



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sari Pirttinen & Outi Pohjavaara

VAARATAPAHTUMAT VAASAN
SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTON
TERVEYSPALVELUISSA VUOSINA
2009-2011

Sosiaali- ja terveysala

2013

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitajan suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sari Pirttinen ja Outi Pohjavaara
Opinnäytetyön nimi	Vaaratapahtumat Vaasan sosiaali- ja terveysviraston terveyspalveluissa vuosina 2009-2011
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	58 + 16 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

HaiPro-raportointityökalu edistää potilasturvallisuutta, koska sen kautta tehdyistä ilmoituksista voidaan oppia. Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaisia vaaratapahtumailmoituksia on tehty Vaasan sosiaali- ja terveyspalveluissa vuosina 2009-2011. Tutkimusaineisto koostui 81 vaaratapahtumailmoituksesta, jotka oli tehty HaiPro-raportointityökalun kautta. Aineiston analysoinnissa käytettiin kvalitatiivista ja kvantitatiivista lähestymistapaa. Kvalitatiivinen tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Kvantitatiivinen aineisto oli valmiiksi analysoitu ja tulostettu tutkimuksen kohdeorganisaatiossa ja tästä tulosteesta poimittiin keskeiset tiedot raportoitaviksi.

Tutkimustulosten mukaan eniten raportoituja vaaratapahtumia olivat lääkehoitoon sekä tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat. Läheltä piti -tapahtumia oli 36,7 % ja potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia oli 63,3 % kaikista ilmoitetuista vaaratapahtumista. Vaaratapahtumiin johtavia syitä olivat muun muassa kiire, huolimattomuus ja kommunikaatiokatkokset. Vaaratapahtumien seurauksina potilaalle aiheutui lisätutkimuksia ja hoidon viivästymistä. Vaaratapahtumista 18,9 %:ssa ei aiheutunut haittaa potilaalle tai haitta oli lievä 16,7 %:ssa. Kuitenkin puolet ilmoituksista oli sellaisia, joissa tätä tietoa ei ollut annettu. Huolellisuuden lisääminen oli ilmoittajien eniten ehdottama kehittämistoimenpide. Yksiköissä kehittämistoimenpiteiksi eniten oli ilmoitettu keskustelua ja informointia tapahtuneesta (71,6 %).

Tutkimuksen johtopäätöksinä voidaan todeta, että haittatapahtumia ilmoitettiin enemmän kuin läheltä piti -tapahtumia sekä se, että suurin osa vaaratapahtumista ei aiheuttanut merkittävää haittaa potilaalle. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan eri ammattiryhmien välisen tiedonkulun tarkastelua potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Avainsanat Potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, HaiPro-raportointityökalu

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitajan suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Authors	Sari Pirttinen and Outi Pohjavaara
Title	Adverse Events in Health Care in the Department of Social Services and Health in Vaasa 2009-2011
Year	2013
Language	Finnish
Pages	58 + 16 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

HaiPro-tool promotes the patient safety, because one can learn from the incident reports. The purpose of this bachelor's thesis was to describe the incident reports written in the department of social services and health in Vaasa in 2009-2011. The research material includes incident reports of 81 adverse events, which have been reported by HaiPro-reporting tool. The material has been analyzed with both a quantitative and a qualitative approach. The qualitative research material has been analyzed with content analysis method. The quantitative material had been analyzed in advance and printed in the target organization and this printout has been used to collect the main information to the report.

The most often reported adverse events were incidents related to medication and the flow of information and information management. The total percentage of near misses was 36,7 % whereas adverse events to the patients formed 63,3 % of all adverse events. The factors leading to adverse events were for example hurry, negligence and communication breaks. The adverse events caused extra examinations and delays in treatment to the patients. 18,9 % of adverse events didn't cause any harm or the harm was mild, in 16, 7 % of the cases. However, a half of the incident reports did not reveal this information. The development suggestion that occurred most often was being more careful when asked the persons that wrote the incident reports. In the units the most common development suggestions were related to discussing the case and informing about it.

The results show that adverse events have been reported more than near-misses and most of the adverse events didn't cause significant harm to the patient. A topic for further research could be to review the flow of information from patient safety point of view.

Keywords Patient safety, adverse event, HaiPro-reporting tool

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Vaasan sosiaali- ja terveystoimen organisaatorakenne.	s. 11
Kuvio 2.	Vaasan kaupungin terveystoimen rakenne.	s. 12
Kuvio 3.	Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja abstrahoinnista: Miten alakategoria ”Kirjaamisvirhe” muodostettiin?	s. 32
Kuvio 4.	Ilmoittajan ammattiryhmä.	s. 34
Kuvio 5.	Ilmoitettujen vaaratapahtumien seuraukset potilaalle.	s. 43
Kuvio 6.	Ilmoitettujen vaaratapahtumien seuraukset hoitavalle yksikölle.	s. 44
Kuvio 7.	Ilmoitetut toimenpide-ehdotukset vaaratapahtumien estämiseksi.	s. 49
Taulukko 1.	Esimerkki aineiston pelkistämisestä	s. 30
Taulukko 2.	Vaaratapahtumien luokittelu ylä- ja alakategorioihin.	s. 36

LIITELUETTELO

LIITE 1. HaiPro-raportointityökalun potilasturvallisuusilmoituksen näkymä

LIITE 2. Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Väärä potilas”, ”Väärä lääkitys” ja ”Väärä antotapa” muodostaminen.

LIITE 3. Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Määräysvirhe” muodostaminen.

LIITE 4. Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Lääkkeen säilytysvirhe” ja ”Liian suuri annos” muodostaminen.

LIITE 5. Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Lääke aloitettu ilman tarvittavien tutkimusten ottamista”, ”Lääkkeen antovirhe” ja ”Kirjaamisvirhe” muodostaminen.

LIITE 6. Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Kommunikaatio-ongelmia kielen ilmaisussa”, ”Tietoja annettu väärälle potilaalle” ja ”Asianmukainen hoitohenkilökunta ei ollut paikalla” muodostaminen.

LIITE 7. Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Henkilötietojen puuttuminen” ja ”Henkilötunnuksen virheellisyys” muodostaminen.

LIITE 8. Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Tiedonkulun katkos” muodostaminen.

LIITE 9. Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Laboratoriotutkimuksiin liittyvät virheet” muodostaminen.

LIITE 10. Läheteisiin liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Läheteiden virheellisyys” ja ”Läheteiden katoaminen” muodostaminen.

LIITE 11. Laiteturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat: yläkategorian muodostaminen.

LIITE 12. Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Hoidon tarpeen arviointiin liittyvät virheet” muodostaminen.

LIITE 13. Hoidon tarpeeseen ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Erikoissairaanhoidon tarpeessa olevat potilaat eivät olleet erikoissairaanhoidossa” muodostaminen.

LIITE 14. Hoidon tarpeeseen ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyvät virheet” muodostaminen.

LIITE 15. Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumat: yläkategorian muodostaminen.

LIITE 16. HaiPro-raportointijärjestelmän kautta tehdyt ilmoitukset, jotka eivät olleet vaaratapahtumailmoituksia

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	9
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT ...	10
3	TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATIO	11
4	POTILASTURVALLISUUS	13
4.1	Mitä on potilasturvallisuus?	13
4.2	Potilasturvallisuuden edistäminen	14
4.3	Suomalainen potilasturvallisuusstrategia	15
5	VAARATAPAHTUMA	18
5.1	Mikä on vaaratapahtuma?	18
5.2	Haittatapahtuma.....	18
5.3	Läheltä piti -tapahtuma	19
5.4	HaiPro-raportointityökalu	20
6	POTILASTURVALLISUUS TUTKIMUKSEN VALOSSA	22
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	28
7.1	Tutkimuksellinen lähestymistapa	28
7.2	Tutkimusaineisto	28
7.3	Tutkimusaineiston analysointi.....	29
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	34
8.1	Vaaratapahtumien kuvaus Vaasan sosiaali- ja terveyspalveluissa vuosina 2009-2011	34
8.2	Vaaratapahtumien syyt.....	40

8.3	Vaaratapahtumien seuraukset.....	43
8.4	Ilmoittajien tekemät ehdotukset kehittämistoimenpiteiksi	46
8.5	Yksiköiden tekemät kehittämistoimenpiteet vaaratapahtumailmoitusten perusteella	48
9	POHDINTA	50
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu	50
9.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuus	53
9.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	55
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, millaisia vaaratapahtumailmoituksia on tehty Vaasan sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä vuosina 2009–2011. Opinnäytetyön tilaaja oli Vaasan sosiaali- ja terveystieteiden yksikö.

Opinnäytetyö liittyy tekijöiden terveydenhoitajaopintoihin. Aihe löydettiin Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankista. Aihe vaikutti kaikista mielenkiintoisimmalta ja samalla siitä sai yhteyden työelämään, joten tekijät halusivat lähteä työstämään sitä. HaiPro on aiheena tärkeä, koska sen avulla voidaan tutkia, millaisia vaaratapahtumailmoituksia on tapahtunut ja miten vaaratapahtumia voitaisiin ennaltaehkäistä. Jotta potilas saisi laadukasta ja turvallista hoitoa, haittatapahtumista täytyy oppia. Siksi vaaratapahtumat on kirjattava esimerkiksi HaiPro-raportointityökalun avulla. (THL 2012 a.)

Opinnäytetyössä kuvaillaan HaiPro-raportointityökalun kautta tehtyjä vaaratapahtumailmoituksia tammikuu 2009 – joulukuu 2011 välisenä aikana. Tältä ajalta vaaratapahtumailmoituksia oli yhteensä 90, mutta jotkin ilmoitukset oli tallennettu useasti, joten analysoitavien ilmoitusten määrä oli 81. Opinnäytetyön tekijät määrittelivät opinnäytetyön kannalta keskeisimmät käsitteet: potilasturvallisuus, vaaratapahtuma ja HaiPro-raportointityökalu.

Tiedonhakuja tehtiin 2000-luvulta Medic-, PubMed ja JBI-tietokannoista hakusanoilla *HaiPro*, *potilasturvallisuus*, *vaaratapahtuma*, *haittatapahtuma*, *läheltä piti -tilanne*, *lääkityspoikkeama* sekä *patient safety*, *patient safety incident*, *near miss* ja *adverse event*. Tietoa etsittiin myös muista sähköisistä tietolähteistä sekä kirjateoksista. Tietoa haettiin myös käsin selaamalla *Hoitotiede*, *Tutkiva hoitotyö* sekä *Sairaanhoitaja* -lehdistä. Potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimustietoa löytyi hyvin, sen sijaan vaaratapahtumiin liittyvää vähemmän.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- ONGELMAT

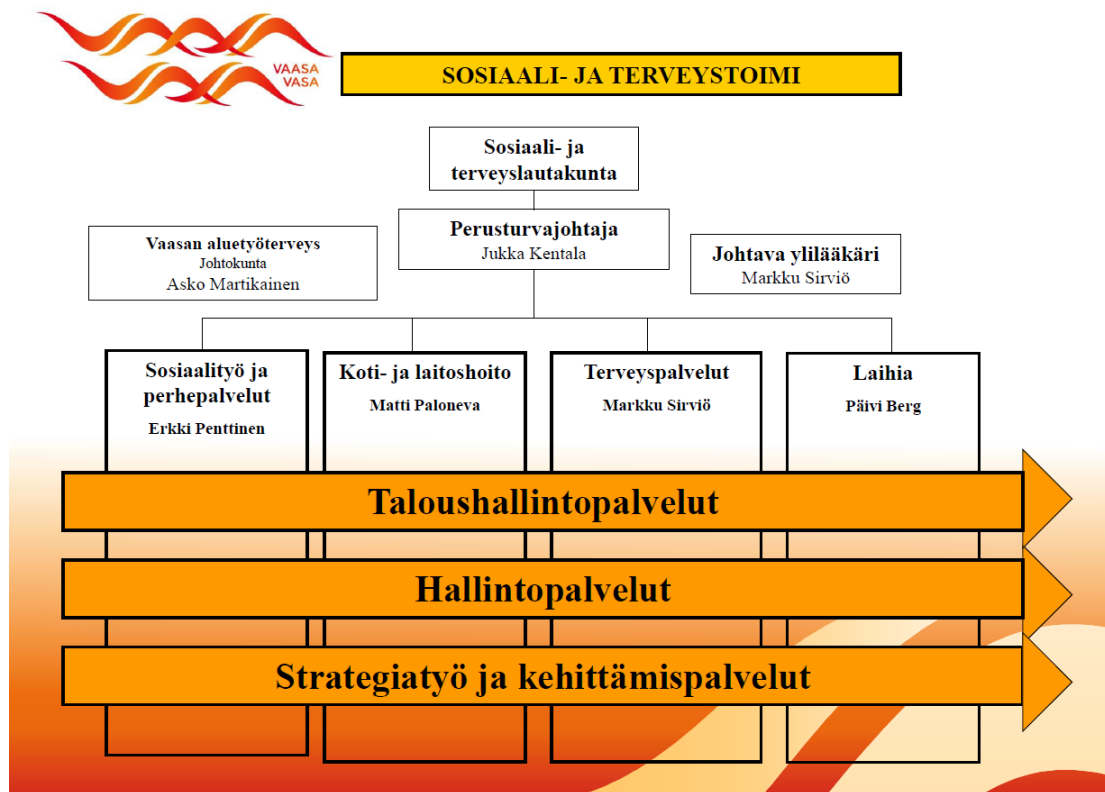
Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla HaiPro-raportointityökalun kautta tehtyjä vaaratapahtumailmoituksia Vaasan sosiaali- ja terveyspalveluissa vuosilta 2009-2011. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, millaisia vaaratapahtumailmoituksia on kirjattu Vaasan sosiaali- ja terveyspalveluissa vuosien 2009–2011 aikana. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa vaaratapahtumien syistä, seurauksista sekä ilmoitusten johdosta tehdyistä kehittämistoimenpiteistä. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää potilasturvallisuutta tutkimuksen tilanneessa organisaatiossa.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Millaisia vaaratapahtumia Vaasan sosiaali- ja terveyspalveluissa on esiintynyt vuosina 2009–2011?
2. Mitkä syyt ovat johtaneet vaaratapahtumiin?
3. Mitä seurauksia vaaratapahtumilla on ollut?
4. Millaisia kehittämistoimenpiteitä on ehdotettu vaaratapahtumien toistumisen estämiseksi?
5. Millaisiin kehittämistoimenpiteisiin yksiköissä on ryhdytty vaaratapahtumailmoitusten perusteella?

