilmoituksista ja niiden sisällöistä on tehty erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä sekä vaihtelevilla erikois- ja toimialoilla. Aiempaa tietoa siitä, millaisia vaaratapahtumia HaiPro-järjestelmään on ilmoitettu ensihoidon yksiköistä, ei tällä hetkellä ole saatavilla.

Tyypillinen Eksoten ensihoidossa tapahtunut, HaiPro-järjestelmään ilmoitettu vaaratapahtuma tutkimusajanjakson aikana oli ensihoitajan kirjaama, ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä, potilaaseen kohdistunut tapahtuma, josta ei arvioitu koituneen haittaa potilaalle, mutta kuitenkin lisätyötä henkilöstölle. Tavallisesti vaaratapahtumaan olivat olleet myötävaikuttamassa käytetty työmene-
telmä sekä puutteelliset toimintatavat. Tilanteista selvittiin yleensä tapahtumassa mukana olleiden ensihoitajien toimesta. Vaaratapahtumailmoituksen käsitteli-

jät olivat tavallisimmin ehdottaneet tapahtuman toistumisen estämiseksi kehittämistoimia toimintatapoihin ja menettelyihin. Ensihoidon yksikössä HaiPro-ilmoitusten pohjalta käynnistetyt kehittämistoimet olivat myös tyypillisimmin kohdistuneet hoitotoimenpiteen tai tehtävän suorittamiseen tai työhohjeisiin.

Opinnäytetyömme tulokset vahvistavat Kuisman (2010, 7) tutkielmassaan esittämää näkemystä, että vaaratapahtumien esiintyvyydessä sekä tapahtumatyypeissä on havaittavissa eroja eri terveydenhuollon toimialojen kesken. Useimilla toimialoilla lääke- ja nestehoitoon liittyvät tapahtumat muodostavat yli puolet kaikista ilmoituksista, mutta ensihoidossa lääke- ja nestehoidon ilmoitukset olivat vasta 4:nneksi yleisin tapahtumatyyppi. Ainoastaan 10 % kaikista ilmoituksista liittyi lääke- ja nestehoitoluokkaan. Kuisman (2010, 7) mukaan, päivystyspoliklinikoilla useimmin esiintyvä vaaratapahtuma on hoidon tarpeen arvioinnista johtuva. Myös ensihoidon toimialalla kaikista tiedonkulun tai tiedonhallinnan ilmoituksista (24 %, n=14) puolet oli yhteydessä puutteelliseen tai virheelliseen diagnosointiin, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteeseen, jotka olivat johtaneet virheelliseen arviointiin hoidon tarpeesta.

Huomioitavaa on, että tässä aineistossa lähes kaikki (85 %) virheelliseen arviointiin hoidon tarpeesta liittyvät ilmoitukset oli tehty muista Eksoten yksiköistä kuin ensihoidosta. Useinhan ensihoitajan tekemä virheellinen arvio tai virheellinen työdiagnosi selviääkin vasta hoitoketjun myöhemmässä vaiheessa, ja onkin luonnollista, että vaaratapahtumailmoituksen tekee joku muu kuin ensihoitaja itse. Toisaalta opinnäytetyön toisen aineiston mukaan ensihoitajien vaaratapahtumaraportointia estäväksi tekijöiksi nousivat oman toiminnan seurauksena syntyneet poikkeamat tai virheet sekä niiden aiheuttama häpeän tunne ja ammattitaidottomaksi leimautuminen. Käsittelijät olivat myös arvioineet ensihoitajien puutteiden tiedoissa ja taidoissa olleen myötävaikuttamassa tapahtumiin, jotka koskivat virheellistä arviota hoidon tarpeesta. Raportointia estäväksi tekijäksi nostettiin myös tapahtumien tunnistamisen sekä havaitsemisen vaikeus, jotka myös voivat olla syynä siihen, että virheellisiä arvioita hoidon tarpeesta ensihoitajat eivät ilmoittaneet itse juuri lainkaan.

Tämän opinnäytetyön aineistossa yleisin vaaratapahtumatyyppi oli ensihoidon toimintaympäristöön liittyvä. Tämän tapahtumatyyppiluokan ilmoituksista miltei

puolet (n=10) oli tilanteista, joissa oli käytetty väkivaltaa ensihoitohenkilöstöä kohtaan ja joissa oli useimmiten ollut mukana myös poliisipartio. Avelinin ja Lepolan (2008, 33) mukaan väkivaltaan liittyvissä tapahtumissa nimenomaan hoitajiin kohdistunut väkivalta on yleisintä. Heidän aineistossaan väkivalta- ja pahoinpitelyilmoituksista 71 % kohdistui hoitajiin ja pahoinpitely oli useimmiten luonteeltaan lyömistä tai potkimista. Väkivaltaa tai sen uhkaa edellisen 12 kuukauden aikana oli kokenut yli 87 % ensihoitajista. Ensihoitajiin kohdistunut väkivalta aiheuttaa onneksi harvoin vakavia vammoja, koska heihin kohdistunut väkivalta on muodoltaan lähinnä tönimistä, puremista ja iskuja. (Kallankari 2013, 24.)

Ensihoidon henkilöstö oli tehnyt näistä väkivaltaan tai sen uhkaan liittyvistä tapahtumista ensisijaisesti vain työturvallisuusilmoituksen HaiPro-järjestelmään. Käsittelijät olivat siirtäneet ilmoitukset myös potilasturvallisuustapahtumiksi, mikäli tilanteesta oli koitunut vaaraa potilasturvallisuudellekin. Havaittavissa on eriäviä mielipiteitä siitä, tuleeko hoitajiin kohdistuneet väkivaltatilanteet ilmoittaa myös potilasturvallisuustapahtumiksi (Kuisma 2013, 64). Eksoten ensihoidossa on sellainen näkemys, että mikäli potilaan hoidon tarpeen arvio viivästyy tai vaikeutuu hänen aggressiivisuutensa, sekavuutensa tai päihtymyksensä vuoksi, on kyseessä myös potilasturvallisuustapahtuma. Myös tilanteet, joissa ensihoitaja on joutunut oman turvallisuutensa varmistamiseksi käyttämään fyysisiä rajoittamistoimia potilasta kohtaan tai rajoittamistoimia on tehnyt poliisi, luokitellaan potilasturvallisuustapahtumiksi. Pääasiallan kuitenkin on, että väkivaltatapahtumat ilmoitetaan, ja että ne tulevat esimiesten tietoisuuteen, jotta tarvittavat kehittämistoimet voidaan aloittaa.

Ensihoidossa ilmoitetut vaaratapahtumat jakaantuivat lähes tasan läheltä piti-tapahtumien ja tapahtui potilaalle -luokkien kesken. Tulos on samansuuntainen kuin sosiaali- ja terveysministeriön selvitysraportissa (2008, 33) sekä Kinnusen (2010b, 133) aineistossa, mutta selkeästi poikkeava verrattuna Kuisman (2010, 20) aineistoon, jossa peräti 76 % ilmoituksista oli potilaaseen kohdistuneita vaaratapahtumia. Ristiriitaisia ajatuksia herättää kuitenkin se, että tämän opinnäytetyön toisen aineiston mukaan ensihoitajat tekevät ilmoituksen herkemmin tilanteista, joissa potilasturvallisuus on oikeasti vaarantunut. Pienet virheet sekä lä-

heltä piti -tilanteet jäivät sitä vastoin ensihoitajilta herkästi ilmoittamatta. Opin- näytetyön tulosten pohjalta ei tähän ristiriitaan voida löytää vastausta. Selvitys- raportissa (2008, 31) on kuitenkin mainittu, että tapahtumien jakaantuminen kahteen luonne-luokkaan on yhteydessä siihen, kuinka helppoa on tapahtuman tunnistaminen sekä miten haitallisten seurausten riski on nähtävissä ennakoita. Samassa raportissa esitetään myös väite, että ilmoitettujen tapahtumien luonne muuttuu ajan myötä painottumaan enempi läheltä piti -tapahtumiin, kun taas alkuvaiheessa ilmoitukset painottuvat haittatapahtumiin. Jälkimmäisellä väitteel- lä ei voida perustella tämän opinnäytetyön tulosta ilmoitusten jakaantumista lähes tasan kahden luonne-luokan kesken, koska HaiPro-järjestelmä oli ensi- hoidon yksikössä otettu käyttöön juuri ennen tutkimusajanjakson alkua. Vertail- taessa tapahtuman luonneluokkia eri tapahtumatyyppien kesken havaittiin nii- den jakautuvan lähes tasan riippumatta tapahtumantyyppistä.

On arvioitu, että valtaosassa ilmoitetuista tapahtumista ei ole aiheutunut haittaa potilaille tai haitta on ollut lievä (Kuisma 2010, 26; Stella ym. 2010; Kinnunen 2010b, 134; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 32). Tämän opinnäytetyön tu- lokset vahvistavat edellä mainittua arviota, koska tässä aineistossa vaaratapaht- tumista 77 %:ssa ei aiheutunut haittaa tai aiheutuneen haitan arvioitiin olleen lievää. Samojen tutkimusten mukaan 1-2 %:ssa ilmoituksissa haitan on arvioitu olleen vakava. Tässä aineistossa vakavaa haittaa oli arvioitu tapahtuneen rei- lussa 3 %:ssa ilmoituksista. Vaikka ensihoidossa tehtyjen vaaratapahtumailmoi- tusten määrä on vähäinen, niin tulos antaa aiheen miettiä, ovatko akuutissa ensi- hoitotyössä tapahtuneet poikkeamat tai virheet kohtalokkaampia kuin muilla terveydenhuollon toimialoilla. Hohenstein ym. (2013) arvioivat ensihoidossa ta- pahtuneista, raportointijärjestelmään ilmoitetuista poikkeamista olleen haittaa potilaalle lähes puolessa tapahtumista. Suurimmassa osassa ilmoitus oli tehty kriittisesti sairaan potilaan hoidosta, joissa pienikin virhe voi olla kohtalokas.

Tämän aineiston ilmoituksissa tapahtumaan olivat myötävaikuttamassa useim- min ensihoitajien työmenetelmät ja toimintatavat (27 %). Toiseksi eniten arvioi- tiin tapahtumaan olleen vaikuttamassa potilas tai omainen (15 %). Tulos on sa- manlainen kuin Kuisman (2010, 25) aineistossa. Selvitysraportissa (2008, 35) puutteet kommunikoinnissa ja tiedonkulussa nousivat yleisimmäksi vaaratapaht-

tumaan myötävaikuttaneeksi tekijäksi. Ensihoidon toimintaympäristössä vastaavan myötävaikuttaneiden tekijöiden luokan oli arvioitu olleen vaikuttamassa tapahtuman syntyyn vain viidenneksessä ilmoituksista. Kommunikoinnin ja tiedonkulun luokkaa oli kuitenkin käytetty kutakuinkin saman verran kuin koulutus ja perehdytys sekä osaaminen, laitteet ja tarvikkeet sekä työympäristö, -välineet ja resurssit luokkia. Kuisma (2010, 8, 54) nostaakin esiin, että aikaisemman tutkimustiedon valossa vaaratapahtumiin myötävaikuttaneissa tekijöissä on havaittavissa eroavaisuutta eri toimialojen kesken. Aikaisempaa HaiPro-työkalulla kerättyä tietoa ensihoidon toimintaympäristöstä ei ole saatavilla, joten vertailu myötävaikuttaneiden tekijöiden yleisyydestä jossakin toisessa, ensihoidosta kerätystä aineistossa ei voida tehdä.

Kuisma (2010, 25) toteaa myös, että vaaratapahtumien taustalla olevat myötävaikuttavat tekijät vaihtelevat tapahtumatyypeittäin. Ensihoidon yksiköstä kerätyissä ilmoituksissa on havaittavissa vastaavanlainen ilmiö. Ensihoidon toimintaympäristöön liittyvissä ilmoituksissa olivat useimmiten tapahtumaan myötävaikuttamassa potilas tai läheiset sekä toimintatavat. Tiedonkulun tai tiedonhallinnan tapahtumissa yleisimmin tapahtumaan oli arvioitu olleen myötävaikuttamassa niin kommunikoinnin ja tiedonkulun kuin ensihoitajien koulutuksen ja perehdytyksen sekä osaamisen. Laitteeseen ja sen käyttöön liittyvissä tapahtumissa myötävaikuttamassa oli arvioitu olleen useimmiten itse laitteen tai tarvikkeen.

Ulkomaisissa ensihoidon vaaratapahtumailmoituksia käsittelevissä tutkimuksissa tapahtumatyyppiluokitukset ovat erilaiset kuin meidän HaiPro-työkalussamme, mikä vaikeuttaa tulosten vertailua. Gallageher ja Kupas (2012) arvioivat, että ensihoidon vaaratapahtumista kolmannes (33 %) johtuu henkilöstön toiminnasta ja käyttäytymisestä. Meidän aineistossamme tapahtumiin oli arvioitu olleen myötävaikuttamassa yleisimmin ensihoitajien työmenetelmät ja toimintatavat. Eksoten ensihoidossa raportoiduissa vaaratapahtumissa, jotka liittyivät virheelliseen arvioon hoidon tarpeesta, olivat käsittelijät nähneet tapahtuman syntyyn olleen vaikuttamassa myös ensihoitajien puutteet tiedoissa ja taidoissa. Niiden vaaratapahtumailmoitusten, joissa tapahtuman syntyyn ovat olleet vaikuttamassa ensihoitajien toimintatavat tai puutteet tiedoissa, taidoissa

tai osaamisessa, voidaan nähdä johtuneen ainakin osittain ensihoitajien toiminnasta. Gallageherin ja Kupaksen (2012) tutkimuksessa seuraavaksi eniten ilmoituksia luokiteltiin ajoneuvosta tai kuljetuksesta johtuviin (16 %), ambulanssin saatavuus (13 %), kommunikaatio (8 %) sekä lääkintälaiteluokkiin (9 %). Tämän opinnäytetyön ilmoituksista ainoastaan muutama liittyi ambulanssiin tai kuljetukseen ja nekin ilmoitukset koskivat ruuhkatilanteita, jolloin paikalliset ambulanssi-resurssit eivät olleet riittäneet. Zimmer ym. (2010) nostavat kommunikaatiovirheet yleisimmiksi syiksi ensihoidossa tapahtuville vaaratapahtumille. Potilaan tilasta ja tehdyistä hoitotoimista raportoitaessa hukataan paljon tärkeää tietoa, ja ensihoitajien tekemät diagnoosit sekä hoitotoimet ovat myös epäyhtenäisiä. Eksoten ensihoidon ilmoituksista 24 % liittyi tiedonkulun ja tiedonhallinnan luokkaan, ja joka viidenteen tapahtumaan oli ollut myötävaikuttamassa kommunikaation ja tiedonkulun ongelma. Tässä aineistossa kommunikaatio-ongelmat eivät näytelleet niin suurta roolia ilmoitetuissa vaaratapahtumissa kuin Zimmerin ym. (2010) tutkimuksessa, mutta tämänkin aineiston pohjalta voidaan todeta, että tiedonkulun ja tiedonhallinnan sekä kommunikaation vaaratapahtumat ovat yleisiä ensihoidon toimintaympäristössä.

Vaaratapahtumailmoitusten pohjalta tehtyjä kehittämistoimenpiteitä on kuvattu useissa eri tutkimuksissa ja selvityksissä (Kuisma 2010; Kinnunen 2010b, 134; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008; Avelin & Lepola 2008). Kehitystyö on kohdentunut useimmiten hoitotoimenpiteisiin ja työohjeisiin tai yleisiin toimintatapoihin. Dokumentoinnin ja työturvallisuuden muutoksia on myös toteutettu sekä erilaisia koulutuksia järjestetty ilmoitusten pohjalta. Useissa tutkimuksissa todetaan myös, että vaaratapahtumailmoituksia analysoimalla ja hyödyntämällä saadaan yksikön potilasturvallisuuden nykytilasta, kehittämiskohteista ja potilasturvallisuusriskeistä selkeä kuva ja vastaavanlaisten tapahtumien estämiseen tähtäävien kehitystoimenpiteiden avulla voidaan terveydenhuollon potilasturvallisuutta edistää (Hohnstein 2013; Gallagher & Kupas 2012; Kinnunen 2010b, 136; Kuisma 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 40, Avelin & Lepola 2008).

Opinnäytetyömme tulosten valossa voidaan edellä mainittujen tutkimusten tuloksiin yhtyä. Opinnäytetyömme kohteena olleessa Eksoten ensihoidon yksi-

kössä toteutettiin tai oltiin käynnistämässä useita kehittämistoimenpiteitä, jotka pohjautuivat vaaratapahtumailmoituksiin. Kehittämistoimet liittyivät hoitotoimenpiteisiin / tehtävän suorittamiseen tai työohjeisiin, laitteisiin tai tarvikkeisiin, viestintään, työturvallisuuteen tai koulutuksiin. Vaaratapahtumista oppimista siis varmaankin oli tapahtunut, vaikka minkäänlaista virheistä oppimisen mittaamista ei toistaiseksi yksikössä olekaan tehty.