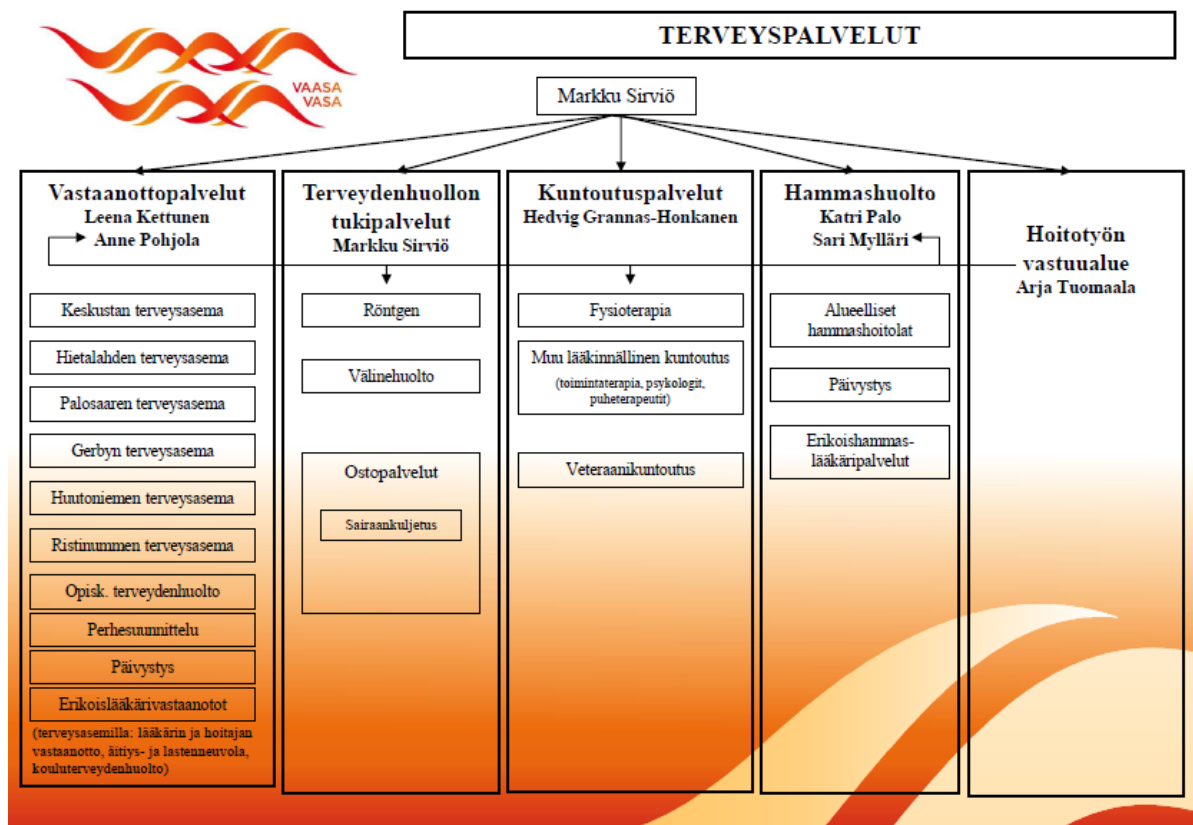
3 TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATIO

Vaasan sosiaali- ja terveystoimen organisaation rakenne on esitetty kuviossa 1. Sosiaali- ja terveystoimi käsittää kolme palvelualueetta ja neljä tulosaluetta. (Vaasan kaupunki 2012a.)



Kuvio 1. Vaasan sosiaali- ja terveystoimen organisaation rakenne. (Vaasan kaupunki 2012a.)

Vaasan kaupungin terveystalveluiden rakenne on esitetty kuviossa 2. Terveystalveluiden toiminta-ajatuksen mukaan niiden tehtävä on tuottaa väestön tarvitsemia terveydenhuollon palveluita, jotka pyrkivät ennaltaehkäisemään ja hoitamaan sairauksia. (Vaasan kaupunki 2012b.) Terveystalveluissa työskentelee 300 henkilöä ja noin 70 määräaikaista työntekijää eli sijaista. HaiPro-raportointityökalun käyttömahdollisuus on 350 henkilöllä.



Kuvio 2. Vaasan kaupungin terveystalveluiden rakenne. (Vaasan kaupunki 2012b.)

4 POTILASTURVALLISUUS

Tässä luvussa tarkastellaan potilasturvallisuutta ja sen edistämistä sekä esitellään suomalainen potilasturvallisuusstrategia.

4.1 Mitä on potilasturvallisuus?

Potilasturvallisuudella (eng. patient safety) tarkoitetaan sitä, että potilaalle turvataan laadukas ja turvallinen hoito. Potilasturvallisuus on myös sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annettuna. Potilasturvallisuuden tavoitteena on, että potilaalle ei aiheudu hoitoon kuulumatonta vaaraa tai haittaa, vaan riskit pyritään ennakoimaan ja ehkäisemään mahdollisimman varhain. (THL 2012 b.)

Potilasturvallisuuden eri osioita ovat hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuus, lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuus sekä laitteiden turvallisuus ja niiden käytön turvallisuus (THL 2012 b). Hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuudella tarkoitetaan niiden toteuttamiseen liittyvän prosessin turvallisuutta. Lääketurvallisuuteen kuuluvat lääkkeen haitalliset vaikutukset, jotka liittyvät lääkevalmisteeseen sekä lääkehoidon poikkeama, jonka vuoksi hoito ei toteudu tavoitteiden mukaan, mikä aiheuttaa haittaa potilaalle. Lääketurvallisuuden poikkeamasta voi aiheutua potilaalle vakava haittavaikutus tai odottamaton haittavaikutus. Lääkitysturvallisuuden poikkeama voi syntyä tekemisen seurauksena tai tekemättä jättämisen seurauksena. Laiteturvallisuuteen liittyy laitteen toimintahäiriö tai poikkeama laitteen käytössä. (Helovuori ym. 2011, 13-14.)

Kommunikointiongelmien ovat yksi potilasturvallisuuden haasteista, sillä yli puolet potilasturvallisuuden ongelmista johtuu kommunikointiongelmista. Kommunikointiongelmiin vaikuttavat organisaation erilaiset näkemykset ammattiryhmien hierarkiasta. Tärkein keino virheiden hallinnassa on toimiva kommunikointi. Henkilöstöresurssien niukkuus on potilasturvallisuutta vaarantava uhka. Koska terveydenhuollon sijaisia on niukasti ja työpaikka vaihtuu usein, sijaisten perehdytys on usein puutteell-

lista. Riittävä henkilöstö, työnjako ja henkilöstön pysyvyys puolestaan tukevat potilasturvallisuutta. (Kyngäs 2009, 2-3.)

Monilla erilaisilla suojauskeinoilla ja toimintatavoilla varmistetaan potilaan hoidon turvallisuus ja estetään, ettei potilas vahingoitu hoidon aikana (THL 2012 b). Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuuden varmistaminen. Se tarkoittaa, että toimintaan sisältyy erilaisia menettelytapoja tai järjestelyjä, joiden tehtävänä on saavuttaa tavoiteltu hoitotulos sekä vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille. Tarkistusmenettelyt ovat hyviä esimerkkejä hoidon turvallisuuden varmistamisesta. Niiden avulla pystytään varmistamaan, että asiat on tehty oikein, eikä mitään ole unohtunut. (Helovuola ym. 2011, 13.)

Potilaalla ja hänen omaisillaan tulee olla mahdollisuus vaikuttaa potilasturvallisuuden parantamiseen. Jos potilasturvallisuus on vaarantunut, potilaalla on oikeus tehdä valitus tai kantelu tai hakea korvausta kärsimästään haitasta. (THL 2012 c.) Potilaan turvallisuudesta ja oikeasta hoidosta vastuu on aina terveydenhuollon henkilökunnalla, ei koskaan potilaalla. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että eri organisaatioissa pidetään yllä henkilökunnan osaamista ja ammattitaitoa koulutusten ja hyvän perehdytyksen avulla. (THL 2012 d.)

4.2 Potilasturvallisuuden edistäminen

Potilasturvallisuuden edistäminen on tärkeä asia, ja se on ollut näkyvästi esillä Suomessa. Potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää terveydenhuollon yksiköissä konkreettisia toimia ja pitkäjänteistä kehittämistä sekä lakien, asetusten ja säädösten noudattamista. (Helovuola ym. 2011, 31.) Potilasturvallisuutta voidaan edistää kehittämällä erilaisia toimintatapoja, ehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä sekä arvioimalla riskejä. Potilasturvallisuutta voidaan edistää syyllistämättömällä ja myönteisellä toimintakulttuurilla, ennakoimalla tilanteita, oppimalla omasta ja muiden toiminnasta, tiimityöllä ja yhteisillä toimintatavoilla sekä sitoutumalla potilasturvallisuuden kehittämiseen. (Kyngäs 2009, 2-3.)

Potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi on tärkeää. Arviointia voidaan tehdä monesta eri näkökulmasta ja monilla eri mittareilla. Potilasturvallisuuden seurannassa tulee pohtia, halutaanko toiminnasta tuoda esiin haittatahtumien määrä vai potilasturvallisuuspoikkeamia, jotka eivät välttämättä johda haittaan, mutta antavat paljon tietoa potilasturvallisuuden hallinnan onnistumisesta. Potilasturvallisuuden kokonaiskuvan muodostamiseksi tietoa voidaan saada vaaratapahtumien ja palvelupoikkeamien seurannasta (muun muassa vapaaehtoinen vaaratapahtumien raportointi, kantelut), vaaratapahtumien tutkinnasta, henkilöstökyselyistä ja potilaspalautteista sekä riskianalyyseistä- ja kartoituksista. (Helavuo ym. 2011, 116-117.)

Potilasturvallisuuteen liitetään usein myös hoidon laatu. Potilasturvallisuuden edistäminen nähdään terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustana sekä osana sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Organisaation laatujärjestelmässä tulee olla suunniteltu prosessit ja menettelytavat, joiden avulla potilasturvallisuutta varmistetaan. (Helovuo ym. 2011, 15-16.) Potilasturvallisuuden pitäisi olla osa jokaisen yksikön toimintakulttuuria, ja laadunhallinnassa virheiden vähentäminen on tärkeää (Aaltonen ym. 2008, 3791).

Changin ym. (2004) Yhdysvalloissa tekemän katsauksen tavoitteena oli kehittää yhteistä terminologiaa ja luokittelua potilasturvallisuustiedoille. Chang ym. ehdottavat viittä luokkaa: vaikutus, tapahtuman tyyppi, toimialue, syy sekä ehkäisemis- ja kehittämistoimenpiteet. Nämä luokat jaettiin 21 alaluokkaan, joissa oli yli 200 koodinimikettä. Raportointijärjestelmässä oli mahdollisuus kirjoittaa myös vapaata tekstiä. (Chang ym. 2004, 1.)

4.3 Suomalainen potilasturvallisuusstrategia

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009-2013 tavoitteena on potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä vaaratapahtumien kirjaaminen ja niistä oppiminen. Tavoitteena on myös se, että potilasturvallisuutta pyritään hallitsemaan ennakoivasti ja oppimalla sekä potilasturvallisuusnäkökulma otetaan huomioon

terveydenhuollon tutkimuksessa ja kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 3.) Potilasturvallisuusstrategian tarkoituksena on kehittää yhtenäinen potilasturvallisuuskulttuuri Suomen sosiaali- ja terveydenhuollolle sekä edistää potilasturvallisuuskulttuurin toteutumista. Potilasturvallisuusstrategia on turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteutumista, josta hyötyvät sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot, potilaat ja asiakkaat sekä heidän omaisensa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11.)

Potilasturvallisuutta käsitellään suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa neljästä eri näkökulmasta: turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Turvallisuuskulttuuri tarkoittaa yksilöiden ja yhteisön tapaa toimia niin, että potilaiden saaman hoidon turvallisuus varmistetaan. Riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluvia asioita. Potilasturvallisuudessa vastuu tarkoittaa sitä, että organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta. Johdolla on vastuu riskeihin varautumisessa sekä turvallisuusriskien analysoinnissa. Johdon tehtävänä on myös toteuttaa laadun- ja riskienhallintaa, sekä varmistaa, että seurantatietoa haittatapahtumista hyödynnetään. Lainsäädäntö määrää sen, että terveydenhuollon toiminnan on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön perustuvaa sekä laadukasta ja turvallista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 13-15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 16-18) julkaisemalla potilasturvallisuusstrategialla on ollut vuoteen 2013 mennessä paljon saavutettavia tavoitteita. Seuraavassa esitetään näiden tavoitteiden sisältö:

- Potilaille ja asiakkaille on annettava mahdollisuus kertoa turvallisuuspuutteista ja saada siitä palautetta. Tätä varten on organisaatioihin luotava oikeanlaiset menettelytavat.
- Potilaille on kerrottava hoitoon liittyvät riskit organisaation toimintakäytäntöjen mukaisesti.
- Haittatapahtumien jälkihoitoon on yhteisesti sovitut menettelytavat.

- Potilasturvallisuuden menettelytapoihin ja käytäntöihin henkilökunta täytyy perehdyttää toimipaikkakoulutuksella.
- Potilasturvallisuutta varmistavissa ryhmissä pitää olla mukana potilaiden ja potilasjärjestöjen edustajat.
- Riskien- ja laadunhallintajärjestelmän on oltava kattava jokaisessa organisaatiossa.
- Henkilöstön osaamisesta ja ammatillisesta kehittämisestä huolehditaan.
- Muiden toimijoiden hyviksi havaittuja potilasturvallisuuden käytäntöjä täytyy hyödyntää organisaatioissa.
- Poikkeamien ja vaaratapahtumien seuranta sekä käsittelyä varten organisaatioissa on oltava selkeät menettelytavat.
- Valtakunnallisen raportoinnin yhteisiä linjauksia pitäisi noudattaa organisaatioissa.
- Potilasturvallisuuden edistämiseksi täytyisi hyödyntää valtakunnallista potilasturvallisuuden indikaattoritietoa.
- Potilasturvallisuussuunnitelma pitää olla laadittuna joka organisaatiossa sekä potilasturvallisuuden edistämistä koordinoivat henkilöt täytyy olla nimettyinä.
- Osa toiminta- ja taloussuunnitelmaa on myös potilasturvallisuuden edistäminen.
- Potilasturvallisuuden edistämisen periaatteita täytyy noudattaa sekä sen keskeisiä keinoja pitää soveltaa. Potilasturvallisuuden edistämisen työkaluja, suosituksia ja oppaita tulisi hyödyntää.
- Kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt täytyy perehdyttää niin, että potilasturvallisuus otetaan huomioon. Potilasturvallisuus pyritään ottamaan huomioon myös opiskelijoiden harjoittelussa, työntekijöiden osaamiskartoituksissa sekä määräaikaisten työntekijöiden osaamisen varmentamisessa.
- Organisaatiolla pitää olla edellytykset osallistua alan tutkimushankkeisiin sekä tehdä selvityksiä potilasturvallisuuden kehittämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 16-18.)

5 VAARATAPAHTUMA

Tässä luvussa kuvataan, mitä ovat vaaratapahtuma, vaaratapahtumiin liittyvät haittatapahtuma ja läheltä piti -tapahtuma. Lisäksi kuvataan HaiPro-raportointityökalua.

5.1 Mikä on vaaratapahtuma?

Vaaratapahtuma (eng. patient safety incident) on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, josta aiheutuu tai voi aiheutua haittaa potilaalle (THL 2012 e). Vaaratapahtumien syntymiseen vaikuttavat muun muassa tilanteiden sekavuus, epäjärjestys, ahtaus ja puutteelliset työtilat, heikko valaistus, huono aseptiikka, vaaralliset rakenteet ja puutteelliset varoitusmerkinnät sekä erilaiset häiriötekijät, kuten melu ja hälinä (Helovuori ym. 2011).

Potilas tai terveydenhuollon ammattilaiset voivat tunnistaa vaaratapahtuman. Vaaratapahtumien syntymistä voidaan ennaltaehkäistä esimerkiksi tarkistuslistojen, oppaiden ja potilasturvallisuussuunnitelmien avulla. (THL 2012 f.)

Vaaratapahtuman sattuessa potilaalle aiheutuvaa haittaa pitää pyrkiä vähentämään. Potilaalle on kerrottava rehellisesti, mitä on tapahtunut. On tärkeää olla avoin, sillä salailu lisää virheen toistamisen riskiä. Vaaratapahtuman salailu saattaa aiheuttaa jopa vakavampaa vaaraa potilaalle. Vaaratapahtumista tulee ilmoittaa järjestelmällisesti raportointijärjestelmän kautta. Vaaratapahtumasta ilmoittamisen tulisi olla etuoikeus terveydenhuollon henkilöstölle. Mikäli vaaratapahtumista syyllistetään työntekijää, johtaa se helposti vaaratapahtumien salailuun myös jatkossa. Sen sijaan vaaratapahtumista ilmoittaminen tarjoaa keinon oppia virheistä ja kehittää toimintatapoja, joilla vaaratapahtuma voidaan jatkossa estää. (Himanen & Kinnunen 2010, 6-7.)

5.2 Haittatapahtuma

Haittatapahtuma (eng. adverse event) on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Haittatapahtumat voivat olla esimerkiksi lääkevahinkoja tai potilasvahinkoja. Usein potilas kokee inhimillistä kipua ja hätää. Jos haittatapahtuma on sattunut, siitä

on kerrottava potilaalle avoimesti. Potilaalla on oikeus tehdä vahinkoilmoitus ja mahdollisesti kantelu tai muistutus. (THL 2012 g.)

Jotta potilas saisi laadukasta ja turvallista hoitoa, vaaratapahtumista täytyy oppia. Siksi ne on kirjattava esimerkiksi HaiPro-raportointityökalun kautta. Asiaa on hyvä käsitellä myös työyhteisössä ja miettiä, miksi haattatapahtuma tapahtui ja miten sen olisi voinut estää. (THL 2012 a.) Peltomaan (2010, 10-11) mukaan vaaratapahtumailmoitukset on käsiteltävä ja analysoitava. Analysointi tarkoittaa tapahtumien jäsentämistä ja vaaratapahtuman syntymiseen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. Ilmoituksia käsitellään säännöllisesti moniammatillisessa yhteistyössä. HaiPro on erinomainen työkalu potilasturvallisuuden kehittämisessä, koska ilmoitus tehdään nimettömänä ja se käsitellään syyllistämättä. Jotta yksikön toimintaa voitaisiin kehittää, ilmoituksia on hyvä käsitellä työyhteisössä säännöllisesti. (Peltomaa 2010, 10-11.)

Haattatapahtumasta aiheutuu erilaisia seurauksia. Potilas, hoitava organisaatio, vakuutusyhtiöt ja yhteiskunta kärsivät ylimääräisistä kustannuksista haattatapahtuman sattuessa. Potilaat ja heidän läheistensä saattavat kokea luottamuksen puutetta terveydenhuoltoa kohtaan. Myös hoitohenkilökunnan jäsenet saattavat kokea syyllisyyden tunnetta haattatapahtumasta. (THL 2012 a.)

5.3 Läheltä piti -tapahtuma

Läheltä piti -tapahtuma (eng. near miss) on vaaratapahtuma, josta olisi voinut aiheutua haittaa potilaalle. Haitta pystyttiin välttämään joko sattumalta tai siksi, että se havaittiin ajoissa ja seuraukset pystyttiin estämään. (Stakes 2006.) Esimerkki läheltä piti -tilanteesta voisi olla sellainen, jossa potilas on saanut toisen potilaan lääkkeet, mutta niistä ei aiheudu hänelle haittaa. Läheltä piti -tapahtumat on syytä kirjata ja käsitellä samalla tavoin kuin haattatapahtumatkin. (THL 2012 e.)

5.4 HaiPro-raportointityökalu

HaiPro on tietotekninen raportointityökalu, jonka avulla ilmoitetaan potilasturvallisuutta koskevista vaaratapahtumista. HaiPro on käytössä kautta Suomen yli 160 sosiaali- ja terveydenhuoltoalan yksikössä. HaiPro-raportointijärjestelmän tarkoitus on kehittää yksiköiden sisäistä toimintaa. HaiPro-raportointijärjestelmä on perustettu sosiaali- ja terveysministeriön, Lääkelaitoksen sekä Valtion teknillisen tutkimuslaitoksen VTT:n rahoituksella. Myös terveydenhuollon yksiköt ovat olleet kehittämässä tätä raportointijärjestelmää. (HaiPro 2012.)

Vaaratapahtumasta ilmoittaminen on viisivaiheinen prosessi. Raportointiprosessin ensimmäinen vaihe on vaaratapahtuman tunnistaminen. Tapahtumat on luokiteltu sen perusteella, mihin terveydenhuollon toimialueeseen, tehtävään tai prosessivaiheeseen ne liittyvät. Tämä helpottaa ilmoitettavien vaaratapahtumien tunnistamista. Toisessa vaiheessa tehdään ilmoitus web-selaimella. Ilmoituslomakkeessa on valmiit vaihtoehdot, joista valitaan ilmoitettava tapahtuma. Vapaaseen tekstikenttään kirjoitetaan tapahtuman kuvaus ja mahdolliset seuraukset potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Lisäksi kuvataan tapahtuman olosuhteisiin ja syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. Kolmannessa prosessin vaiheessa ilmoitus vastaanotetaan, luokitellaan ja analysoidaan. Nämä tapahtuvat HaiPro-raportointijärjestelmässä. Ilmoituksen käsittelee yleensä osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja. Käsittelijän tehtävänä on tiivistää, analysoida ja luokitella tapahtuman syntymiseen johtaneita tekijöitä. Sekä ilmoittajan että ilmoituksen käsittelijän on hyvä pohtia, miten vaaratapahtuman toistuminen voidaan estää. Tapahtumista saatavan tiedon hyödyntäminen ja muutoksen seuranta ovat raportointiprosessin viimeiset vaiheet. Tietoa voidaan hyödyntää tekemällä välittömiä muutoksia ja korjauksia tai käsittelijä voi seurata tapahtumatyyppien yleisyyttä ja toistumista reaaliaikaisista tilastoista. Tiedon hyödyntämisen kannalta on tärkeää, että koko työyhteisö saa tietoa järjestelmään kootuista tiedoista. (Knuutila ym. 2007, 442-47.)

Vaaratapahtumien ilmoittaminen on vapaaehtoista, luottamuksellista ja syyttelemätöntä. Ilmoitus tehdään anonyyminä. Knuutilan ym. (2007) mukaan ilmoittajan hen-

kilötiedot eivät tule ilmi missään raportoinnin vaiheessa. Halutessaan ilmoittaja voi seurata HaiPro-raportointijärjestelmän kautta, mitä hänen ilmoitukselleen tapahtuu (Knuuttila ym. 2007, 43). Raportointi on nopeaa, helppoa ja järjestelmällistä, joten sen avulla käyttäjät voivat oppia ennaltaehkäisemään vaaratapahtumia. Ilmoitus ohjautuu tallentamisen jälkeen jatkokäsittelyyn yksikkökohtaiselle käsittelijälle. Ilmoituksen voi halutessaan ohjata myös ylemmälle taholle organisaatiossa, mikäli siihen on aihetta. (THL 2012 h.)

HaiPro-raportointityökalun käytössä tärkeintä on saada terveydenhuollon ammattilaiset käyttämään sitä aktiivisesti mahdollisimman matalalla kynnyksellä aina, kun vaaratapahtuma havaitaan. Pelkästään HaiPro-raportointijärjestelmän käyttäminen ei vähennä vaaratapahtumia. (Keistinen ym. 2008, 3785-3788.) Siksi vaaratapahtumailmoitukset on myös käsiteltävä ja analysoitava.

HaiPron potilasturvallisuusilmoituslomake on sähköinen lomake (Liite 1), jolla vaaratapahtumailmoitus tehdään.

6 POTILASTURVALLISUUS TUTKIMUKSEN VALOSSA

Sahlströmin ym. tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden omia näkemyksiä potilasturvallisuudesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata myös sitä, miten potilaat arvioivat potilasturvallisuutta viimeisimmällä hoitokerrallaan. Tulosten mukaan kotiutuneista potilaista 94 % piti Suomen terveyden- ja sairaanhoitoa turvallisena. 10 % vastanneista potilaista ei ollut mielestään saanut tarpeeksi tietoa erilaisista hoitovaihtoehtoista ja 15 % vastanneista potilaista kertoi, ettei saanut riittävästi tietoa hoitoon liittyvistä riskeistä. 56 % vastanneista potilaista koki, että heillä oli itsellään mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa. 90 % vastanneista potilaista arvioi potilasturvallisuuden erinomaiseksi tai erittäin hyväksi viimeisimmällä hoitokerrallaan. Joka viides potilaista kertoi, että heidän hoidossaan on joskus tapahtunut virhe, koskien esimerkiksi hoitoon pääsyä, infektioita tai lääkitystä. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että potilaiden suhtautuminen potilasturvallisuuteen ja virheiden ehkäisemiseen on myönteinen. Potilaat kuitenkin kokivat tarvitsevansa lisää tietoa ja kannustusta osallistumiseen. (Sahlström ym. 2012, 161.)

Ruuhilehto ym. (2011, 1033) ovat tutkineet, millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009. Tutkimusaineisto muodostui HaiPro-tietokantaan tehdyistä potilasturvallisuuden vaarantumisilmoituksista, joita oli 64 405. Tutkimukseen osallistui 36 käyttäjäorganisaatiota. Mukana järjestelmässä olivat lähes kaikki Suomen sairaanhoitopiirit, suurin osa yksiköistä oli erikoissairaanhoidon yksiköitä. Kaikkiaan tutkimuksessa mukana olleita yksiköitä oli 2 090, ja niissä työskentelevien ammattilaisten määrä noin 52 000. Ilmoituksista 69 % oli sairaanhoitajien tekemiä. Lääkäreiden tekemiä ilmoituksia oli 2 %. Heidän ilmoitusaktiivisuuttaan oli heikennyt kiire, muut työt ja ajan puute. 29 % ilmoituksista oli tehnyt joku muu hoitohenkilöstöön kuuluva. (Ruuhilehto ym. 2011, 1033-1038.)

Ruuhilehdon ym. tutkimuksessa suurin osa ilmoitetuista tapahtumista liittyi lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. Kirjaamis-, jako- ja antovirheet olivat yleisimmät virheet lääkitystapahtumissa. Ilmoitetuista tapahtumista 59 % oli ”tapahtui potilaalle” -

tapauksia. Ilmoituksista 41 % oli läheltä piti -tapahtumia. Suurin osa tapahtumista ei ollut aiheuttanut potilaalle haittaa tai ne oli arvioitu lieviksi. Ilmoitetuista tapahtumista 1 % oli aiheuttanut potilaalle vakavan haitan. Tapahtumista ilmoitettiin aiheutuvan haittaa myös yksikölle, jossa tapahtuma sattui. Useasti tapahtumasta oli aiheutunut lisätyötä, vähäisiä hoitotoimia tai imagohaittaa yksikölle. Haittatapahtumariskiä lisääviä ongelmia todettiin olevan kommunikoinnissa, tiedonkulussa ja toimintatavoissa. Vaaratapahtumista 56 %:ssa oli toteutettu informointi tapahtuneesta vastaavan tapahtuman toistumisen estämiseksi. Ilmoitetuista tapahtumista 17 %:ssa ilmoittaja ei kokenut yksittäisten ilmoitusten edellyttävän mitään toimenpiteitä. 7 %:ssa ilmoituksista ehdotettiin kehittämistoimia. (Ruuhilehto ym. 2011, 1035-1037.)

Ruuhilehdon ym. mukaan (2011) vaaratapahtumailmoitusten ja ilmoittavien yksiköiden lukumäärän lisääntyminen kertoo siitä, että ilmoitusten tekeminen HaiPro-järjestelmään on alkanut toimia hyvin. Tapahtumista otetaan oppia, ja yksiköiden toimintaa pystytään kehittämään sekä näin parantamaan potilasturvallisuutta. Tavoitteena on, että HaiPro-raportoinnin avulla saatavaa tietoa hyödynnetään mahdollisimman monipuolisesti koko Suomessa. (Ruuhilehto ym. 2011, 1039- 1040.)

Härkäsen ym. tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville, miten ja missä lääkehoitoprosessin vaiheessa lääkityspoikkeamat huomataan. Tutkimusaineistona tutkimuksessa käytettiin yhden yliopistosairaalan HaiPro-raportointijärjestelmästä saatuja lääkehoidon poikkeamaraportteja (n=671). 83 % lääkityspoikkeamien ilmoittajista oli sairaanhoitajia ja muita laillistettuja hoitohenkilöitä. Lääkehoidon poikkeamista viidesosa oli tapahtunut lääkehoitoa kirjatessa ja kirjauksia lukiessa. Näistä poikkeamista 45,4 % oli kirjaamisvirheitä ja 32,6 % lääkkeen antovirheitä. Potilasta lääkittäessä oli tapahtunut noin kuudesosa lääkehoidon poikkeamista. Näistä poikkeamista antovirheitä oli eniten (65,3 %). 6,3 % lääkehoidon poikkeamista oli potilaan itse huomaamia, joista jakovirheitä oli noin puolet. Härkäsen ym. mukaan lääkehoidon turvallisuuden parantuminen on tärkeää potilaiden turvallisuuden ja terveydenhuollon laadun kannalta. Lääkehoidon prosessissa myös potilaan rooli on erityisen tärkeä. Tär-

keää on, että jokaisessa lääkehoidon prosessin vaiheessa kehitetään tarkkavaisuutta, yhteistyötä ja tiedon siirtymistä. (Härkänen ym. 2012, 70.)

Liukka ym. tutkivat sitä, miten aktiivisesti henkilökunta raportoi vaaratapahtumista sekä kokevatko he saavansa riittävästi palautetta näistä raporteista. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöntekijät. Tutkimus suoritettiin verkkokyselynä kansainvälisellä mittarilla. Vastauksia tuli yhteensä 481. 92 % kyselyn vastaajista oli naisia. Sairaanhoitajia oli 51 %, perus- ja lähihoitajia 17 % sekä lääkäreitä 6 %. 49 % työskenteli vuodeosastolla. Tutkimuksen vastaajista 46 % ei ollut viimeisen vuoden aikana tehnyt yhtäkään vaaratapahtumailmoitusta. Yksi tai kaksi ilmoitusta oli tehnyt 30 % vastaajista. Yli 21 ilmoitusta vuoden aikana oli tehnyt 1,2 %. Tutkimustulosten mukaan ilmoitusaktiivisuus nousee, mikäli vaaratapahtumista tiedotetaan säännöllisesti. Vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista kertoi saavansa palautetta 28 %. Tutkijoiden mukaan työntekijät tarvitsevat enemmän kannustusta vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja myös palautteen antamista tulisi parantaa. (Liukka ym. 2012, 117.)