Kinnunen (2010b, 136) mainitsee vaaratapahtumien raportointijärjestelmän muodostavan kulmakiven potilasturvallisuuden kehittämiseksi, vaikkei se koko totuutta vaaratapahtumien todellisesta esiintyvyydestä kerrokaan. Kuisma (2011) nostaa esiin, että aikaisemman tiedon valossa terveydenhuollossa raportointijärjestelmiin ilmoitetaan ainoastaan 10–30 % tapahtuneista vaaratapahtumista. Eksoten ensihoidossa vaaratapahtumia ilmoitettiin HaiPro-järjestelmään 1 vuoden aikana ainoastaan 59. Tämä tarkoittaa ensihoidon henkilöstömäärään suhteutettuna yhtä (1) ilmoitusta kuukaudessa 10 henkilöä kohden. Knuuttila ym. (2007, 29–30) arvioivat, että HaiPro-pilotointivaiheeseen osallistuneissa yksiköissä ilmoituksia tehtiin vaihtelevasti, kuitenkin keskimäärin kahdesta neljään (2 - 4) ilmoitusta kuukaudessa 10 henkilöä kohden. Vaikka näiden HaiPro-pilotointivaiheen yksiköidenkään henkilöstömäärään suhteutetut ilmoitusmäärät eivät ole järin suuret, ovat ne kuitenkin selvästi isommat kuin Eksoten ensihoidon yksikössä. Ensihoidossa ilmoitusaktiivisuuden voidaan sanoa olleen heikkoa, jos pohditaan asiaa siitä näkökulmasta, että Zimmerin ym. (2010) tutkimuksessa on arvioitu, että ensihoidossa tapahtuisi jopa 7 potilasturvallisuuden mahdollisesti vaarantavaa tapahtumaa jokaisessa ensihoitotehtävässä. Tämä tarkoittaisi sitä, että Eksoten ensihoidossa vuosittain suoritetuilla noin 20 000 ensihoitotehtävällä tapahtuisi yhteensä 140 000 vaaratapahtumaa, joista voisi tehdä vaaratapahtumailmoituksen HaiPro-järjestelmään. Tällä laskukaavalla arvioituna ensihoidossa todellisuudessa tapahtuneista potilasturvallisuustapahtumista ilmoitetaan HaiPro-raportointijärjestelmään vain murto-osa. Onneksi näitä kaikkia vaaratapahtumia ei ilmoiteta, sillä jos näin tehtäisiin, niin niiden analysointiin eivät todennäköisesti riittäisi minkään yksikön resurssit.

Opinnäytetyön kvalitatiivinen aineisto antaa vastauksia siihen, mitkä tekijät ensihoitohenkilöstön mielestä edistävät ja estävät vaaratapahtumaraportointia.

Oletuksena on, että estäviä tekijöitä vähentämällä ja edistäviä tekijöitä vahvistamalla voidaan ensihoitajien ilmoitusaktiivisuutta jatkossa lisätä. Opinnäytetyön tulokset vaaratapahtumaraportointia edistävästä ja estävistä tekijöistä ovat paljolti samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Joitakin eroavaisuuksiakin löytyy, ja toisaalta uusia raportointiaktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä nousi esiin.

Todisteet vaaratapahtumien raportoinnin hyödyistä ja tehdyistä parannuksista sekä tieto virheistä ja niiden yleisyydestä sekä seurauksista edesauttavat raportointiaktiivisuutta (Alanne & Rantanen 2011, 40; Kinnunen 2008, 88; Ruuhilehto & Knuutila 2008b, 42 – 46; Taylor ym. 2004, 732; Beasley ym. 2004). Toisaalta on osoitettu myös se, että henkilöstö turhautuu raportointiin, mikäli ilmoitukset eivät johda parannuksiin (Koivunen 2007, 12–15; Kivelä 2010, 23). Opinnäytetyömme tulokset vahvistavat edellä mainittujen tekijöiden vaikutuksia vaaratapahtumien raportointiaktiivisuuteen. Ensihoitajat odottavat raportoinnin johtavan jonkinlaiseen positiiviseen muutokseen työssään. Raportointiin pohjautuva kehittäminen ja positiivisen muutoksen aikaansaama parempi potilasturvallisuus miellettiin merkittäväksi raportointiaktiivisuuden edistäjäksi. Tämän opinnäytetyön mukaan turhautumista vaaratapahtumaraportointiin aiheuttaa myös se, mikäli henkilöstö ei ota käyttöön ilmoitusten pohjalta kehitettyjä uusia toimintatapoja.

Kinnunen (2008, 88) sekä Leino ym. (2011, 36) nostavat vaaratapahtumaraportointiin sekä HaiPron käyttöön liittyvän jatkuvan tiedottamisen sekä koulutuksen henkilöstön ilmoitusmotivaatiota edistäviksi tekijöiksi. Samoja tekijöitä ilmoitusaktiivisuuden edistämisen keinoiksi nostettiin esiin myös Eksoten ensihoitajien haastatteluissa. Huomioitavaa on, että ensihoidon yksikössä ilmoituksia tehtiin määrällisesti eniten toukokuussa 2012 (n=11) sekä tammikuussa 2013 (n=10). Näitä kuukausia edelsivät HaiPro-ilmoittajan koulutukset sekä joulukuussa 2012 henkilöstölle jaettu, ensimmäinen yhteenvetoraportti ensihoidon yksikössä tapahtuneista vaaratapahtumista sekä niiden pohjalta toteutetuista tai suunnitelluista kehittämistoimista. Todennäköistä on, että näilläkin oli vaikutusta ilmoitusmäärien kasvuun seuraavan kuukauden aikana.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan, positiivinen asenne nähtiin ilmoitusaktiivisuutta edistävänä tekijänä ja toisaalta kielteinen asenne aiheutti merkittävää

ilmoitusaktiivisuuden vähenemistä. Asenteelliset tekijät ovat merkittävässä yhteydessä yksikön potilasturvallisuuskulttuuriin, jonka on useissa aikaisemmissakin tutkimuksissa osoitettu olevan vaaratapahtumailmoitusaktiivisuuteen yhteydessä oleva tekijä (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21–23; Kuisma 2010, 52; Reiman ym. 2010, 63–76; Kinnunen 2008, 88; Pasternack 2006, 2467). Yksikön kulttuurilliseen ilmentymään voidaan liittää myös se, että henkilöstö ajan saatossa hyväksyy tietyt virheet ja mieltää ne osaksi yksikön normaalia toimintaa. Opinnäytetyömme tulokset tukevat myös tätä ilmoitusaktiivisuutta rajoittavana tekijänä.

Ulkomaisissa tutkimuksissa erilaiset henkilöstön pelot ovat nousseet vahvasti esiin raportointiaktiivisuutta heikentävänä tekijänä (Taylor ym. 2004, 732; Beasley ym. 2004). Kotimaisissa tutkimuksissa vastaavaa ilmiötä ei ole samassa määrin esiintynyt (Kivelä 2010, 23; Koivunen ym. 2007, 12–15). Opinnäytteemme tulokset ovat lähempänä ulkomaisten tutkimusten tuloksia, sillä ensihoitajienkin keskuudessa raportointia estävänä tekijänä todettiin olevan pelko syyllisistä tai ammattitaidottomaksi leimautumisesta. Suuremmaksi raportoinnin esteeksi nousi kuitenkin pelko epämieluisista seuraamuksista. Näillä tarkoitettiin sellaisia, ilmoituksen johdosta tehtyjä kehittämistoimia tai muutoksia, jotka kohdistuisivat työyhteisölle tärkeän tai henkilökohtaisen edun menettämiseen. Tämäntyyppistä raportointiaktiivisuuteen vaikuttavaa pelkoa ei aikaisemmissa tutkimuksissa ole tullut esille.

Tulosten mukaan kiire muodosti monimuotoisen estävän tekijän vaaratapahtumaraportoinnille. Tämä vahvistaa aikaisempaa tutkimustietoa kiireen vaikutuksista ilmoitusaktiivisuuteen (Leino ym. 2011, 35; Alanne & Rantanen 2011, 35; Kivelä 2010, 23; Avelin & Lepola 2008, 48; Koivunen ym. 2007, 12–15; Knuutila ym. 2007, 31; Pasternack 2006, 2467; Taylor ym. 2004, 733). Ensihoitajien keskuudessa ajanpuute raportointia rajoittavana tekijänä ei kuitenkaan saanut yksimielistä kannatusta. Sen nähtiinkin olevan vain yleisesti hyväksytty peruste olla tekemättä vaaratapahtumailmoitusta. Tätä perusteltiin myös sillä, että ilmoituksen tekemiseen menee aikaa vain noin 15 minuuttia. Tulosten mukaan kiire ei aiheuta pelkästään aikapulaa, vaan se rajoittaa vaaratapahtumaraportointia myös lisäämällä keskeytyksiä ilmoittamisessa tai ilmoituksen teon unohtamista.

Kiire rajoittaa raportointia senkin vuoksi, ettei ole aikaa odottaa tietokoneen vapautumista tai raportointiympäristön rauhoittumista, jotta saisi tehdä ilmoituksen yksin tai salassa muiden katseilta.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Useita jatkotutkimusaiheita on noussut esiin tämän opinnäytetyöprosessin aikana. Tähän on ollut vaikuttamassa ehdottomasti se, että ensihoidon toimintaympäristössä ei ole juurikaan tehty tutkimuksia potilasturvallisuudesta tai vaaratapahtumien raportoinnista.

Yhtenä jatkotutkimusaiheena voisi olla HaiPro-ilmoitusten analysointi, kuten tässäkin opinnäytetyössä, mutta tutkimusajanjaksoa voisi pidentää, jotta ilmoituksia kertyisi enemmän. Suuremmalla ilmoitusmäärällä saataisiin lisättyä tutkimuksen luotettavuuttakin.

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta voitaisiin kehittää vaaratapahtumaraportointiin vaikuttavien tekijöiden kartoittamiseen tarkoitettu mittari ja toteuttaa kysely ensihoitajille kyseisellä mittarilla.

Kuvat

Kuva 1. Eksoten ensihoitoyksiköt 12.5.2013, s. 9

Kuva 2. Potilasturvallisuus, s. 10

Kuva 3. Vaaratapahtumien jakaantuminen kuukausittain, s. 36

Kuva 4. Vaaratapahtumien tapahtumapaikat, s. 37

Kuva 5. Vaaratapahtumien jakaantuminen päätyyppiluokkiin, s. 38

Kuva 6. Ilmoitettujen tapahtumien seuraukset potilaalle, s. 40

Kuva 7. Välittömät toimenpiteet tilanteessa, s. 43

Kuva 8. Vaaratapahtumaraportointia edistävät tekijät, s. 48

Kuva 9. Vaaratapahtumaraportointia estävät tekijät, s. 55

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä, s. 34-35

Taulukko 2. Vaaratapahtumasta aiheutunut seuraus hoitavalle yksikölle, s. 40

Taulukko 3. Tapahtumaolosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät, s. 42
Taulukko 4. Kehittämistoimenpiteiden suunnittelu, s.44

Lähteet

Alanne, H & Rantanen, K. 2011. HaiPron käyttö ja ilmoitusaktiivisuuteen vaikuttavat tekijät Turun kotihoidon hoitajien kokemana. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen; Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hämeen Ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Opinnäytetyö YAMK.

Beasley, J.W., Escoto, K.H. & Karsh, B-T. 2004. Design Elements for a Primary Care Medical Error Reporting System. Wisconsin Medical Journal 103 (1), 56 - 59.

Doupi, P. 2009. Persephone Doupi. National Reporting Systems for Patient Safety Incidents. A review of the situation in Europe [Kansalliset potilasturvallisuustapahtumien raportointijärjestelmät. Katsaus Euroopan tilanteeseen]. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 13/2009. Helsinki 2009. 59 sivua.

Dunn, D. 2003. Home study program. Incident reports – Their purpose and scope. AORN Journal 78 (1), 46 - 66.

Ellonen, H. & Cavén, O. 2003. Focus group –ryhmähaastattelu. Teoksessa Ellonen, H, Cavén, O, Heikkinen, K & Kosonen M. E-demokratian ja elämysten arkea. Lappeenranta: Telecom Business Research Centerin julkaisuja, Working papers 18. <http://www.tbrc.fi/ampers/documents/tyopaperi.pdf>. Luettu 23.4.2012.

Ensihoitopalveluasetus 340/2011

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Gallagher, JM & Kupas, DF. 2012. Experience with an anonymous web-based state EMS safety incident reporting system. Prehospital Emergency Care 2012 Jan-Mar;16(1):36-42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22128906>. Luettu 17.03.2013.

HaiPro. 2014. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos vaaratapahtumien raportointijärjestelmät. <http://www.haipro.fi>. Luettu 10.01.2014.

Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

- Hohenstein, C., Hempel, D., Schultheis, K., Lotter, O. & Fleischmann, T. 2013. Critical incident reporting in emergency medicine: results of the prehospital reports. *Emergency Medicine journal*. <http://emj.bmj.com/content/early/2013/01/23/ememed-2012-201871.abstract>. Luettu 17.03.2013.
- Järvelin, J. 2012. Studies on Filed and Compensated Claims for Patient Injuries. Research 92/2012, THL.
- Kallankari, S. 2013. Ensihoitohenkilöstö väkivallan kohteena. *Ensihoitaja* 4/2013, 24-25.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen–Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen Lääkärilehti* (44), 3785–3789.
- Kinnunen, M. 2008. Muutosprosessi ja sen hallitseminen. Case Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessi Vaasan keskussairaalassa. Vaasan yliopisto. Pro gradu tutkielma.
- Kinnunen, M. 2010a. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Vaasan Yliopisto. *Acta Wasaensia*, 230. Väitöskirja.
- Kinnunen, M. 2010b. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) *Potilasturvallisuus ensin Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto ry, 117-138.
- Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Helsinki.
- Kivelä, T. 2010. Hoitovirheet ensihoidossa. Savonia – Ammattikorkeakoulu. Ensihoidon koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Knuutila, J.; Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. *Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007*. Terveydenhuollon laadunhallinta. Helsinki: Lääkelaitos.
- Kohn, L., Corrigan, J & Donaldson, M. (toim.) (1999). *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Washington D.C: Institute of Medicine, National Academy Press, 1–8.
- Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva hoitotyö* 5 (3), 10–15.
- Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumista saatava hyöty osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. *Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos*. Pro gradu-tutkielma.

Kuisma, P. 2011. Terveystutkimuksen vaaratapahtumailmoitukset tietolähteenä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tampereen kaupungin tietotuotannon ja laadunarvioinnin julkaisusarja D4/2011.

Kuisma, M. 2013. Potilasturvallisuus. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K & Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 63–64.

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

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi, *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. . Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21-43.

Leape, L. 2000. Reporting of medical errors: time for a reality check. *Quality Health Care* 9 (3), 144–145.

Leino, S., Mäki, E. & Pelkonen, A. 2011. HaiPron käyttö ja vaaratapahtumat Turun sisätautisairaalassa. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Mapa-Finland 2013. Koulutusta sosiaali- ja terveysalalle. <http://www.mapafinland.fi/>. Luettu 16.12.2013.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa Metsämuuronen, J.(toim). Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki; International Methelp Ky, 79 – 148.

Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. *Finnanest* 44 (1), 21 – 23.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Juva: WSOY, 215-221.

Oedewald, P. & Reiman, T. 2008. Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Opinnäytetyöpakki. 2013. Kajaanin AMK. <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiTutkKuvaileva.aspx>. Luettu 23.4.2013

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122 (20), 2459–2470.

Paunonen, M. & Vehviläinen–Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen–Julkunen, K. . Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 13 – 25.

Peltomaa, T., Riihimäki, L. & Salminen, P. 2010. Potilasturvallisuus sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa – sairaankuljettajien näkemyksiä. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT Tiedotteita . Research Notes 2456.

Potilasturvallisuutta taidolla 2012. THL.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/keskeisia-kasitteita. Luettu 15.5.2012

Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9 / 1998. Jyväskylä: Terveystieteenlaitos.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald P. 2010. Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 63-76.

Resmed 2013. CPAP.

http://www.resmed.com/fi/patients_and_families/treatment/treatment.html?nc=patients. Luettu 16.12.2013.

ROHTO 2007. Potilasturvallisuussanasto-Lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro -millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009?. Duodecim 2011;127(10), 1033–1040.

Ruuhilehto, K & Knuutila, J. 2008a. HaiPro – vaaratapahtumien raportointi: Tuloksia ja kokemuksia käsittelystä. Kysely käsittelijöille tammikuussa 2008. Alustavat tulokset 21.08.2008.

Ruuhilehto, K. & Knuutila, J. 2008b. Terveystieteen huollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf. Luettu 13.6.2013

Ryynänen, O-P., Iirola, T., Reitala, J., Pälve, H. & Malmivaara, A. 2008. Ensihoidon vaikuttavuus järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohntan raportti 2008, 32.

Sairaanhoidajaliitto

2013.

Potilasturvallisuus.

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyön/hoitotyön_kehittaminen/potilasturvallisuus/. Luettu 16.12.2013.

Saraste, T. 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro gradu-tutkielma

Solatie, J. 2001. Focusryhmät-kvalitatiiviset ryhmäkeskustelut strategisen markkinointitutkimuksen apuna. Helsinki: Makeprint.

Sorra, J., Nieva, V., Fastman, B., Kaplan, H., Schreiber, G. & King, M. 2008. Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. *Transfusion* 2008 (48), 1934–1942.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011

Stella J., Bartley B. & Jennings P. 2010. Introduction of a prehospital critical incident monitoring system—Final results. *Prehosp Disaster Med* 2010;25(6):515–520.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21181685>. Luettu 20.04.2013.

STM 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Yliopistopaino.

STM 2009. Potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Helsinki 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:5.

STM 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövaliokunta 2006-2009.

Taylor, J., Brownstein, D., Christakis, D., Blackburn, S., Strandjord, T., Klein, E. & Shafii, J. 2004. Use of Incident Reports by Physicians and Nurses to Document Medical Errors in Pediatric Patients. *Pediatrics* 114 (3), 729–735.