Koivusen ym. (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata käsityksiä hoitovirheiden ilmoittamisesta sekä syitä virheiden syntymiseen hoitohenkilöstön näkökulmasta. Tutkimus tehtiin eräässä eteläsuomalaisessa sairaalassa osana interventiotutkimusta. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkein ja kohderyhmänä olivat kyseisen sairaalan lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset (N=404). Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilöstön mielestä tärkein virheen syntymiseen vaikuttava tekijä on kiire ja henkilökunnan vähyys. Virheilmoitus täytyisi tehdä mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen. Sen henkilön, joka on huomannut virhetapahtuman tai osallistunut virhetapahtumaan, tulisi tehdä virheilmoitus. Kaikista virheistä ei kuitenkaan ilmoiteta eteenpäin. Syitä ilmoittamatta jättämiseen olivat turhautuminen sekä ilmoittamisen kokeminen aikaa vieväksi, hankalaksi ja ylimääräiseksi tehtäväksi. Reilu viidesosa kaikista ammattiryhmistä koki pelkäävänsä rangaistusta virheestä. Tutkimuksen mukaan lääkärit mieltävät ilmoituksen tekemisen enemmän sairaanhoitajan tehtäväksi. Suurin osa kaikista vastaajista piti parhaimpana ilmoittamis-

tapana sitä, että ilmoitus tehdään omalla nimellä omalle esimiehelle. Kaikista ammattiryhmistä yli puolet koki, että virheistä voi puhua työyhteisössä avoimesti ja että henkilökuntaa tuetaan virheen sattuessa. Eniten virheistä kokivat oppineensa lääkärit ja sairaanhoitajat. (Koivunen ym. 2007, 10-15.)

Härkäsen ym. (2013, 49-61) tutkimuksessa selvitettiin erikoissairaanhoidon henkilöstön kuvauksia lääkityspoikkeamista ja näkemyksiä niiden estämisestä. Tutkimusaineistona käytettiin erään yliopistollisen sairaalan HaiPro-raportointijärjestelmän kautta tehtyjä vaaratapahtumailmoituksia vuodelta 2010. Tutkimukseen otettiin mukaan vain lääkityspoikkeamia koskevat ilmoitukset. 82,6 % lääkityspoikkeamien ilmoittajista oli sairaanhoitajia tai muita laillistettuja terveydenhuollon henkilöitä. Poikkeamia oli raportoitu eniten huhtikuussa ja vähiten joulukuussa. Aamuvuoron aikana oli tapahtunut 42 % poikkeamista. 69,2 % poikkeamista oli tapahtunut potilaalle, mutta suurimmasta osasta ei ollut arvioitu aiheutuvan haittaa. Vakava haitta potilaalle oli arvioitu aiheutuvan vain kahdessa lääkityspoikkeamassa. Tutkijoiden mukaan lääkityspoikkeamien syntymistä pystytään estämään tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta lisäämällä sekä kehittämällä yhteisiä ohjeita ja hoitolinjoja. (Härkänen ym. 2013, 49-61.)

Pasternackin (2006) tekemän katsauksen mukaan hoitovirheitä sattuu kaikille, mutta suurin osa niistä olisi estettävissä. Erityisen alttiita virheille ovat monimutkaiset ja monivaiheiset toiminnot. Usein hoitovirheet johtuvat järjestelmän heikkouksista tai häiriöistä. Pasternack siteeraa Kohnin ym. (2000) Yhdysvalloissa julkaisemaa raporttia ”To Err is Human: Building A Safer Health System”, jonka mukaan virheet johtuvat yleensä järjestelmävirheistä. Raportin arvion mukaan Yhdysvalloissa kuolee hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin joka vuosi noin 44 000-98 000 ihmistä. Virheiden estäminen edellyttää läheltä piti -tapahtumien ja vahinkoihin johtaneiden tekijöiden kartoittamista ja yksityiskohtaista raportointia. Lääkehoidossa tapahtuneet vahingot ovat tavallisia, mutta usein myös selkeästi estettävissä. Pääasiassa lääkevahinkoja syntyy virheellisten lääkemääräysten ja väärän lääkkeen annon pohjalta. Lääkityksiä koskevat esitiedot ovat usein puutteellisia potilaan tullessa sairaalaan. Myös kaikilla

erikoisaloilla ja laboratoriossa sattuu virheitä ja hoitovahinkoja. Hoitovahingon voi aiheuttaa esimerkiksi sairaskertomuksen lukematta jättäminen. Hoitovahingon takana on harvoin vain yksi työntekijä. Jotta hoitovahinkoja voitaisiin estää, on tiedettävä millaisia hoitovahinkoja on sattunut ja miksi. Raportointijärjestelmät paljastavat hoidossa tapahtuneet poikkeamat ja virheet. Hoitovirheitä voidaan vähentää lisäämällä hoitohenkilökunnan tietoisuutta virheiden mahdollisuudesta. (Pasternack 2006, 2459-2470.)

Pasternackin (2006) mukaan hoitohenkilökunnan kiire, rangaistuksen pelko ja epäilyt raportoinnin hyödyllisyydestä vaikeuttavat virheiden raportointia. Raportoinnin tarkoituksena on löytää järjestelmästä parannettavissa olevat häiriöt, ei etsiä syyllistä. Virheen sattuminen potilaan hoidossa on aina järkyttävä kokemus sekä potilaalle itselleen että hoitaneelle hoitohenkilökunnalle. Potilaan luottamus hoitohenkilökuntaan säilytetään, kun vahingon uhrille kerrotaan rehellisesti ja selkeästi tapahtuneesta. Vahingon uhreille on annettava mahdollisuus kysymyksiin. Katumuksen osoittaminen ja anteeksipyyntö auttaa potilasta selviämään henkisestä tuskasta. Vaaratapahtumien avoin ja syyllistämätön käsittely olisi saatava jokaisen työyhteisön tavaksi. Kun hoitovirhe on sattunut, on kuitenkin vielä mahdollista vähentää sen aiheuttamaa haittaa oikeilla pelastavilla toimilla. Erehdysten mahdollisuutta vähentää hoito- ja tutkimuskäytäntöjen yksinkertaistaminen, tiedonkulun varmistaminen selkeillä asiakirjoilla, turhien välikäsien poistaminen ja varoitusjärjestelmien luominen. (Pasternack 2006, 2459-2470.)

Piersonin ym. (2007) Yhdysvaltojen Pohjois-Carolinassa toteuttamassa arviointitutkimuksessa 25 eri hoitokodissa otettiin käyttöön internetpohjainen raportointijärjestelmä lääkitysvirheiden kirjaamista varten. Raportointijärjestelmä oli käytössä yhden vuoden. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida raportoinjärjestelmän käyttöä ja sitä, parantaisiko se lääkitysturvallisuutta. Tutkimuksen tulosten mukaan yleisimpiä virheitä olivat antamatta jäänyt lääke (32 %), lääkkeen yliannostus (14 %), liian pieni lääkeannos (6 %), väärä potilas (6 %), väärä lääke (6 %) sekä lääkkeen väärä vahvuus (6 %). 8 %:ssa virheistä potilaalle aiheutui vakava, valvontaa vaativa haittavaikutus.

Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että raportointijärjestelmä on helppokäyttöinen ja että sen avulla voidaan ehkäistä virheiden syntymistä tulevaisuudessa.

Ruotsissa julkaistun tutkimuksen tulokset osoittavat, että 8,6 % sairaalahoidossa olleista potilaista on kokenut jonkinlaisen haittatapahtuman, josta useimmiten seurasi kuusi ylimääräistä hoitopäivää. (Himanen & Kinnunen, 2010.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvataan, millä lähestymistavalla tutkimus toteutettiin, mistä tutkimusaineisto koostui ja miten se analysoitiin.

7.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tutkimusongelmiin hankittiin vastauksia sekä kvalitatiivisen että kvantitatiivisen lähestymistavan kautta.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen keskeisin merkitys on ymmärtää tutkimusilmiötä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään luomaan teoriaa, kokonaisvaltaisuutta ja subjektiivisuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulokset ovat ainutkertaisia. Koska tässä tutkimuksessa suurimmaksi osaksi analysoitiin ilmoittajien tekemiä vaaratapahtumanilmoituksia, joissa oli vapaamuotoinen sanallinen kuvaus vaaratapahtumasta, laadullinen tutkimusmenetelmä soveltui tähän osioon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40-41, 56-57.)

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa muuttujien mittaamista tilastollisten menetelmien avulla. Perusjoukon ja otoksen määrittely sekä numeerinen mittaminen ovat tyypillisiä piirteitä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa johtopäätökset pohjautuvat aikaisempiin tutkimuksiin. Tällöin tutkimus vahvistaa teoriaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41-46.) Tämän tutkimuksen kvantitatiivisen osan perustana oli kohdeorganisaatiolta saatu koostera-portti vaaratapahtumista, josta käytettiin tämän tutkimuksen kannalta keskeisiä tietoja. Otos määräytyi automaattisesti sen mukaan, kuinka paljon vaaratapahtumailmoituksia oli tehty vuosina 2009-2011.

7.2 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen kohdeorganisaatio Vaasan sosiaali- ja terveystieteiden keskus on kuvattu luvussa 3. Tutkimusaineisto saatiin kohdeorganisaatiolta. Se käsitti 81 ilmoitusta vaaratapahtumista, jotka ovat tapahtuneet terveystieteiden keskuksessa vuosina 2009-2011. Alun perin

saatua vaaratapahtumailmoituksia oli 90, mutta ryhdyttäessä analysoimaan niitä, ilmeni, että jotkut ilmoitukset oli lähetetty kahdesti tai useammin. Kaikki vaaratapahtumailmoitukset oli ilmoitettu HaiPro-raportointityökalun kautta. Vaaratapahtumailmoitukset kopioitiin HaiPro-raportointityökalusta Word-tiedostoiksi, jotka tutkijat tallensivat sähköisesti omaksi tiedostokseen. Sähköinen käsittely ei kuitenkaan onnistunut täydellisesti vaan tekstiä käsiteltiin myös paperiversiona ja sille tehtiin osittain saksitaittoa.

7.3 Tutkimusaineiston analysointi

Kvalitatiivinen aineisto eli HaiPro-raportointityökalusta saatu tekstimateriaali analysoitiin sisällönanalyysin avulla, joka on yksi kvalitatiivisen tutkimusaineiston perusanalyysimenetelmistä. Sisällön analyysissä on tarkoitus kuvata tutkittavaa ilmiötä yleisesti sekä tiivistää aineistoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-135.) Tässä opinnäytetyössä sisällön analyysillä tarkoitetaan vaaratapahtumailmoitusten sanallista kuvaamista siitä, mitä vaaratapahtumia on tapahtunut, mitkä tekijät ovat johtaneet vaaratapahtumien syntymiseen, mitä seurauksia vaaratapahtumilla on ollut, millaisia kehittämistoimenpiteitä on ehdotettu ja millaisiin kehittämistoimenpiteisiin on ryhdytty vaaratapahtumien estämiseksi. Aineisto analysoitiin manuaalisesti.

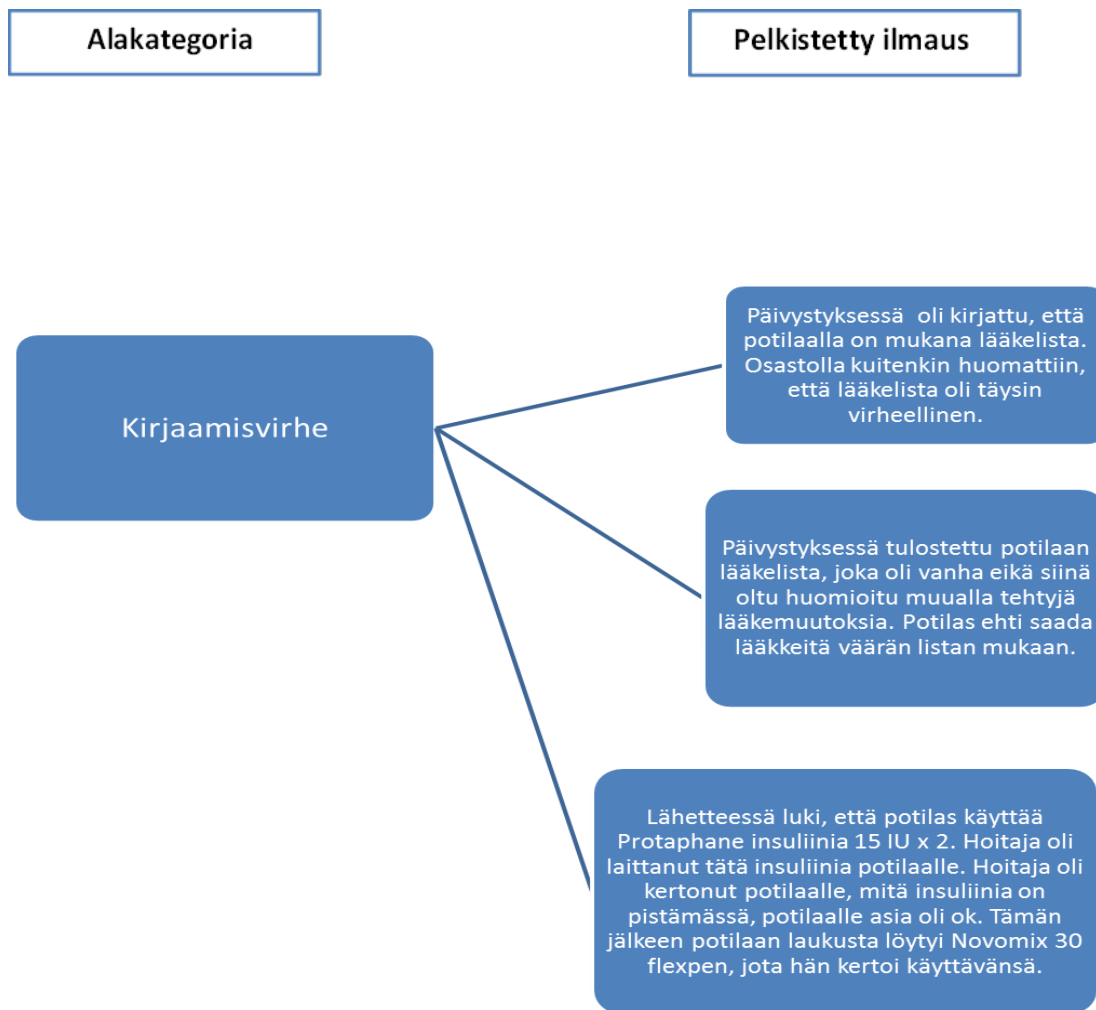
Opinnäytetyön tekijät aloittivat kvalitatiivisen aineiston analysoimisen aineiston lukemisella. Tutkimusaineistoa analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, jolloin analyysiä ei ohjannut mikään valmis teoria. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineiston kuvaamista pelkistettynä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