Terveydenhuoltolaki 1326/2012.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki.
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>. Luettu 21.11.2013.

Vanhasasi-Huida, S. 2008. Vaaratapahtumien raportointi osastonhoitajien arvioimana. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Opinnäytetutkielma.

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

Väisänen, O. 2010. Potilaskulttuuria parantamaan myös ensihoidossa. *Systole* (2)2010, 30–32.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma

Zimmer, M., Wassmer, R., Latasch, L., Oberndörfer, D., Wilken, V., Ackermann, H & Breikreutz, R. 2010. Initiation of risk management: incidence of failures in simulated Emergency Medical Service scenarios. *Resuscitation*. 81(7), 882-886. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20435394>. Luettu 15.03.2013.

Tietokantahakujen tulokset (2/2012)

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Valittu mukaan
Nelli, Saimaan AMK	Potilasturvallisuus?,Vaaratapahtuma rapor?	136	10
	Potilasturvallisuus? (ja) Ensihoi?	24	1
	Vaaratapahtuma rapor? (ja) Ensihoi?	0	
Terveysportti	Potilasturvallisuus	63	3
	Vaaratapahtuma raportointi	2	2
DOAJ	Patient safety, incident reporting, HSOPSC	669	2
	patient safety (and) emergency care, incident reporting(and) emergency care.	2	1
EBSCO Host Academic searche elite	Patient safety v. 1999-2012	4608	0
	Patient safety (and) emergency care	52	0
	Incident reporting (and) emergency care:	29	2
OVID	Patient safety	39429	0
	Incident reporting	43869	0
	Incident reporting (and) emergency care.	404	1
	Patient safety (and) emergency care.	0	0
	HSOPSC	18	1

Tutkimuskatsaus

Liite 2 1 (5)

Tekijä	Tarkoitus	Otanta	Metodi	Tulokset
<p>Kinnunen, M. 2008. Pro gradu.</p> <p>Muutosprosessi ja sen hallitseminen. Case Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessi Vaasan sairaanhoitopiirissä</p>	<p>Tutkija kehittää toimintatutkimuksen avulla muutosprosessia raportointijärjestelmän käyttöönotossa. Arvioi ja analysoi raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessia ja tarkastelee muutosteorian valossa tutkimuksen toteutusta.</p>	<p>Vaasan keskussairaalan henkilöstö eri ammattiryhmistä.</p>	<p>Toimintatutkimus, jossa tutkija oli aktiivinen toimija.</p>	<p>Käyttöönottoprosessin kuvaaminen, käsitteellistäminen ja jatkuva arviointi auttoivat käyttöönottoprosessin kehittämisessä. Tutkimusprosessin aikana saatiin tietoa muille raportointijärjestelmän käyttöönottoa suunnitteleville organisaatioille.</p>
<p>Kinnunen, M. 2010. Väitös.</p> <p>Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa.</p>	<p>kuvata organisaation virheistä oppimisen prosessia, oppimisen mahdollistajia ja sitä estäviä tekijöitä</p>	<p>Aineisto 1 koostuu yhden työyhteisön jäsenten haastatteluista. Aineisto 2 on kerätty työpajakeskusteluista, joihin osallistui työntekijöitä, esimiehiä ja johtajia.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Tulokset tiivistettiin hyödyntäen sisällönanalyysiä ja QSR NVIVO ohjelmaa.</p>	<p>Organisaation virheistä oppiminen hahmottui viisiportaisena prosessina yksilö-, työyhteisö- ja organisaatiotasolla ja niiden rajapinnoilla. Johtotason ja työntekijätason näkemykset eivät kohtaa.</p>
<p>Koivunen, E. 2005. Pro gradu.</p> <p>Hoitohenkilökunnan kuvaus hoitovirheiden ilmoittamisesta.</p>	<p>Kuvata hoitohenkilöstön käsitteitä hoidossa tapahtuvien virheiden ja poikkeamien ilmoittamisesta sekä syitä virheiden ja poikkeamien syntymiseen.</p>	<p>Yliopistosairaalan 10 eri toimintayksikön lääkärit, sairaanhoitajat, osastonsihteerit, perus- ja lähihoitajat sekä lääkintävahtimestarit.</p>	<p>Aineisto kerättiin tutkimuslomakkeella kahdesti.</p> <p>Vastausprosentit 64,6 ja 40,1 %.</p>	<p>Tärkeimmäksi syiksi virheiden syntymiseen oli kiire ja liian vähäinen henkilökuntamäärä. Ilmoituksia jäi tekemättä kiireen ja parannusehdotuksia ei toteutettu. Vastaajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että potilaalle tulee kertoa haistaa aiheuttavasta virheestä.</p>
<p>Mustajoki, P. 2004</p> <p>Viisas oppii virheistä. Potilasturvallisuuden edistäminen poikkeamia analysoimalla. Projektin raportti.</p>	<p>Kuvata hoitohenkilöstön ilmoittamia poikkeamia eri tyyppisissä yksiköissä</p>	<p>Sairaalan 10 yksikköä: kirurgian, psykiatrian vuodeosastot, ajanvarauspoliklinikka, leikkausosasto, päivystyspoliklinikka ja päivystysosasto</p> <p>N = 210 poikkeamailmoitusta</p>	<p>Poikkeamalomakkeet (yleislomake, lääkitysvirhelomake, tapaturmalomake)</p>	<p>Suurin osa poikkeamailmoituksista liittyi lääkitykseen, runsas kolmasosa muihin hoitoon liittyviin tapahtumiin. Henkilökunta suhtautui ilmoittamiseen myönteisesti ja yksiköissä käynnistettiin monia kehitystoimia.</p>
<p>Rantala, K & Rantala, M & Taipale, H. 2006. Opinnäyte.</p> <p>Vahingosta viisaammaksi: "parempi tehdä virheitä ja oppia niistä kuin virheiden pelossa olla tekemättä mitään"</p>	<p>Kuvata millaisia hoidon poikkeamia tapahtui Keski-Suomen keskussairaalan kahdella kirurgisella vuodeosastolla 20 ja 22.</p>	<p>Tutkimusstrategiana käytettiin survey-tutkimusta, jolla kerättiin tietoa standardoidussa muodossa osastojen henkilökunnalta.</p>	<p>Kyselylomake, jossa oli yhteensä 18 kohtaa: avoimia kysymyksiä kaksi, monivalintakysymyksiä 12 ja sekamuotoisia kysymyksiä 4</p>	<p>Suurin osa hoidon poikkeamista liittyi lääkehoitoon, joista kirjaamisvirheitä oli eniten. Valtaosassa poikkeamista ei aiheuttanut seurauksia potilaalle.</p>

Liite 2
2 (5)

<p>Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.</p> <p>Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille</p> <p>Suomi</p>	<p>Selvittää potilasturvallisuuden edistämistä ja kehittä-mishaasteita sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa.</p>	<p>Viisi yliopistosairaala, 15 keskussairaala, 50 terve-yskeskusta, 48 vanhainkoti</p> <p>N = 68</p>	<p>Webropol –kysely, 28 kysymystä</p>	<p>Organisaatioista 61%:ssa oli käytössä poikkeamailmoitus. Tietoa poikkeamista käsiteltiin kaikissa organisaatioissa. Ministeriöltä odotetaan voimasta ohjausta potilasturvallisuuteen.</p>
<p>Kuisma,P. 2010. Pro gradu.</p> <p>Terveydenhuollon vaaratapahtumista saatava hyöty osana potilasturvallisuuden kehittämistä</p>	<p>Kuvata organisaation eri toimialueilla tapahtuneita vaaratapahtumia. Tapahtumatyypit, taustatekijät, seuraukset ja vaikutukset potilaille, omaisille ja yksiköille.</p>	<p>Yhden organisaation eri osastojen vaaratapahtumailmoitukset (N=1688)</p>	<p>Määrällinen ja laadullinen analyysi ilmoitetuista vaaratapahtumista.</p>	<p>Selkeät erot toimialueiden välillä vaaratapahtumien tyypeissä, taustatekijöissä. Kehittämisa-alueiksi nousi informaatio, henkilökunnan ominaisuudet, dokumentointi ja raportointi, työnjako ja yhteistyö,perehdytys sekä koulutus.</p>
<p>Avelin, T & Lepola, L. 2008.</p> <p>Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Opinnäyte.</p>	<p>kartoittaa ja kuvata yhden terveyskeskussairaalan potilasturvallisuutta keräämällä tutkimusaineisto sähköisellä vaaratapahtumien ilmoituslomakkeella ja perinteisellä kyselylomakkeella ja hyödyntää saatuja tuloksia toiminnan kehittämiseksi.</p>	<p>Aineisto 1 määrällinen (N=341) 1.5.2007-31.12.2007. Aineisto 2 määrällinen +laadullinen (N=18) 14.1. - 31.1.2008</p>	<p>Toimintatutkimus. Tutkimusaineisto koostuu vaaratapahtumailmoituksista ja kyselyistä.</p>	<p>Eniten ilmoituksia neste- ja lääkehoitoon liittyen. Väkivaltatilanteet olivat toiseksi yleisin ja seuraavana tapaturmat. Läheltä-piti 67 % suunniteltiin koulutuksia ja uusia toimintatapoja. Sairaalaan luotiin yhte-näinen toimintamalli vaaratapahtumailmoitusten käsittelyyn.</p>
<p>Saraste, T. 2012. Pro gradu.</p> <p>Vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon hyödynnettävyys.</p>	<p>Tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa vaaratapahtumien raportointijärjestelmän avulla saatavan tiedon hyödynnettävyydestä potilasturvallisuuden edistämiseksi</p>	<p>Sähköpostikyselynä keväällä 2011. Vastausprosentti 37 % (n=53,N=144).Tiedon antajina toimi sosiaali- ja terveystoimialan työntekijät, jotka ovat nimettyinä vaaratapahtumailmoitusten käsittelijöiksi.</p>	<p>Määrällinen ja laadullinen aineisto. Viitekehystenä käytetty sovelletusti Davisin kehittämää teknologian hyväksymismallia.</p>	<p>Osa käsittelijöistä ei tiennyt rooliaan eikä ollut saanut koulutusta käsittelyyn. Ilmoituksen tietomäärällä merkitystä hyödynnettävyyteen. Palaute, muutokset ja syyllistämättömyys edisti potilasturvallisuutta.Tekemättömät ilmoitukset estävät hyödyntämistä.</p>
<p>Yli-Villamo, R. 2008. Pro gradu.</p> <p>Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana.</p>	<p>Kuvailla päiv.poliklinikan potilasturvallisuuden toteutumista. potilaisiin kohdistuneita vaaratapahtumia ja niiden ehkäisyä.</p>	<p>Yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajat päivystyspoliklinikalla.(N=15)</p>	<p>Aineisto kerätty teemahaastatteluin ja analysoitu sisällön analyysillä.</p>	<p>Hyvä ammattitaito, turvallinen työympäristö ja asianmukainen hoito edistävät potilasturvallisuutta. Resurssien puute ja potilaiden aiheuttamat vaaratilanteet heikensivät turvallisuutta.</p>

Liite 2
3 (5)

<p>Peltomaa, T., Riihimäki, L. & Salminen, P. 2010. Potilasturvallisuus sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa – sairaankuljettajien näkemyksiä.</p> <p>Opinnäytetyö.</p>	<p>selvittää potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa työskentelevien sairaankuljettajien näkökulmasta.</p>	<p>focus-grup ryhmähaastattelut. (N15)</p>	<p>Haasattelurunko, joka pohjautui kansalliseen potilasturvallisuus strategiaan.</p>	<p>systemaattinen toimintatapa, johtaminen sekä henkilökunnan arvot ja asenteet. ohjeet, kirjaaminen, raportointi ja kommunikaatio. ohjeistus, valvonta ja lupakäytännöt sekä esimiehen rooli ja vastuu. lupakäytännöt, koulutus, lääkahoitotaitojen ylläpitäminen sekä testaus. Turvallinen hälytysajo.</p>
<p>Alanne Heidi & Rantanen Katja. 2011.</p> <p>HaiPron käyttö ja ilmoitusaktiivisuuden vaikuttavat tekijät Turun kotihoidon hoitajien kokemana.</p> <p>Opinnäytetyö.</p>	<p>selvittää millaiseksi hoitajat kokevat HaiPron käytön ja mitkä tekijät heidän kokemuksiansa mukaan vaikuttavat ilmoitusaktiivisuuteen.</p>	<p>Tutkimusaineisto on kerätty tammi-helmikuussa 2011 kymmenellä (N=10)teemahaastattelulla Turun kotihoidon hoitajilta</p>	<p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>Taamahaastattelut</p> <p>HaiPro:n käyttö +</p> <p>Ilmoitusaktiivisuus</p>	<p>Hoitajat kokivat HaiPron helppokäyttöiseksi. ilmoitusten tekoa estävinä tekijöinä:Kiire, tapahtumien vähättely, syyllistäminen, hyödyttömyys ja osaamattomuus.</p> <p>lisävinä tekijöinä koettiin järjestelmän hyödyllisyyden ymmärtäminen, syyllistämätön, potilasturvallisuutta korostava ja avoin ilmapiiri sekä tarvittavat resurssit kuten atk-taidot.</p>
<p>Zimmer M., Wassmer R., Latasch L., Oberndörfer D., Wilken V., Ackermann H. & Breikreutz R.2010.</p> <p>Initiation of risk management: incidence of failures in simulated Emergency Medical Service scenarios.</p>	<p>selvittää / kuvata potilasturvallisuuden vaarantavia toimia ja kommunikaatiota ensihoitajien tekemissä simuloituissa potilastilanteissa.</p>	<p>Video kuvatut satunnaistetut simulatiotilanteet. 40 Saksalaista ensihoitotimiä.</p> <p>4 eri tehtävää; Hoitoelvytys, Astma kohtaus, Keuhkoembolia sekä monivammapotilas.</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Ensihoitajat tekivät keskimäärin 7,4 epäturvalista teko tehtävän aikana. Diagnoosit sekä hoidot olivat yhteneviä ja onnistuneita. Kommunikaatio ongelmat yleisiä, 4 / tehtävä. Ensihoitajien ja lääkäreiden välinen konsultatio oli kaikista huonointa, yli 50 %:ssa jäi jotakin potilasturvallisuuden kanalta tärkeää viestimättä.</p>
<p>Taylor, J., Brownstein, D.; Christakis, D.; Blackburn, S.; Strandjord, T.; Klein, E. & Shafii, J. 2004.</p> <p>Use of Incident Reports by Physicians and Nurses to Document Medical Errors in Pediatric Patients</p>	<p>Kuvata ilmoitettuja haittatapahtumia ja asenteita vaaratapahtumaraportointiin.</p>	<p>Kyselytutkimus 200 hoitajalle ja lääkärille. Satunnaisotanta.</p>	<p>Kyselylomake</p>	<p>140 lomaketta palautettiin. Vastaaajista suurin osa, n. 70 % ilmoitti havaitsemistaan tapahtumista vain 40 % ssa. syyt:epävarmuus ilmoitettavista asioista, syyllistymisen pelko, pieni virhe, hyödyttömyys. Hoitovirheet ovat aliraportoituja.</p>

Liite 2
4 (5)

<p>Stella J, Bartley B, Jennings P. 2010.</p> <p>Introduction of a prehospital critical incident monitoring system—Final results</p>	<p>Kuvata nimettömästi ilmoitettuja vaaratapahtumia vamma- ja sisätautipotilaiden osalta sairaanulkopuolissa ympäristössä.</p>	<p>Aineisto koostui anonymisti raportoiduista vaaratapahtumista sekä jälkipuintikeskustelujen pohjalta tehdyistä arvioista vaaratapahtumista sekä niiden syistä.</p>	<p>vaaratapahtumailmoitusten määrällinen sekä laadullinen analysointi</p>	<p>2 vaaratapahtumaa / ilmoitus. Tehtävään tai toimenpiteeseen käytetty liian pitkä aika oli yleisin syy vaaratapahtumalle. 25% tapahtumista oli havaittavissa selkeitä myötävaikuttavia tekijöitä. Vaaratapahtumista opittiin yleisen palautteen sekä trendianalyysin kautta. Valtaosa vaaratapahtumista ei aiheuttanut potilaille haittaa tai olivat läheltä piti - tapahtumia. Useimmat tapahtumat luokiteltiin johtamiseen liittyviksi.</p>
<p>Hohenstein, C., Hempel, D., Schultheis, K., Lotter, O. & Fleischmann, T. 2013.</p> <p>Critical incident reporting in emergency medicine: results of the prehospital reports.</p>	<p>Kerätä tietoja ja analysoida ensihoitajien nimettömästi ilmoittamia vaaratapahtumia.</p>	<p>vaaratapahtumailmoituksista (n 845). Aineistoa kerättiin kaikkiaan 7 vuoden ajalta</p>	<p>vaaratapahtumailmoitusten määrällinen sekä laadullinen analysointi</p>	<p>Ilmoitukset luokiteltiin neljään osaan – alueeseen; henkilöstöstä tai laitteista johtuviin, organisaation tai taktiikkaan liittyviin sekä muihin syihin. Lähes puolet vaaratapahtumista aiheutti haittaa potilaalle ja näistä suurin osa luokiteltiin henkilöstöön liittyviin ongelmiin. Tutkijat uskoivat raportointijärjestelmän auttavan ensihoitojärjestelmän heikkouksien tunnistamisessa</p>
<p>Gallagher, JM. & Kupas, DF. 2012.</p> <p>Experience with an anonymous web-based state EMS safety incident reporting system.</p>	<p>Analysoivat tutkimuksessaan yhden Amerikan osavaltion alueella ensihoitohenkilöstön tekemiä vaaratapahtumailmoituksia</p>	<p>Noin 8 vuoden aikana tehtiin 415 vaaratapahtumailmoitusta, joista tutkimukseen hyväksyttiin 229.</p>	<p>vaaratapahtumailmoitusten määrällinen sekä laadullinen analysointi</p>	<p>Vaaratapahtumista kolmannes luokiteltiin henkilöstön toimiin ja käyttäytymiseen liittyviin ilmoituksiin. Seuraavaksi eniten ilmoituksia luokiteltiin ajoneuvosta tai kuljetuksesta johtuviin (16 %), ambulanssin saatavuuteen liittyviin (13 %), kommunikaatioon (8 %) sekä lääkintälaitteisiin liittyviä (9 %). Muita analyysissä syntyneitä vaaratapahtumaluokkia olivat lääketieteelliset toimenpiteet, lääkitys, onnettomuuspaikan johto ja protokolla kysymykset. Tutkijoiden mielestä vaaratapahtumaraportointijärjestelmän avulla voidaan tunnistaa tapahtumia, jotka aiheuttavat potilasturvallisuusriskejä.</p>