Pelkistämävaiheessa aineistosta haetaan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Pelkistetyt ilmaisut kirjoitetaan mahdollisimman paljon samoja termejä käyttäen. Esimerkki aineiston pelkistämisestä esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Alkuperäinen kuvaus vaaratapahtumasta	Pelkistetty ilmaus
<p><i>Lääkäri määräsi potilaalle annettavan Perfalgania iv:sti. En ollut vuoteen antanut iv:sti lääkkeitä potilaalle, joten kysyin neuvoja toisilta hoitajilta. Kaikki laitettiin valvotusti valmiiksi letkutusta lukuun ottamatta, joten oletin kaiken olevan valmiista. Yksi hoitaja valvoi kun tippaa laitoin, ja lähti asetuksen jälkeen pois. Jäin siihen sitten yksin ja huomasin, että letkuun rupesi tulemaan verta, eikä nestettä tippunut. Sen jälkeen suljin letkun ja kävin hakemassa toista hoitajaa paikalle. Vasta siinä yhteydessä huomattiin, etten ollut letkuttanut. Haimme vielä toisen hoitajan paikalle, joka irrotti letkun kanyylistä, jonka jälkeen letkusta tuli ensin veri ulos ja sen jälkeen vasta ilmakuplat. Väärinkäsitys.</i></p>	<p>Potilaalle oli määrätty iv-lääkitys. Hoitaja oli asettanut kanyylin ja laittanut tipan tippumaan, mutta unohtanut letkuttaa ensin. Kanyyli alkoi vuotaa verta ja sen jälkeen ilmakuplat tulivat pois.</p>
<p><i>Potilaan virtsantulo heikkoa, lääkärin ohjeen mukaan potilaalle tuli laittaa kestopatetri. Puhdistuksen ja puuduttamisen jälkeen, katetri Rush nro.14 meni normaalisti rakkoon, letkuun tuli noin 20 cm virtsaa. Palonkiin 8ml NaCl, hieman hankalasti meni, hieman katetria liikuttaessa palonki täyttyi esteettä. Virtsantulo lakkasi, lääkäri kävi paikalla, peniksen päästä jonkin verran veren vuotoa, joka lakkasi itsestään. Lääkäri lähetti potilaan VKS:saan, josta hoitaja soitti, ja kertoi, että katetri siellä poistettu, jolloin potilas vuotanut peniksen päästä, ja palonki olisi meillä täytetty meillä väärässä kohdin, joten potilaalle aiheutuu lisätutkimuksia. Jonkin aikaa siitä kun hoitaja laittanut katetria.</i></p>	<p>Potilaalle laitettu kestopatetri heikon virtsan tulon vuoksi. Palonki täyttyi esteettä, mutta sen jälkeen virtsan tulo lakkasi ja peniksen päästä tuli verenvuotoa. Potilas lähetettiin VKS:aan, jossa katetri poistettu ja huomattu, että palonki oli täytetty väärässä kohdin. Potilaalle aiheutui lisätutkimuksia tapahtuneesta.</p>

Ryhmittelyvaiheessa käsitellään pelkistettyjä ilmaisuja, joista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samanlaiset ilmaisut yhdistetään saman kategorian alle ja abstrahointivaiheessa kategoria nimetään niin, että se kuvaa sen sisältöä mahdollisimman hyvin. Abstrahointivaiheessa on tarkoitus muodostaa kuvaus tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. Saman sisältöiset kategoriat yhdistetään ja muodostetaan yläkategoria. Yläkategoria kuvaa niitä alakategorioita, joista se on muodostunut. Yläkategorian nimetään niin, että nimi kuvaa kaikkia sen alakategorioita. Kategorioita yhdistetään niin paljon kuin se on mahdollista ja järkevää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 1-7.) Kuviossa 3 esitetään esimerkki analyysissa tehdystä ryhmittelystä ja abstrahoinnista. Muut vastaavat analyysit on kuvattu liitteissä 2-15.



Kuvio 3. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ja abstrahoinnista: Miten alakategoria ”kirjaamisvirhe” muodostettiin.

Tulosten raportoinnissa laskettiin, kuinka monen vaaratapahtumailmoituksen ilmauksista kukin luokka muodostui. Tämä merkittiin luokkien nimen jälkeen sulkeisiin f-merkillä (frekvenssi). Raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia, jotta lukijat saavat paremman kuvan tuloksista. Tämä tehtiin tutkimusongelmien 2-5 tulosten raportoinnissa. Tutkimusongelma 1. tulosten raportoinnissa se ei ollut mielekäs, koska aineistoa oli kuvattu runsaasti liitteissä 1-15.

Tutkijat eivät analysoineet itse kvantitatiivista aineistoa, vaan analyysi saatiin valmiina HaiPro-raportointityökalusta. Analyysin teki Vaasan sosiaali- ja terveystieteiden edustaja. Analyysi on tehty 90 vaaratapahtumailmoituksen aineistosta, sillä analyysin tekijä ei tiennyt, että jotkut ilmoitukset olivat tallennettu kahdesti tai useammin. Tämä heikentää jonkin verran tulosten tarkkuutta. Kuitenkin tutkijat laskivat itse manuaalisesti kvalitatiivisen aineiston analyysissä tuotettujen pääkategorioiden prosentiosuudet. Ne laskettiin luvusta 81.

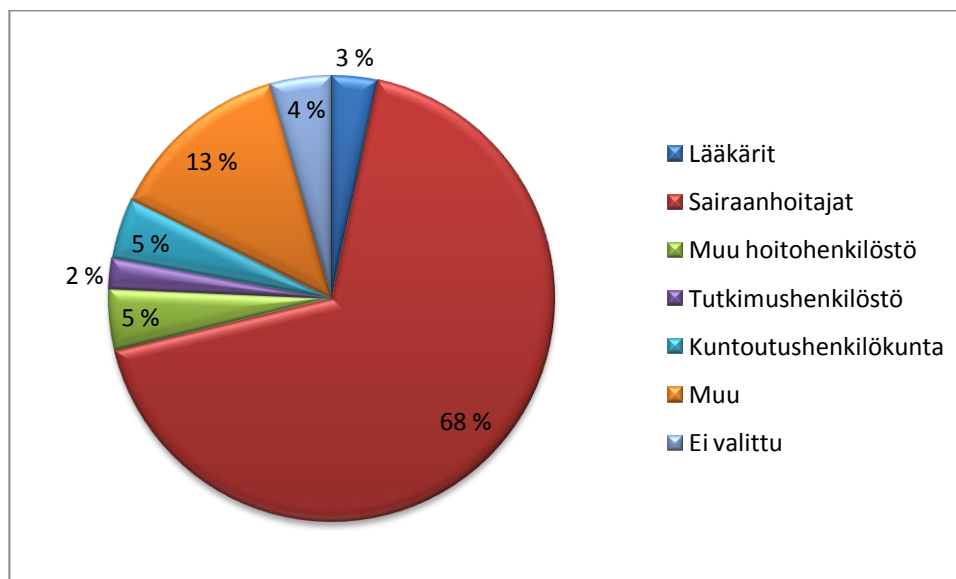
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset esitetään seuraavassa tutkimusongelmittain.

8.1 Vaaratapahtumien kuvaus Vaasan sosiaali- ja terveystaloudissa vuosina 2009-2011

Vuosina 2009-2011 Vaasan sosiaali- ja terveystaloudissa oli tehty 81 vaaratapahtumailmoitusta. Kuviossa 4 esitetään vaaratapahtumista ilmoittaneiden ammattiryhmä. Eniten ilmoituksia sattuneista vaaratapahtumista olivat tehneet sairaanhoitajat.

Vaaratapahtumista 34,4 % (n=90) oli tapahtunut vastaanotto-, toimenpide- tai tutkimushuoneessa. Eniten vaaratapahtumia oli sattunut maanantaisin (16,7 %) ja torstaisin (16,7 %). Vähiten vaaratapahtumia oli tapahtunut sunnuntaisin (10 %). Muiden viikonpäivien osuudet olivat seuraavat: tiistai 12,2 %, keskiviikko 15,6 %, perjantai 13,3 % ja lauantai 12,2 %.



Kuvio 4. Ilmoittajan ammattiryhmä. (n=90)

Kaikista 90 vaaratapahtumailmoituksesta läheltä piti -tapahtumia oli 33 kappaletta (36,7 %) ja potilaalle tapahtuneita haittatapahtumia 57 kappaletta (63,3 %). Kuvailtaessa laadullisesti vaaratapahtumien sisältöä muodostettiin sisällön analyysin avulla kuusi yläkategoriaa: lääkehoitoon, tiedonkulkuun ja -hallintaan, läheteisiin, laiteturvallisuuteen, hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen sekä tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumat. Taulukossa 2 esitetään analyysissä tuotetut ylä- ja alakategoriat. Liitteissä 2-15 esitetään, miten kuhunkin yläkategoriaan liittyvät alakategoriat on muodostettu. Niukan aineiston vuoksi kahteen yläkategoriaan ei muodostunut erillisiä alakategorioita, vaan tulokset kuvataan pelkkänä yhtenä yläkategoriana.

Taulukko 2. Vaaratapahtumien luokittelu ylä- ja alakategorioihin.

Yläkategoria	Alakategoria
Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Väärä potilas ➤ Väärä lääkitys ➤ Väärä antotapa ➤ Määräysvirhe ➤ Lääkkeen säilytysvirhe ➤ Liian suuri annos ➤ Lääke aloitettu ilman tarvittavien tutkimusten ottamista ➤ Lääkkeen antovirhe ➤ Kirjaamisvirhe
Tiedon kulkuun ja -hallintaan liittyvä vaaratapahtumat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kommunikaatio-ongelmia kielellisessä ilmaisussa ➤ Tietoja annettu väärälle potilaalle ➤ Asianmukainen hoitohenkilökunta ei ollut paikalla ➤ Henkilötietojen puuttuminen ➤ Henkilötunnuksen virheellisyys ➤ Tiedonkulun katkos ➤ Laboratoriotutkimuksiin liittyvät tiedonkulun virheet
Lähetteisiin liittyvät vaaratapahtumat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lähetteiden virheellisyys ➤ Lähetteiden katoaminen
Laiteturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat	-
Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hoidon tarpeen arviointiin liittyvät virheet ➤ Erikoissairaanhoidon tarpeessa olevat potilaat eivät olleet erikoissairaanhoidossa ➤ Hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyvät virheet
Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumat	-

HaiPro-raportointityökalun kautta oli tehty neljä vaaratapahtumailmoitusta (n=81), jotka eivät olleet oikeita vaaratapahtumia. Vaaratapahtumailmoitus oli tehty esimerkiksi siksi, että yksikköön haluttiin saada selkeitä ohjeita toimintatavoista. Nämä ilmoitukset on kuvattu liitteessä 16.

Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien osuus oli 26 % kaikista ilmoitetuista vaaratapahtumista (n=81). Lääkehoitoon liittyviä vaaratapahtumia olivat väärä potilas, väärä lääkitys, väärä antotapa, määräysvirhe, lääkkeen säilytysvirhe, liian suuri annos, lääke aloitettu ilman tarvittavien tutkimusten ottamista, lääkkeen antovirhe ja kirjaamisvirhe.

Väärään potilaaseen liittyvissä vaaratapahtumissa (f=3) lääke oli annettu väärälle potilaalle. Syinä tähän olivat kahden eri potilaan sama sukunimi sekä syntymäaikojen samankaltaisuus. Väärään lääkkeeseen liittyvässä vaaratapahtumassa (f=1) potilas oli saanut väärän lääkelistan mukaista lääkitystä. Väärään antotapaan liittyvässä vaaratapahtumailmoituksessa (f=1) potilas sai lääkkeen suonensisäisesti, vaikka se olisi pitänyt saada lihaksensisäisesti. Eniten oli ilmoitettu lääkkeen määräysvirheestä (f=6), jossa lääkäri oli määrännyt potilaalle väärää lääkettä tai rokotetta. Lääkkeen säilytykseen liittyvässä vaaratapahtumailmoituksessa (f=1) rokote oli jäänyt, koska se oli säilytetty väärin jääkaapissa. Potilas sai jäätynyttä rokotetta. Lääkkeen liian suureen annokseen liittyvissä vaaratapahtumissa (f=3) lääkettä tai rokotetta oli annettu potilaalle liikaa. Lääkkeen aloittaminen ilman tarvittavia tutkimuksia (f=2) käsitti vaaratapahtumat, joissa potilaalle oli aloitettu suonensisäinen antibiootti tai kipulääkitys ilman veriviljelyiden ottamista. Lääkkeen antovirheeseen liittyvässä vaaratapahtumassa (f=1) potilas sai letkuttamatonta suonensisäistä lääkitystä, jolloin potilaan suoneen meni ilmaa. Kirjaamisvirheisiin liittyvissä vaaratapahtumailmoituksissa (f=3) lääkelistat olivat virheellisiä tai vanhentuneita, minkä seurauksena potilaat saivat väärää lääkitystä. (Liitteet 2-6.)

Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat

Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvien vaaratapahtumien osuus oli 26 % kaikista ilmoitetuista vaaratapahtumista (n=81). Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyviä vaaratapahtumia olivat kommunikaatio-ongelmat kielellisessä ilmaisussa, tietojen antaminen väärälle potilaalle, asianmukaisen hoitohenkilökunnan puuttuminen, henkilötietojen

puuttuminen, henkilötunnuksen virheellisyys, tiedonkulun katkos, laboratoriotutkimuksiin liittyvät tiedonkulun virheet, läheteiden virheellisyys sekä läheteiden katoaminen.

Kielellisen ilmaisun kommunikaatio-ongelmissa (f=2) toisessa tapauksessa lähetettä ei ollut saneltu potilaan äidinkielellä, vaikka sitä oli erikseen pyydetty. Toisessa hoitohenkilökunnalla oli hankaluuksia toisen kotimaisen kielen hallitsemisessa, mikä vaikeutti potilaan hoitamista. Tietojen antaminen väärälle potilaalle (f=2) johtui siitä, että molemmissa tapauksissa kahdella potilaalla oli sama sukunimi, minkä vuoksi toisessa tapauksessa potilas sai toisen potilaan reseptin sekä toisessa tapauksessa potilaalle kerrottiin toisen potilaan tutkimustulos. Vaaratapahtumista, joissa asianmukainen hoitohenkilökunta ei ollut paikalla (f=2), toinen liittyi siihen, että lääkäri ei ollut paikalla, vaikka olisi pitänyt. Toisessa tapauksessa ambulanssihenkilökunta oli lähtenyt liian aikaisin potilaan luota. Henkilötietojen puuttuminen (f=3) liittyi tapauksiin, joissa potilaan näytteenottoastioissa ei ollut potilaan nimeä tai henkilötunnusta. Henkilötunnuksen virheellisyyteen (f=5) liittyvissä tapauksissa henkilötunnus oli jonkun toisen, se oli väliaikainen tai potilaalla oli useampi henkilötunnus voimassa. Tiedonkulun katkoksesta (f=4) aiheutuviissa tapahtumissa potilaan tutkimus jäi ottamatta, koska tieto tarvittavasta tutkimuksesta ei ollut mennyt perille. Kolmessa tapauksessa eristystä ei pystytty järjestämään tiedonkulun puutteellisuuden vuoksi. Laboratoriotutkimuksiin liittyvissä virheissä (f=3) yhdessä näytettä oli liikaa näytteenottoastiossa, minkä vuoksi tutkimusta ei voitu tehdä. Muissa tapauksissa lääkäri oli antanut potilaalle väärän laboratoriovastauksen tai potilaalle oli tilattu vääränlainen viljelynäytteestä. (Liitteet 7-9.)

Lähetteisiin liittyvät vaaratapahtumat

Lähetteisiin liittyvissä vaaratapahtumissa läheteet olivat joko virheellisiä tai ne katosivat. Lähetteisiin liittyvien vaaratapahtumien osuus kaikista vaaratapahtumista oli 10 % (n=81).

Lähetteen virheellisyteen liittyvissä vaaratapahtumissa (f=2) läheteessä oli puutteelliset tiedot tai läheteen tiedot olivat liian vanhoja. Lähetteen katoamiseen (f=6) liittyvissä tapauksissa lähete ei ollut mennyt perille vastaanottajalle tai lähete oli laitettu vahingossa reseptien joukkoon. (Liite 10.)

Laiteturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat

Laiteturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien osuus kaikista vaaratapahtumista oli 3,7 % (n=81). Tämä oli yläkategoria, jolle aineiston niukkuuden vuoksi ei muodostunut alakategorioita. Laiteturvallisuuden vaaratapahtumat liittyivät (f=3) kalibroimattomaan tai epästeriiliin laitteeseen tai fysioterapia-altaassa olevaan kuluneeseen ja liukkaaseen ramppiin. (Liite 11.)

Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat

Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvien vaaratapahtumien osuus oli 18,5 % kaikista vaaratapahtumista (n=81). Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat olivat hoidon tarpeen arviointiin liittyviä virheitä, tilanteita, joissa erikoissairaanhoidon tarpeessa olevat potilaat eivät olleet erikoissairaanhoidossa sekä hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyviä virheitä.

Hoidon tarpeen arviointiin (f=7) liittyvät vaaratapahtumat olivat lääkärin tai hoitajan tekemiä virheellisiä arvioita potilaan tarvitsemasta hoidosta. Potilaan oireita ei huomattu tai niitä ei otettu vakavasti. Tilanteet, joissa erikoissairaanhoidon tarpeessa olevat potilaat eivät olleet erikoissairaanhoidossa (f=5) johtivat siihen että, potilaat eivät saaneet asianmukaista hoitoa. Näissä vaaratapahtumissa potilaan olisi pitänyt saada hoitoa heti erikoissairaanhoidossa. Hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyvissä virheissä (f=3) potilaalle tehty hoitotoimenpide oli suoritettu väärin tai hoitamiseen tarvittavat välineet eivät olleet puhtaita. (Liitteet 12-14.)

Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumat

Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvien vaaratapahtumien osuus oli 11 % kaikista vaaratapahtumista (n=81). Tämä oli yläkategoria, jolle aineiston niukkuuden vuoksi ei muodostunut alakategorioita. Tapaturmat ja onnettomuudet (f=9) olivat kaikki potilaan kaatumistapauksia. Suurin osa (f=6) kaatumisista tapahtui fysioterapiassa tai kuntoutusryhmässä. Muut tapaturmat ja onnettomuudet tapahtuivat potilashuoneessa (f=2) sekä röntgenhuoneessa (f=1). (Liite 15.)

8.2 Vaaratapahtumien syyt

Tässä luvussa kuvataan vaaratapahtumien sanallisten kuvausten analyysistä muodostettuja vaaratapahtumien syntyyn johtavia syitä. Kaikissa ilmoituksissa ei ollut kuvailtu vaaratapahtuman syitä.

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien syyt

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien syntyyn olivat vaikuttaneet huolimattomuus lääkkeen määräämisessä (f=6), lääkkeenjaossa (f=1) tai lääkkeen antamisessa potilaalle (f=6). Potilaat olivat saaneet väärää lääkitystä tai annostusta, koska lääkelistat olivat päivittämättömiä (f=3), niihin ei ollut tehty tarvittavia muutoksia (f=1) tai potilaan henkilöllisyys oli sekoitettu toisen potilaan henkilöllisyyteen (f=2). Lääkärin ja hoitajan välisen kommunikaatiokatkoksen (f=1) vuoksi potilas sai lääkkeen suonensisäisen sijaan lihaksensisäisesti. Yhdessä vaaratapahtumista tapahtui virhe, koska lääkityksen antanut hoitaja oli kokematon laittamaan suonensisäistä lääkitystä, eikä infuusioletkun täyttöä tarkistettu ennen lääkkeen antoa. Seuraavassa esitetään esimerkki yhdestä ilmoituksesta:

”... Apteekista annettu aikuisten Ticovac ruisku. Hoitajana epähuomiossa annoin koko aikuisten annoksen, 0,5ml, vaikka 11-vuotiaalle pojalle riittää Ticovac junior 0,25ml. ...”

Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvien vaaratapahtumien syyt

Tiedonkulunkatkos hoitajan ja lääkärin välillä oli yksi tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvien vaaratapahtumien syistä. Hoidon viivästyminen johtavia syitä oli tietojen antaminen väärälle potilaalle (f=2). Myös kommunikaatio-ongelmat toisella kotimaisella kielellä hankaloittivat potilaan hoitoa (f=2), koska hoitohenkilökunta ja potilas eivät ymmärtäneet toisiaan. Tiedonkulun puutteen tai katkoksen (f=3) takia potilaille ei tiedetty järjestää eristystä osastoilla. Potilaan väärän henkilötunnuksen (f=4) vuoksi lähetteen käsittely ei toiminut, kuten olisi pitänyt. Yhdessä vaaratapahtumailmoituksessa potilasta oli ohjeistettu puutteellisesti laboratorionäytteiden ottamisesta. Lääkäri oli kertonut potilaalle väärän laboratoriotuloksen huolimattomuuden takia. Kahdessa vaaratapahtumailmoituksessa syynä oli asianmukaisen hoitohenkilökunnan puuttuminen, koska lääkäreitä ei ollut informoitu, että potilaita oli vielä hoidettavana. Seuraavassa esitetään sitaatteja ilmoituksista:

”...Ilmeisesti tiedonkulku on katkennut jossain vaiheessa kun potilas on käynyt lääkärillä, joka määrännyt lääkitystä sekä kontrollikokeita. Onko jatkot jääneet ilmoittamatta hoitajalle? Jonka tehtäviin olisi kuulunut välittää tietoa edelleen ulkomaalaistoimiston työntekijälle, joka ohjaa potilasta. Saattaa olla että hoitajalta-hoitajalle tehtävän siirto on ollut myös puutteellista.”

”... Jostain käsittämättömästä syystä koepalapurkkiin ei tullut henkilötietoja. Ehkä siitä, että oli kaksi hoitajaa työskentelemässä yhdessä, oli enemmän haittaa kuin hyötyä. Tehtävä- ja vastuujaako sekoittui, vaikka tarkoitus oli, että sijaiseksi tullut olisi ”päässyt helpommin sisään” ... Todella paha sattuma oli se, että nämä luomenpoistot sattuivat päällekkäin ja molemmissa purkki jäi merkitsemättä. Tätä ei yleensä tapahdu.”

Läheteisiin liittyvien vaaratapahtumien syyt

Yhtenä syynä lähetteen virheellisyyteen oli lähetteen puutteellinen täyttö potilastietoihin (f=2). Yhdessä vaaratapahtumailmoituksessa lähete oli laitettu reseptilaatikkoon, minkä vuoksi lähete oli kadoksissa. Muissa (f=5) läheteisiin liittyvissä vaaratapahtumailmoituksissa ei kuvattu vaaratapahtumien syntymiseen johtavia syitä.

Laiteturvallisuuden liittyvien vaaratapahtumien syyt

Laiteturvallisuuden liittyvien vaaratapahtumien syitä olivat, että laite oli epäkunnossa (f=1) tai uima-altaan ramppi oli kulunut ja liukas (f=1). Yhdessä vaaratapahtumassa pika-hemoglobiini mittari oli kalibroimaton ja antoi väärän tuloksen ja yhdessä juurihoitotarjottimessa olleet indikaattorit eivät olleet vaihtaneet väriä, minkä osoitti sen, että instrumentit olivat epästeriilejä.

Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvien vaaratapahtumien syyt

Hoidon tarpeen arviointiin liittyvissä virheissä syynä oli se, että lääkäri ei pitänyt potilaiden oireita vakavina (f=3) tai kiireen (f=1) takia lääkäri ei ehtinyt ottaa potilasta hoidettavakseen. Vaaratapahtumien syinä olivat myös se, että hoitohenkilökunta ei huomannut potilaan näkyviä oireita (f=1) sekä hoitajan olettamus siitä, että hoito oli jo järjestetty (f=2). Syynä siihen, miksi potilaita ei lähetetty erikoissairaanhoidon, oli lääkärin arviointivirhe potilaan erikoissairaanhoidon tarpeesta (f=4). Hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyvien vaaratapahtumien syynä oli, että hoitotoimenpide oli tehty väärin (f=2).

Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvien vaaratapahtumien syyt

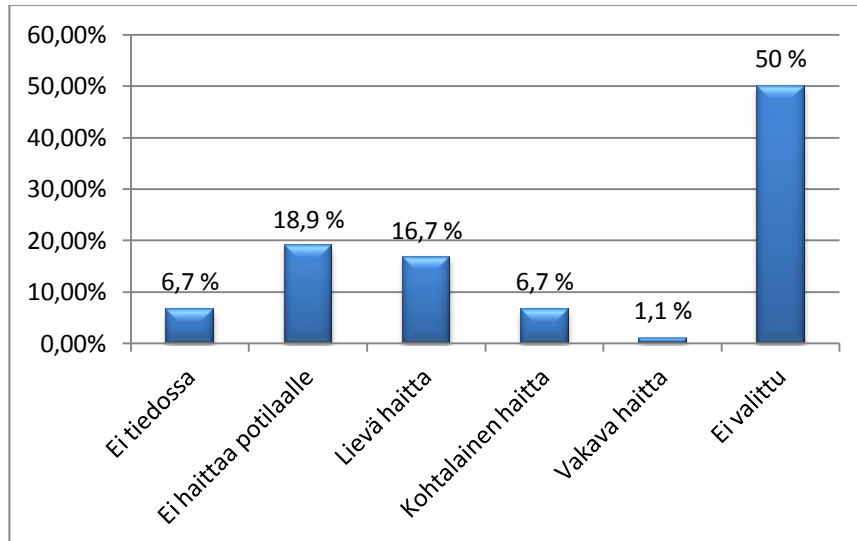
Tapaturmat ja onnettomuudet olivat potilaiden kaatumistapauksia. Kaatumiseen johtavia syitä olivat tasapainon pettäminen (f=2), jalan huono asento (f=1), potilaan huimaus (f=1) ja tuolin etäisyyden arviointivirhe istuutuessa (f=1). Yhden vaaratapahtuman syyksi arvioitiin kuntosalin ahtaus ja ohjaajien vähyys. Seuraavassa esitetään sitaatteja ilmoituksista:

”... Potilas arvioi tuolin etäisyyden väärin ja istuutui virheellisesti.”

”...Harjoittelussa käytetty kuntosali on liian ahdas. Asiakkaat ovat niin huonokuntoisia, että ohjaajia tarvittaisiin enemmän, mutta tilanpuutteen ja resurssien vuoksi tämä ei ole mahdollista. Lisäksi asiakas oli myöhässä harjoittelusta, minkä vuoksi asiakas vaikutti stressaantuneelta.”

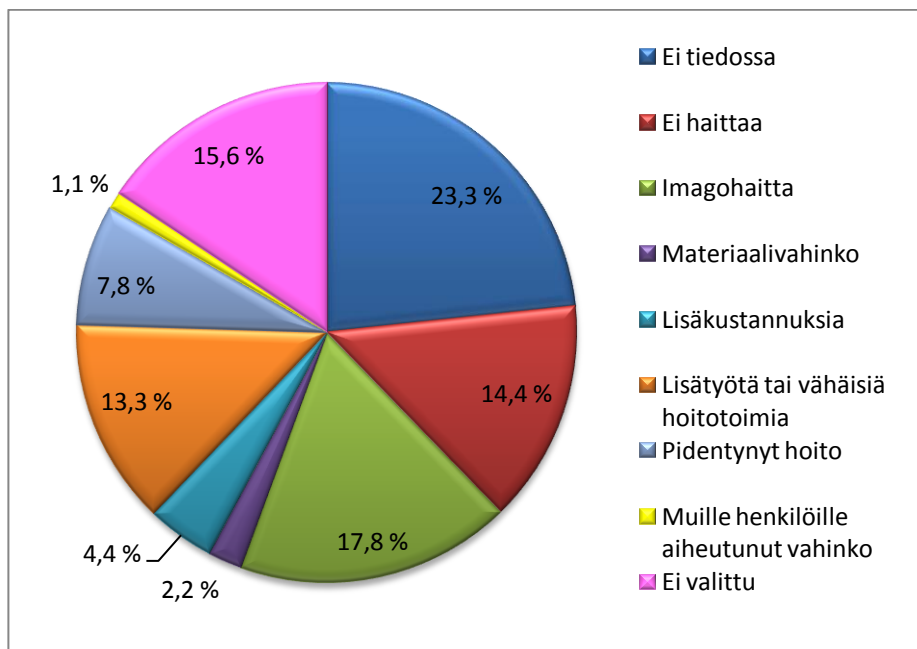
8.3 Vaaratapahtumien seuraukset

Kaikissa ilmoitetuissa vaaratapahtumissa ei ollut kuvailtu vaaratapahtuman seurauksia. Puolet vaaratapahtumailmoituksista oli sellaisia, joiden tekijä ei ollut ilmoittanut HaiPro-ilmoitusta tehdessään, aiheutuiko potilaalle haittaa vaaratapahtumasta tai ilmoittajan tiedossa ei silloin ollut, aiheutuiko potilaalle haittaa. Kuviossa 5 esitetään, minkä asteisia seurauksia potilaalle oli aiheutunut vaaratapahtumasta. Suurimmassa osassa ei aiheutunut potilaalle haittaa (18,9 %) tai haitta oli lievä (16,7 %). Kuitenkin puolet ilmoituksista oli sellaisia, joissa tätä tietoa ei ollut annettu.



Kuvio 5. Ilmoitettujen vaaratapahtumien seuraukset potilaalle. (n=90)

Vaaratapahtumien seuraukset hoitavalle yksikölle on esitetty kuviossa 6. Suurimmas-
sa osassa seuraus hoitavalle yksikölle oli ollut imagohaitta.



Kuvio 6. Ilmoitettujen vaaratapahtumien seuraukset hoitavalle yksikölle. (n=90)

Seuraavassa tarkastellaan sanallisten kuvausten analyysissä löydettyjä vaaratapahtumien seurauksia. Näitä olivat lääkehoitoon, tiedonkulkuun ja -hallintaan, läheteisiin, laiteturvallisuuteen, hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen sekä tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumat.

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien seuraukset

Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien yleisin seuraus oli, että potilas sai väärää lääkettä tai väärän lääkeannostuksen (f=15). Väärästä lääkkeestä tai liian suuresta tai pienestä annoksesta seurasi potilaalle sivuvaikutuksia (f=3), esimerkiksi verenhyytymisarvon (INR) laskua tai nousua. Lääkäri oli määrännyt lääkkeen, joka aiheutti samanaikaisesti käytettynä toisen lääkkeen kanssa interaktion, josta potilaalle aiheutui kohtalaista haittaa (f=1). Virheellisistä lääkemääräyksistä aiheutui myös vakava allerginen reaktio potilaalle (f=1). Kaikista virheellisistä lääkemääräyksistä ei kuitenkaan aiheutunut haittaa potilaille. Seuraavassa esitetään sitaatti yhdestä ilmoituksesta:

”... Potilas saanut turhan paljon lääkettä, joka aiheuttanut sivuvaikutuksia hänelle.”

Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvien vaaratapahtumien seuraukset

Tiedonkulunkatkoksen seurauksena potilaan hoito ei onnistunut toivotulla tavalla tai potilaan hoito viivästyi (f=3). Tiedonkulunpuutteen tai -katkoksen takia potilaiden ja hoitohenkilökunnan terveys vaarantui, koska eristyspotilaita ei hoidettu asianmukaisesti (f=3). Henkilötunnuksen virheellisyys aiheutti sen, että potilasta hoidettiin vääränä henkilönä (f=3). Yhdessä vaaratapahtumailmoituksessa laboratoriotutkimuksiin liittyvän tiedonkulun virheen seurauksena potilas otti näytteen väärin, eikä näytettä voitu tutkia. Potilas joutui ottamaan näytteet uudelleen, mikä aiheutti hänelle ylimääräistä työtä. Nimettömistä laboratorionäytepurkeista ei kyetty tekemään viljelyitä tai tutkimuksia, mikä aiheutti lisätyötä sekä potilaalle että hoitavalle yksikölle (f=4). Potilas huolestui omasta terveydestään, koska lääkäri oli kertonut hänelle väärän laboratoriotuloksen (f=1). Potilaiden hoidon turvallisuus vaarantui asianmukaisen hoitohenkilökunnan puuttumisen seurauksena (f=2). Tapauksissa ei aiheutunut haittaa potilaille, mutta haittatapahtuman sattumisen riski oli tällöin suurempi.

Lähetteisiiin liittyvien vaaratapahtumien seuraukset

Lähetteidien katoamisen tai virheellisyyden seurauksena potilaat eivät päässeet tarvittaviin tutkimuksiin tai erikoissairaanhoidon, mikä aiheutti hoidon viivästymistä (f=4).

Laiteturvallisuuden liittyvien vaaratapahtumien seuraukset

Laiteturvallisuuden liittyvän vaaratapahtuman seurauksena oli potilaan liukastuminen (f=1). Yhdessä vaaratapahtumailmoituksessa epäkunnossa ollut mittari antoi väärän tuloksen, mikä aiheutti lisätutkimuksia potilaalle. Epästeriili laite aiheutti läheältä piti -tilanteen (f=1). Tapahtuma huomattiin ajoissa, jolloin siitä ei ehtinyt aiheutua haittaa potilaalle.

Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvien vaaratapahtumien seuraukset

Hoidon tarpeen arviointiin liittyvien vaaratapahtumien seurauksena oli potilaan yleisvoinnin romahtaminen (f=1), hoidon viivästyminen (f=7) ja lisätutkimukset (f=2). Pahimmassa tapauksessa seurauksena oli potilaan itsemurha (f=1). Hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyvien vaaratapahtumien seurauksena potilaan toipuminen toimenpiteestä hidastui (f=1). Koska likaisia tavaroita oli laitettu puhtaiden välineiden joukkoon, seurauksena oli, että hoitotoimenpiteissä käytettiin likaisia välineitä (f=1).

Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvien vaaratapahtumien seuraukset

Tapaturmien ja onnettomuuksien seurauksena oli yleensä potilaan kaatuminen (f=7). Yhdessä kaatumistapauksessa potilaan jalka murtui, muista kaatumisista ei aiheutunut vammoja potilaille.

8.4 Ilmoittajien tekemät ehdotukset kehittämistoimenpiteiksi

Vaaratapahtumailmoitusten tekijöistä 66,7 % (n=81) oli ehdottanut jatko- tai kehittämistoimenpidettä vaaratapahtuman ehkäisemiseksi. Yhdessä vaaratapahtumailmoituksessa saattoi olla useampia kehittämisehdotuksia. 23,5 %:ssa (n=81) vaaratapahtumailmoituksissa ilmoittaja ei ollut ehdottanut mitään kehittämistoimenpidettä. 9,9 %:ssa (n=81) vaaratapahtumailmoituksista oli kirjoitettu jotain kehittämistoimenpidettä, mutta ne eivät olleet varsinaisia kehittämisehdotuksia.

Vaaratapahtumien sanallisten kuvailujen analyysissä muodostui 25 luokkaa. Yleisin ehdotettu kehittämistoimenpide oli huolellisuuden lisääminen (f=8). Seuraavassa esitetään sitaatteja tehdyistä ilmoituksista:

”Lääkettä määrättäessä on aiheellista selvittää myös muu lääkitys ja niiden interaktiot.”

”Huolellisuus. Tapahtuneesta informoitu henkilökuntaa ja jääkaapin oveen on laitettu muistutus lääkkeiden oikeasta sijoittamisesta jääkaappiin.”

Vaaratapahtumien ilmoittajat ehdottivat kehittämistoimenpiteiksi myös parempaa informointia (f=7), potilaan tilan ja voinnin tarkempaa arviointia (f=6), asioiden tarkistamista (f=6), parempaa tarkkaavaisuutta (f=5), asioista muistuttamista (f=4), selkeämpiä toimintaohjeita (f=3), henkilökunnan lisäämistä (f=3), rauhallisempaa työympäristöä (f=3), henkilökunnan perehdyttämistä ja kouluttamista (f=3), potilaan henkilöllisyyden tarkistamista ja potilaan oikean henkilötunnuksen käyttöä (f=3). Seuraavassa esitetään sitaatteja tehdyistä toimenpide-ehdotuksista:

”Tarkistettava henkilöllisyys”

”Lääkereseptin kohdistaessa aina katsottava että potilaan nimi, syntymäaika ja lääke ovat oikein ennen kuin kohdistaa reseptin eteenpäin lääkärille.”

”Työrauhan merkitys on suuri. INR-vastausten kerääminen pitäisi tapahtua rauhallisessa työhuoneessa, ei levottomassa kansliassa. Tähän yritetty järjestää hoitajille mahdollisuus ja sen tärkeyttä korostettu jatkuvasti. Huolellisuus! Nyt punakynällä Huomio-merkintä molemmissa korteissa.”

Kehittämistoimenpiteiksi ehdotettiin myös potilaan kokonaisvaltaista huomioimista (f=2), laitteiden huoltoa (f=2) sekä parempia hoitotiloja ja -välineitä (f=2). Seuraavassa esitetään sitaatti esimerkkinä ilmoituksesta:

”Altaaseen johtavan luiskan pinta kulunut ja liukas. Olen ilmoittanut tapahuneesta talotoimen henkilölle ja hän on tehnyt työilmoituksen liukkaan liuskan päällystämisestä.”

Kehittämistoimenpiteiksi ehdotettiin myös potilaan tarkempia tutkimuksia (f=1), ohjeiden tarkempaa lukemista (f=1), selkeämpiä vastuualueita (f=1), molempien kotimaisten kielten hallitsemista (f=1), potilasohjauksen lisäämistä (f=1), tiedonkulun parantamista (f=1), tarkempaa kirjaamista (f=1), hoitoketjun suunnittelukokousta (f=1), potilaan mukana olevien viestien huomioimista (f=1), selkeämpiä merkintöjä (f=1) sekä oikean hoitotoimenpiteen toteuttamista (f=1). Seuraavat sitaatit ovat esimerkkeinä tehdyistä kehittämistoimenpide-ehdotuksista:

”Ambulanssihenkilökunnan (ainakin jommankumman) tulisi osata molempia kotimaisia kieliä!”

”Lisää potilasohjausta myös suullisesti kirjallisten ohjeiden lisäksi!”

”Tilanteet olisi kenties vältetty, jollei haavoja olisi ommeltu. Ompelun jälkeen onkaloon vuotanut verta, tulehdusvaara! Jos haavat olisi jätetty auki, ja hoidettu pohjalta ylöspäin kiinni, näin ei ehkä olisi käynyt.”

8.5 Yksiköiden tekemät kehittämistoimenpiteet vaaratapahtumailmoitusten perusteella

Osastonhoitajista tai muista vaaratapahtumailmoituksista vastaavista henkilöistä 82,7 % (n=81) oli tehnyt kehittämistoimenpide-ehdotuksen, jolla vastaavanlainen vaaratapahtuma voitaisiin välttää. Eniten kehittämistoimenpiteeksi oli ehdotettu informointia ja keskustelua tapahtuneesta (f=58). Kuviossa 7 esitetään toimenpide-ehdotuksia vastaavanlaisten vaaratapahtumien estämiseksi. Seuraavassa esitetään sitaatteja ehdotuksista:

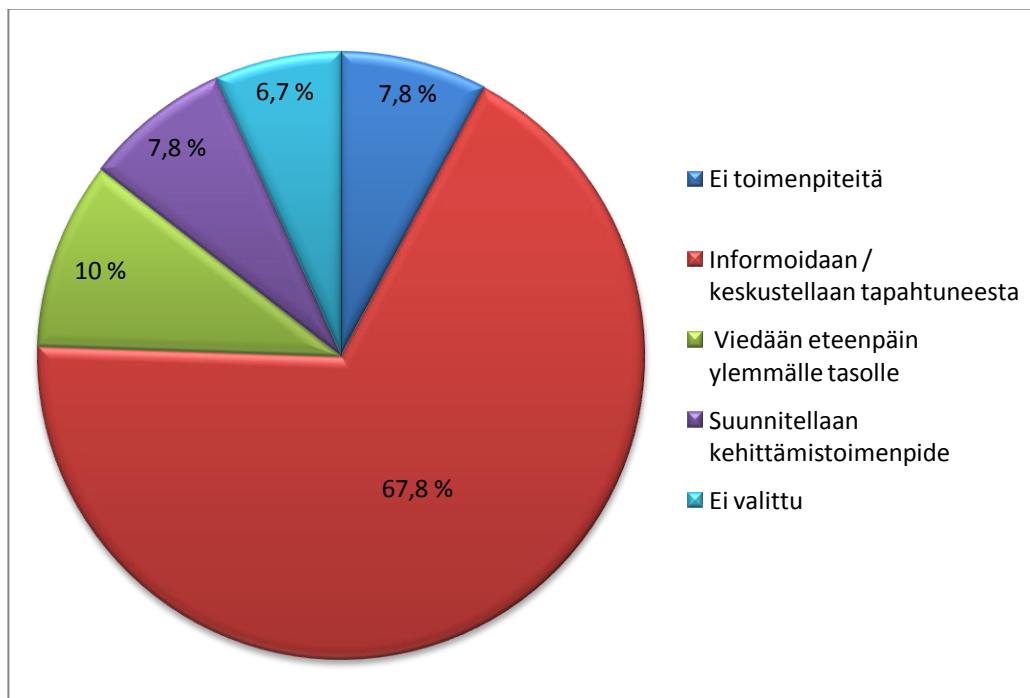
”Tilanne on selvitetty. Työntekijöiden jatkuva koulutus ja ammattitaidon varmistaminen.”

”Selvitetään lääkemääräyksen antaneelta lääkäriltä, mikä johti kyseenalaiseen lääkemääräykseen.”

40,7 % vaaratapahtumailmoituksissa kuvattiin, miten kehittämistoimenpide toteutetaan. Eniten oli kuvattu asiasta keskustelua (f=3), informointia osastotunnilla (f=3), yhteistyön kehittämistä (f=2), asian viemistä eteenpäin ylemmälle tasolle tai toiseen organisaatioon (f=2), muistutus työntekijöille (f=2) sekä jatkuvaa koulutusta (f=2). Muita kuvauksia olivat kirjausten lukemisen tehostamista (f=1), varmistamista (f=1), reseptinuusintaprosessin läpikäyntiä (f=1), keskustelua lääkäreiden kanssa (f=1), informaatiota osastonhoitajalle (f=1), potilaiden parempaa huomioimista (f=1), kirjalli-

sia ohjeita (f=1), asian käsittelemistä kokouksessa (f=1) ja virheen korjaamista (f=1). Seuraavassa esitetään sitaatti ilmoituksesta:

*”Osastotunnilla jokainen osastonhoitaja voi muistuttaa kuinka tärkeitä on et-
tä kaikki tiedot kirjoitetaan oikein, kun hoitaja kohdistaa reseptejä.”*



Kuvio 7. Ilmoitetut toimenpide-ehdotukset vaaratapahtumien estämiseksi. (n=90)

9 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan ja pohditaan tutkimustuloksia, tutkimuksen eettisyyttä ja sen luotettavuutta sekä esitetään johtopäätöksiä ja jatkotutkimusaiheita. Tutkimustuloksia tarkastellaan tutkimusongelmittain.

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa oli tarkoitus kuvailla, millaisia vaaratapahtumia Vaasan sosiaali- ja terveystalveissa oli esiintynyt vuosina 2009–2011. Eniten raportoituja vaaratapahtumia vuosien 2009-2011 aikana olivat lääkehoitoon (26 %) sekä tiedonkulkuun ja -hallintaan (26 %) liittyvät vaaratapahtumat. Lääkehoidon vaaratapahtumien yleisin virhe olivat lääkäreiden tekemät lääkkeen määräysvirheet. Tulos on osittain yhteneväinen Ruuhilehdon ym. (2011) tulosten kanssa. Niiden mukaan suurin osa ilmoitetuista tapahtumista liittyi lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin, yleisimpiä virheitä olivat kirjaamis-, jako- ja antovirheet. Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvien vaaratapahtumien yleisin virhe oli potilaan henkilötunnuksen virheellisyys. Potilaan henkilötunnuksen virheellisyyteen liittyvien vaaratapahtumien yleisyydestä ei löytynyt aiempaa tutkimustietoa.

Vaaratapahtumia tapahtui eniten maanantaisin (16,7 %) ja torstaisin (16,7 %). Oli odotettavissa, että maanantaisin sattui eniten vaaratapahtumia, sillä monessa yksikössä se on usein viikon kiireisin päivä. Se, että myös torstaisin tapahtui eniten vaaratapahtumia, yllätti tutkijat. Sunnuntaina tapahtui vähiten vaaratapahtumia (10 %). Tämä oli odotettavissa oleva tutkimustulos, vaikka toisaalta taas viikonloppuisin useassa paikassa on vähemmän työntekijöitä kuin arkena, mikä voisi selittää korkeammat prosenttiosuudet myös viikonlopun vaaratapahtumille.

Toisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää, mitkä syyt johtivat vaaratapahtumiin. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä arvioitiin olevan huolimattomuus, kiire, laitteiden epäkunto, epäselvät toimintatavat sekä kommunikaatiokatkokset tiedonkulussa. Myös Koivusen ym. (2007) tutkimuksessa kiire vaikutti virheiden

syntyyn. Koivusen ym. tutkimuksessa toinen virheiden syntyyn vaikuttava tekijä oli henkilökunnan vähyys, jota ei tullut ilmi tämän tutkimuksen tuloksissa. Kaikissa tässä tutkimuksessa analysoiduista vaaratapahtumailmoituksista ei tullut selvästi ilmi, mitkä tekijät ilmoittajan mielestä olivat vaikuttaneet vaaratapahtuman syntymiseen. Tämän vuoksi on vaikeaa tehdä pitkälle vietyjä johtopäätöksiä vaaratapahtumien synnystä.

Kolmannessa tutkimusongelmassa tarkasteltiin, mitä seurauksia vaaratapahtumilla oli ollut. Suurimmassa osassa ilmoituksista arvioitiin, ettei potilaalle aiheutunut vaaratapahtumasta haittaa (18,9 %) tai haitta oli lievä (16,7 %). 50 % vaaratapahtumailmoituksessa ei ollut valittu, aiheutuiko potilaalle haittaa vaaratapahtumasta. On syytä pohtia, miksi näin moni ilmoittaja ei ollut valinnut mitään vaihtoehtoa. Oliko syynä se, että oli vaikea arvioida potilaalle aiheutuvaa haittaa vai oliko ilmoitus tehty niin pian tapahtuman jälkeen, ettei mahdollisia haittavaikutuksia potilaalle ehditty vielä nähdä. Noin neljännesosassa ilmoituksista ei tiedetty, millaisia seurauksia hoitavalle yksikölle aiheutui. 17,8 % ilmoituksista ilmoitettiin hoitavalle yksikölle aiheutuvan imagohaittaa. Myös Ruuhilehdon ym. (2011) tutkimuksessa todettiin, että suurimmassa osassa tapahtumista ei aiheutunut potilaalle haittaa tai haitta oli arvioitu lieviksi. Samassa tutkimuksessa vaaratapahtumasta oli yleensä aiheutunut lisätyötä, vähäisiä hoitotoimia tai imagohaittaa hoitavalle yksikölle. Lisäksi voi pohtia, kuinka rehellisesti ilmoittajat kuvaavat tapahtuneen vaaratapahtuman; onko kuvausta liioiteltu tai vähätelty sen vuoksi, että ilmoittajat pelkäävät syyllistämistä. Haittatapahtuman käsittely syyllistämättä, parantaa toiminnan laatua (Rintanen ym. 2010, 1131).