Liite 2
5 (5)

<p>Sorra J, Nieva V, Fastman BR, Kaplan H, Schreiber G, King M. 2008.</p> <p>Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services.</p>	<p>Kartoittaa verensiirtopalvelussa työskentelevien näkemyksiä vaaratapahtumaraportoinnista.</p>	<p>kysely 945:lle. 693 vastasi (73 %)</p>	<p>kyselylomake</p>	<p>työnantajapuolen rohkaisu ja kannustus lisä- vän henkilöstön raportointia. Hoitajista enem- mistö kokee raportoinnin positiivisena asiana ja he kannustavat toisiaan. Pelkäävät merkin- tää henkilökohtaisiin tietoihin sekä juridisia toimia heitä vastaan. Nimettömänä tapahtuva ilmoittaminen edistävää raportointia.</p>
<p>Beasley J., Escoto K. & Karsh B. 2004.</p> <p>Design Elements for a Primary Care Medical Error Reporting System.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneet lääkärit ja hoitajat arvioivat raportointijärjestelmän tarkoitusta, järjestelmän käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä, mitä tapahtumatyyppejä ilmoitetaan sekä kuinka tietoa analysoidaan ja käytetään.</p>	<p>lääkärit ja avustajat vastaajina</p>	<p>kyselylomake</p>	<p>Tulosten mukaan haittatapahtumien raportointiin kannustavat palautteen saaminen ilmoituksesta, järjestelmän helppokäyttöisyys ja syyllis- tämättömyyden periaate. Raportointijärjestelmän tulee tarjota hyödyllistä tietoa terveydenhuollon henkilöstölle. Käyttäjien tulee voida luottaa, ettei raporteja käytetä rangaistustoimenpiteisiin.</p>

Kutsukirje

Arvoisa ensihoitaja

Opiskelemme Saimian ammattikorkeakoulussa YAMK tutkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyötä potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportoinnista HaiPro -järjestelmään.

Tarkoituksenamme on kerätä tietoa vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuutta edistävästä ja estävästä tekijöistä ryhmähaastattelemalla Eksoten ensihoidon henkilöstöä. Ryhmä muodostuu 4 – 6 henkilöstä ja haastattelut toteutetaan teemahaastattelu periaatteella. Tarkempi ryhmähaastattelun ajankohta ja paikka sovitaan myöhemmin haastatteluun osallistumishalukkuutensa ilmaisseiden kesken. Ryhmähaastatteluiden kesto on n. 45 min.

Saatuja tietoja voidaan hyödyntää Eksoten ensihoidon potilasturvallisuuden edistämistyössä, kehittämistarpeiden määrittelyssä ja vaaratapahtuma ilmoitusaktiivisuuden edistämisessä.

Tulemme käsittelemään kaiken saamamme tiedon ehdottoman luottamuksellisena ja siten, että kukaan haastateltavista ei ole tunnistettavissa lopullisesta tutkimusraportista. Haastattelun analysoinnin onnistumiseksi nauhoitamme ryhmähaastattelut. Opinnäytetyön valmistua tuhoamme kaikki haastatteluihin liittyvän materiaalin. Haastattelijana ja tilaisuuksien vastuuhenkilönä toimii Petteri Alavahtola.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit tarvittaessa perua osallistumisesi missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastatteluun osallistuminen katsotaan tietoiseksi suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta.

Ilmoita halukkuutesi osallistua ryhmähaastatteluun lähettämällä sähköpostiviesti tai soittamalla 02.07.2013 mennessä Petteri Alavahtolalle.

Yhteistyö terveisin

Jan-Erik Palviainen

Petteri Alavahtola, petteri.alavahtola@eksote.fi ; gsm. 0505722370

RYHMÄHAASTATTELUN ALUSTUS (Haastattelija kertoo ryhmälle)

Ryhmähaastattelun tarkoituksena on kartoittaa, mitkä tekijät edistävät tai estävät vaaratapahtumaraportointia ensihoidon henkilökunnan mielestä. Tietoa voidaan hyödyntää vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuuden edistämiseksi.

Keskustellaan ryhmän kesken haastattelijan esittämistä aihealueista tai kysymyksistä.

Jokainen kertoo omia mielipiteitään, rehellisesti ja rohkeasti aiheesta.

Haastateltavilta toivotaan vaitiota muiden ryhmäläisten kommentteista tilaisuuden päätyttyä.

Osallistujien toivotaan puhuvan toisilleen.

Osallistajat saavat olla erimieltä asioista.

Oikeita ja väriä vastauksia ei ole olemassa.

Osallistujien nimiä ei mainita raportissa.

Haastattelu nauhoitetaan myöhempää analysointia varten.

Jos mahdollista, kännykät pidetään kiinni tilaisuuden aikana.

Toivotaan, puhetta kuuluvalla äänellä ja päälle puhumista välttäen.

Teemahaastattelurunko

Mitkä tekijät edistävät tai estävät vaaratapahtumaraportointia ensihoidon henkilökunnan mielestä?

- Mitkä tekijät edesauttavat ilmoituksen tekemistä?
- Mitkä tekijät estävät ilmoituksen tekemistä?
- Kuvailkaa vaaratapahtumien tunnistamista edistäviä ja estäviä tekijöitä?
- Millä tavalla koulutus ja ohjeistus vaaratapahtumaraportoinnista tulisi toteuttaa?
- Mahdollistuuko vaaratapahtumailmoitusten tekeminen työyksikössänne?
- Millaiseksi koette HaiPro:n käytön?
- Kuinka työpaikan ilmapiiri mielestänne vaikuttaa ilmoitusten tekemiseen?
- Mitä hyötyä olette havainneet vaaratapahtumaraportoinnista työyksikössänne?
- Kuinka vaaratapahtumaraportoinnista saatavaa tietoa voitaisiin hyödyntää vielä enemmän?

Sisällönanalyysiprosessi: estävät tekijät

Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
<p>Lievää vaaratapahtumaa tai läheltä piti – tapahtumaa ei tule ilmoitettua.</p> <p>Ei ilmoiteta jos poikkeama vaaraton.</p> <p>Liian korkea ilmoituksen teko kynnyks.</p> <p>Kaikista pienistä jutuista ei kehtaa / viitsi ilmoittaa.</p>	POIKKEAMAN VÄHÄTTELY	<p>RAPORTOITAVAN POIKKEAMAN SIVUUTTAMINEN</p>
Epätietoisuus ilmoitettavista asioista.	EPÄTIETOISUUS ILMOITETTAVISTA POIKKEAMISTA	
<p>Ei tunnista tekevänsä virhettä.</p> <p>Ei huomaa omaa virhettä.</p> <p>Tapahtuman tunnistaminen vaikeaa.</p> <p>Ei huomaa itse vaaratapahtumaa.</p>	EI TUNNISTETA POIKKEAMAA	
<p>Virheen myöntäminen vaikeaa.</p> <p>Itsestä vaikea tehdä haipro.</p> <p>Omasta toiminnasta johtuvaa virhettä ei välttämättä ilmoita.</p> <p>Omat virheet hävettää.</p>	<p>ITSESTÄ JOHTUVIA POIKKEAMIA</p> <p>EI ILMOITETA</p>	
<p>Virheet hyväksytään.</p> <p>Poikkeamat mielletään osaksi työtä.</p>	POIKKEAMAT HYVÄKSYTÄÄN	
<p>Ei ehdi tekemään ilmoitusta.</p> <p>Kiireellinen työvuoro estää ilmoituksen teon.</p> <p>Ei jaksakaan tehdä ilmoitusta, jos väsyttää kova työtahti.</p>	AJANPUUTE RAPORTOINTIIN	<p>KIIREN VAIKUTUS RAPORTOINTIIN</p>
<p>Ilmoituksen teko pitkittyy.</p> <p>ilmoituksen teko keskeytyy.</p> <p>Ilmoituksen teon lykkääntyessä alkaa miettiä syitä, miksei tarvitse raportoida.</p>	KESKEYTYKSET ILMOITTAMISESSA	
<p>Ei omaa rauhaa tehdä ilmoitusta.</p> <p>Ei mahdollisuutta tehdä ilmoitusta salassa.</p>	RAUHATON RAPORTOINTIYMPÄRISTÖ	
<p>Vähäinen tietokoneiden määrä estää ilmoittamisen.</p> <p>Koneiden huono saatavuus vaikeuttaa ilmoittamista.</p>	RAPORTOINTIIN RIITTÄMÄTTÖMÄT ATK-RESURSSIT	
<p>Unohtaa tehdä ilmoituksen, jos on kiirettä.</p> <p>Ei muista enää myöhemmin tehdä ilmoitusta.</p> <p>Ei muistuteta riittävästi ilmoituksen tekoon.</p>	RAPORTOINNIN UNOHTAMINEN	

<p>Työyhteisön kyseenalainen suhtautuminen raportointiin.</p> <p>Kielteinen ilmapiiri raportointiin.</p> <p>Henkilöstön huono asenne raportointiin.</p> <p>Toisten kielteiset mielipiteet raportoinnista.</p> <p>Esimies kieltää ilmoitukset.</p>	<p>TYÖYHTEISÖN KIELTEINEN ASENNE RAPORTOINTIIN</p>	<p>KIELTEINEN ASENNE RAPORTOINTIIN</p>
<p>Jos muutkaan ei tee ilmoituksia.</p> <p>Ei ennenkään ole raportoitu.</p> <p>Ymmärtämättömyys miksi raportoidaan.</p>	<p>VANHAT TAVAT RAPORTOINNIN ESTEENÄ</p>	
<p>Ilmoittaminen on ylimääräistä työtä.</p> <p>Ilmoittaminen on toissijaista työtä.</p> <p>Muut asiat tärkeämpiä kuin ilmoituksen teko.</p> <p>Laiskuus tehdä ilmoitus.</p>	<p>RAPORTOINTI KOETAAN YLIMÄÄRÄISENÄ TYÖNÄ</p>	
<p>Raportoinnin negatiiviset seuraamukset muille.</p> <p>Ilmoitus pahoittaa poikkeaman aiheuttajan mielen.</p>	<p>RAPORTOINNIN SEURAAMUKSET MUILLE</p>	<p>RAPORTOINNIN EPÄMIELUISAT SEURAAMUKSET</p>
<p>Työyhteisön paine estää raportoinnin.</p> <p>Raportoinnin kielteiset seuraamukset työyhteisölle.</p>	<p>TYÖYHTEISÖ PELKÄÄ RAPORTOINNIN SEURAAMUKSIA</p>	
<p>Ei saa palautetta ilmoituksista.</p> <p>Ilmoitusten syyllistävä palaute</p>	<p>HUONO PALAUTE RAPORTOINNISTA</p>	
<p>turhaa enää raportoida, virhe on jo tapahtunut.</p> <p>Ilmoitus ei johda mihinkään parannukseen.</p> <p>Henkilöstö ei sitoudu raportoinnin aikaansaamiin muutoksiin.</p>	<p>RAPORTOINNIN HYÖDYTTÖMYYS</p>	

Liite 6
3 (3)

Aikaisempi, muu ilmoitus samasta ongelmasta. Työvuorokohtaiset sopimukset poikkeaman torjumiseksi. Epäviralliset, yleensä suulliset ilmoitukset. eri raportointi järjestelmät.	MUUT RAPORTOINTIKANAVAT	EPÄVIRALLISET ILMOITUKSET
Ei osaa tehdä ilmoitusta. Vaikea löytää ilmoituslomake.	OSAAMATTOMUUS HAIPRO:N KÄYTÖSSÄ	

Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely	Alakategoria	Yläkategoria
Ilmoitusten pohjalta kehitetään uutta ja parempaa. Ilmoitukset johtaisivat potilasturvallisuuden parantamiseen.	RAPORTOINTIIN POHJAUTUVA TYÖN KEHITTÄMINEN	KEHITYSMYÖNTEISYYS
Ilmoitukset johtavat muutokseen työssä.	ILMOITUSTEN AIKAANSAAMA MUUTOS	
Omista ja muiden virheistä oppiminen. Ilmoitusten käsittely yhdessä edistää oppimista.	POIKKEAMISTA YHDESSÄ OPPIMINEN	
Oman toiminnan vaikeutuminen motivoi ilmoittamaan. Vakavat tapahtumat tulee ilmoitettua, että muutkin saavat tiedon. Toimii todisteena mitä pitää korjata.	KEHITTÄMISOSA-ALUEIDEN TUNNISTAMINEN	
Virallinen raportointijärjestelmä luo toivoa kehittämisestä. HaiPro varmistaa ilmoitusten käsittelyn. HaiPro on tiedonsiirtokanava johtajille parantamistarpeista.	KEHITTÄMISEN MAHDOLLISTAJA	
Esimiesten positiivinen asenne raportointiin. Esimiesten kannustus ilmoittamiseen.	ESIMIESTEN TUKI RAPORTOINTIIN	TYÖYHTEISÖN POSITIIVINEN ASENNE RAPORTOINTIIN
Työyhteisön kannustava asenne raportointiin. Työyhteisön ymmärrys raportoinnin periaatteisiin. Hyvä tiimi henki. Ilmoituksen teko yhdessä.	TYÖYHTEISÖN TUKI RAPORTOINTIIN	
Virheen tunnustamisen helppous. Työilmapiirin avoimuus.	AVOIN TYÖILMAPIIRI	

Liite 7
2 (2)

Poikkeamien parempi havainnointi. Poikkeamien parempi tunnistaminen.	POIKKEAMIEN TUNNISTAMINEN	TIETÄMYS VAARATAPAHTUMISTA JA NIIDEN RAPORTOINNISTA
Tieto HaiPro järjestelmään ilmoitettavista asioista. Yhteneväiset ohjeet ilmoitettavista tapahtumista. Tukihenkilö joka opastaa mitä ja miten ilmoitetaan. Muistuttelu ilmoitusten tekoon.	TIETO ILMOITETTAVISTA POIKKEAMISTA	
Tietoisuus muiden tekemistä ilmoituksista. Tietoisuus ilmoitusten aiheuttamista toimista. Säännöllinen palaute ilmoituksista. Säännöllinen katsaus ilmoituksista.	PALAUTE TEHDYISTÄ ILMOITUKSISTA	
HaiPro koulutus auttaa raportoinnissa.	HAIPRO KOULUTUS	
Ilmoituksen teko autossa. Ilmoituksen teko viiveettä. Ilmoitus tulisi pystyä tekemään heti. Käsin, paperille tehty ilmoitus.	VIIVEETÖN ILMOITUKSEN TEKO	HÄIRIÖTÖN RAPORTOINTI YMPÄRISTÖ
Rauhallinen paikka ilmoituksen teolle. Mahdollisuus tehdä ilmoitus. yksin.	ILMOITUKSEN TEKO RAUHASSA	
Ilmoituksen teko keskeytyksettä ilmoituksen teko nopeasti.	ILMOITUKSEN TEKO KESKEYTYKSETTÄ	
Ilmoituksen lyhyys. Ilmoituksen tekemisen helppous. ilmoituksen tekemisen selkeys. Ilmoituksen tekemisen nopeus. aikaisemmin tehty ilmoitus. Ilmoituslomakkeen avoimet vastausmahdollisuudet.	ILMOITUKSEN TEON VAIVATTOMUUS	RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄN KÄYTTÄJÄYSTÄVÄLLISYYS
Ilmoittajaa ei rangaista. Ilmoittajaa ei syyllistetä.	ILMOITTAJAN VASTUUVAPAAUS	

Tutkimuslupa

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**

Viranhaltijapäätös

1

Työhyvinvointikoordinaattori

18.6.2013

Dnro 683/13.01.02/2013

§ 12/2013/ Tutkimuslupapäätös

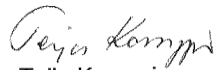
Tutkimuslupa Petteri Alavahtola ja Jan-Erik Palviainen

Päätös

Teille on myönnetty tutkimuslupa koskien tutkimustanne
"Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon
potilasturvallisuutta".

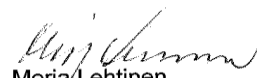
Loppuraportti tulee toimittaa sähköisenä Eksotelle, jotta se voidaan
mahdollisesti julkaista verkkosivuillamme.

Lappeenrannassa 18.6.2013



Teija Kemppe
Työhyvinvointikoordinaattori
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi
Henkilöstöpalvelut
PL 24
53101 Lappeenranta
teija.kemppi@eksote.fi
Puh. 040 1463369

Tämä päätös on postitettu asianosaisille 18.6.2013.



Merja Lehtinen
sihteeri