Neljännessä tutkimusongelmassa tarkasteltiin, millaisiin kehittämistoimenpiteisiin yksiköissä oli ryhdytty vaaratapahtumailmoitusten perusteella. Kehittämistoimenpiteiksi eniten oli ehdotettu huolellisuuden lisäämistä työhön. Huolellisuuden lisäämistä ehdotettiin eniten ehkä siksi, koska huolellisuuteen on helppo kiinnittää huomiota ja parantaa sitä. Kiire ja ilmoittajan persoona vaikuttavat huolellisuuden toteutumiseen. Toiseksi eniten kehittämistoimenpiteiksi oli ehdotettu parempaa informointia. Paremmalla informoinnilla ilmoittajat tarkoittivat tiedonkulkua hoitajalta hoitajalle,

lääkäriltä hoitajalle sekä eri sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä. Myös Ruuhilehdon ym. (2011) tutkimuksen mukaan informointi tapahtuneesta oli yleisin kehittämistoimenpide vastaavan tapahtuman toistumisen estämiseksi. 9,9 % (n=81) vaaratapahtumailmoituksissa ei ehdotettu mitään kehittämistoimenpiteitä.

Viidennessä tutkimusongelmassa tarkasteltiin osastonhoitajien tai muiden vaaratapahtumailmoituksista vastaavien henkilöiden kehittämistoimenpide-ehdotuksia, ja kuvauksia niiden toteuttamiseksi. Kvantitatiivisessa aineistossa keskustelu ja informointi tapahtuneesta (71,6 %) olivat yleisin vaihtoehto kehittämistoimenpiteeksi. Keskustelun ja informoinnin avulla suurin osa vaaratapahtumista pystytään käsittelemään ja sitä kautta vaaratapahtumista voidaan oppia. Sanallisia kuvauksia kehittämistoimenpide-ehdotuksiksi oli tehty moneen vaaratapahtumailmoitukseen, mikä tarkoitti, mitä toimenpiteitä tehdään vaaratapahtuman johdosta. Kuvauksia kehittämistoimenpiteiden toteuttamisesta ei ollut joko kuvattu lainkaan, niitä oli kuvattu suppeasti tai ne eivät liittyneet kehittämistoimenpiteiden toteuttamiseen.

Suurin osa ilmoituksista oli kuvattu suppeasti. Vaaratapahtumailmoitusten kvantitatiivisessa aineistossa ilmeni suuria prosenttiosuuksia ”Ei valittu” -luokasta. HaiPro-työkalua voisi kehittää siten, että sitä käytettäessä jokaiseen kenttään tulisi vastata. Myös tapahtuman kuvaus ja kehittämisehdotukset vaaratapahtuman ehkäisemiseksi voisivat olla pakollinen tieto vaaratapahtumailmoitusta tehdessä. Rintasen ym. (2010, 1132) mukaan on otettava käyttöön yhtenäiset luokitus- ja kirjaamisperusteet sekä luotava potilasturvallisuutta kohtaan kannustava ja positiivinen ilmapiiri, jotta haittavaikutukset saadaan paremmin kirjatuiksi. Jo peruskoulutuksessa on kiinnitettävä enemmän huomiota haittavaikutusten kirjaamiseen (Rintanen ym. 2010, 1132). Vaaratapahtumien raportoinnin tärkeydestä tulisi muistuttaa, koska tässäkin organisaatiossa osa oikeista vaaratapahtumailmoituksista on voinut jäädä ilmoittamatta.

Rintasen ym. (2010, 1131) mukaan vaaratapahtumista saatujen tietojen seuraaminen ja arviointi eri näkökulmista antavat tietoa siitä, mistä vaaratapahtumista potilaille aiheutuvat haittavaikutukset johtuvat sekä mitkä tekijät vaikuttavat niiden syntymi-

seen. HaiPro-raportointityökalun kautta tulleita vaaratapahtumailmoituksia on tärkeä seurata ja arvioida, koska niiden kautta voidaan oppia virheistä ja estää vastaavanlaiset vaaratapahtumat.

Sairaanhoitajat ilmoittivat vaaratapahtumista eniten. Koivusen ym. (2007) mukaan sairaanhoitajat ja lääkärit oppivat vaaratapahtumista eniten. Vaaratapahtuman ilmoittamisaktiivisuudella ja virheistä oppimisella näyttäisi mahdollisesti olevan yhteyttä toisiinsa. Tämän tutkimuksen HaiPro-aineistoon ilmoituksen tehneistä sairaanhoitajilla on ollut hyvä mahdollisuus oppia tekemiensä vaaratapahtumailmoitusten kautta.

9.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on tärkeintä tieteellisessä toiminnassa. Tutkimuseettisesti on tärkeää, että tutkija pyrkii vähentämään tarpeettomia haittoja ja riskejä. Tutkimustietoa ei saa koskaan käyttää tutkittavia vastaan. Tutkimuksesta ei saa olla haittaa tutkitavalle organisaatiolle tai yksikölle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Tästä tutkimuksesta ei aiheutunut haittaa kohdeorganisaatiolle.

Ennen tutkimuksen aloittamista tutkijat saivat tutkimusluvan kohdeorganisaatiolta. Vaaratapahtumailmoituksia ei voida yhdistää yksittäisiin henkilöihin, sillä ne tehdään nimettöminä. Tutkimusaineisto pidettiin salassa ulkopuolisilta. Aineistoa säilytettiin muistitikulla niin kauan, kunnes opinnäytetyö oli raportoitu, minkä jälkeen ilmoitukset hävitettiin. Tutkimuksen tulokset raportoitiin avoimesti ja rehellisesti, eikä tuloksissa esitetä tutkijoiden omia mielipiteitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 65, 181-183.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus arvioidaan uskottavuudella ja siirrettävyydellä. Tutkimuksen uskottavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimustulokset on raportoitu selkeästi. Jotta lukija pystyy ymmärtämään tutkimuksen tarkoitusta, tutkijan tulee kuvata tarkasti, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimukset vahvuudet ja rajoitukset. Myös liitteet ja taulukot lisäävät tutkimuksen uskottavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että

tutkijat ovat kuvanneet aineiston analyysin vaiheet esimerkillä täydennettynä sekä se, että kaikki pelkistetyt ilmaukset ovat luokiteltuina tutkimuksen liitteinä. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkija pystyy pelkistämään aineiston mahdollisimman hyvin alkuperäisaineistoa kuvaaviksi pelkistetyiksi ilmauksiksi. Uskottavuutta on parannettu suorilla lainauksilla, jolloin lukijalle selviää, minkälaisesta alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. Uskottavuutta lisää myös se, että tutkija osoittaa selvän yhteyden aineiston ja tulosten välille. Esimerkki aineiston analyysistä on esitetty kuviossa 3. (Kynge & Vanhanen 1999, 3-11.)

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkijan arvioita siitä, miten hyvin tutkimustulokset voidaan siirtää johonkin toiseen kontekstiin. Siirrettävyyden arviointi on tärkeää, koska tällöin joku toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Siirrettävyyden arviointia on pyritty helpottamaan suorilla lainauksilla ja esimerkeillä lainauksista. Tutkijoiden arvioin mukaan samanlaisia tuloksia voitaisiin saada jossain muussa vastaavanlaisessa organisaatioissa Suomessa.

Tämän tutkimuksen on tehnyt kaksi tutkijaa, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta, sillä yksin työskentelevä tutkija saattaa sokaistua omalle tutkimukselleen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159). Tutkijat analysoivat vaaratapahtumat yhdessä. Parin kanssa työskentely motivoi kumpaakin osapuolta ja myönteisenä asiana koettiin myös mielipiteiden vaihtaminen ja kysymyksien esittäminen. Parista sai paljon tukea. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161.)

Kvantitatiivisen aineiston luotettavuutta heikensi se, että sen analyysi oli tehty 90 vaaratapahtumailmoituksesta. Todellisuudessa vaaratapahtumia oli kuitenkin vain 81, koska joitakin vaaratapahtumailmoituksia oli tallennettu useaan kertaan. Kvantitatiivisen tutkimuksen otos ei ollut suuri, mutta siitä ei myöskään ollut tarkoitus tehdä vaativia tilastollisia analyysejä.

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella tehtiin seuraavat johtopäätökset:

1. Haittatapahtumia ilmoitettiin enemmän kuin läheltä piti -tapahtumia.
2. Vaaratapahtumia tapahtui tässä aineistossa eniten lääkehoidossa sekä tiedonkulussa ja -hallinnassa.
3. Suurin osa vaaratapahtumista ei aiheuttanut merkittävää haittaa potilaalle.
4. Vaaratapahtuman tapahtuessa hoitavalle yksikölle aiheutui eniten imago-haittaa.
5. Vaaratapahtumista ilmoittajien sekä osastonhoitajien tai muiden vastaavien henkilöiden kehittämistoimenpide-ehdotukset vaaratapahtuman toistumisen estämiseksi olivat samankaltaisia.
6. Jatkossa tarvitaan lisäkoulutusta HaiPro-raportointityökalun käytöstä.

Jatkotutkimusaiheiksi ehdotetaan seuraavia aiheita:

- ❖ Miten henkilökuntaa voisi motivoida tekemään vaaratapahtumailmoituksen oikein ja täydellisenä HaiPro-raportointityökalun kautta?
- ❖ Tämän tutkimuksen kohteena olleessa organisaatiossa voitaisiin analysoida vaaratapahtumat vuosilta 2012-2014 ja vertailla niitä vuoden 2009-2011 vaaratapahtumiin.
- ❖ HaiPro-raportointityökalun hyödyllisyys: Mitä ilmoitetuista vaaratapahtumista on opittu?
- ❖ Eri ammattiryhmien välisen tiedonkulun tarkastelu potilasturvallisuuden näkökulmasta.

LÄHTEET

Aaltonen L-M., Mattila K., Mäkijärvi M. & Saario I., 2008. Aina roiskuu kun rapataan, mutta virheistä tulee oppia. Suomen Lääkärilehti. Vol 44, 3791-3795.

Chang, A., Schyve P.M., Croteau R.J., O’Leary D.S. & Loeb J.M., 2004. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. International Journal for Quality in Health Care. Viitattu 17.5.2013. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/17/2/95.full>

HaiPro 2012. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointijärjestelmä. Viitattu 5.10.2012. <http://www.hapro.fi/fin/default>

Helovuola A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P., 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca Oy, Helsinki. 13-16, 31, 116-117.

Himanen M-R. & Kinnunen M., 2010. Vaaratapahtumat – osa terveydenhuoltoa. Kätilölehti. Vol 6, 6-7.

Härkänen M., Saano S., Turunen H. & Vehviläinen-Julkunen K., 2013, 49-61. Hoitotiede. Vol. 25, nro 1. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Härkänen M., Saano S., Turunen H. & Vehviläinen-Julkunen K., 2012. Lääkityspoikkeamien havaitseminen lääkeprosessin eri vaiheissa. Konferenssiabstraktit, 70. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, Hoitotieteen tutkimusseura HTTS ry.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K., 2009. Tutkimus hoitotieteessä, 65, 133-135, 159-160, 177, 181-183. WSOY.

Keistinen T., Kinnunen M., Holm T., 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen Lääkärilehti. Vol 44, 3785-3789.

Knuuttila J., Ruuhilehto K. & Wallenius J., 2007 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveystieteiden laitos, Hoitotieteen tutkimusseura HTTS ry. 42-47.

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (toim.), 2000. To Err is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality on Health Care in America, Institute of Medicine. Viitattu 16.5.2013. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728

Koivunen E., Kankkunen P. & Suominen T., 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva Hoitotyö. Nro 3, 10-15.

Kyngäs H., 2009. Potilasturvallisuus. Pääkirjoitus. Tutkiva Hoitotyö. Nro 3, 2-3.

Liukka M., Turunen H. & Hupli M., 2012. Vaaratapahtumista raportointi ja palautteen antaminen – kyselytutkimuksen tuloksia Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä. Konferenssiabstraktit, 117. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, Hoitotieteen tutkimusseura HTTS ry.

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

Peltomaa K., 2010. HaiPron avulla vaaratilanteet tiedoksi, Läheltä piti –tilanne on yhteisen oppimisen paikka. Pinsetti. Nro 2, 10-11.

Pierson, S., Hansen, R., Greene, S., Williams, C., Akers, R., Jonsson, M. & Carey, T., 2007. Preventing medication errors in long-term care: results and evaluation of large scale web-based error reporting system. The International Journal of Healthcare improvement. Viitattu 17.5.2013. <http://qualitysafety.bmj.com/content/16/4/297.short>

Rintanen H., Vuorenkoski L. & Hämäläinen P., 2010. Voidaanko haittavaikutusten kirjaamista tehostaa? Suomen Lääkärilehti. Vol 65, nro 12, 1131-1132.

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

Sahlström M., Partanen P. & Turunen H., 2012. Potilasturvallisuus potilaan silmin – potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia. Konferenssiabstrakti, 161. XII Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Oulun yliopisto 27.-28.9.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. 3-18. Viitattu 15.5.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Stakes 2006. Stakes ja lääkeshoidon kehittämiskeskus Rohto. Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Viitattu 2.11.2012. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

THL 2012 a. Haittatapahtumien ehkäisy. Viitattu 2.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haittatapahtumien-seuraukset

THL 2012 b. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 2.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

THL 2012 c. Potilasturvallisuus perustietoa. Viitattu 2.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/perustietoa

THL 2012 d. Vaarojen ennakointi. Viitattu 2.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/vaarojen-ennakointi

THL 2012 e. Potilasturvallisuuden keskeisiä käsitteitä. Viitattu 2.11.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/keskeisia-kasitteita

THL 2012 f. Vaaratapahtuman ehkäisy. Viitattu 2.11.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/vaaratapahtuman-ehkaisy

THL 2012 g. Haittatapahtumat. Viitattu 2.11.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haittatapahtumat

THL 2012 h. HaiPro: Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 2.11.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro.

Vaasan kaupunki 2012a. Organisaatiokaaviot : Sosiaali- ja terveystoimi; kaikki tulosalueet. Viitattu 12.4.2013.

http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Sosiaali_ja_terveys/Hallinto_/Organisaatiokaaviot_

Vaasan kaupunki 2012b. Organisaatiokaaviot: Sosiaali- ja terveystoimi; terveystoimialueet. Viitattu 12.4.2013.

http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Sosiaali_ja_terveys/Hallinto_/Organisaatiokaavio

HaiPro-raportointityökalun potilasturvallisuusilmoituksen näkymä

[Etusivu](#) [Ohje](#) In English | På svenska

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

[Sisäiset sivut](#)

Ilmoituksen pvm: 7.2.2013

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Osasto/yksikkö	Lomakkeen täyttäjän yksikkö (*)	<input type="button" value="Hae"/>
	Valitse	
	Yksikkö, jossa tapahtui (*)	<input type="button" value="Hae"/>
	Valitse	
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse <input type="button" value="i"/>	
Tapahtuma	Tapahtuma-aika (*)	Tapahtuman luonne (*)
	Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tiedossa
	Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei tiedossa
	Tapahtumapaikka	<input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus
	Valitse	
Tapahtuman tyyppi	Ei tiedossa	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. <input type="button" value="i"/>	
	Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.	
	Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?	

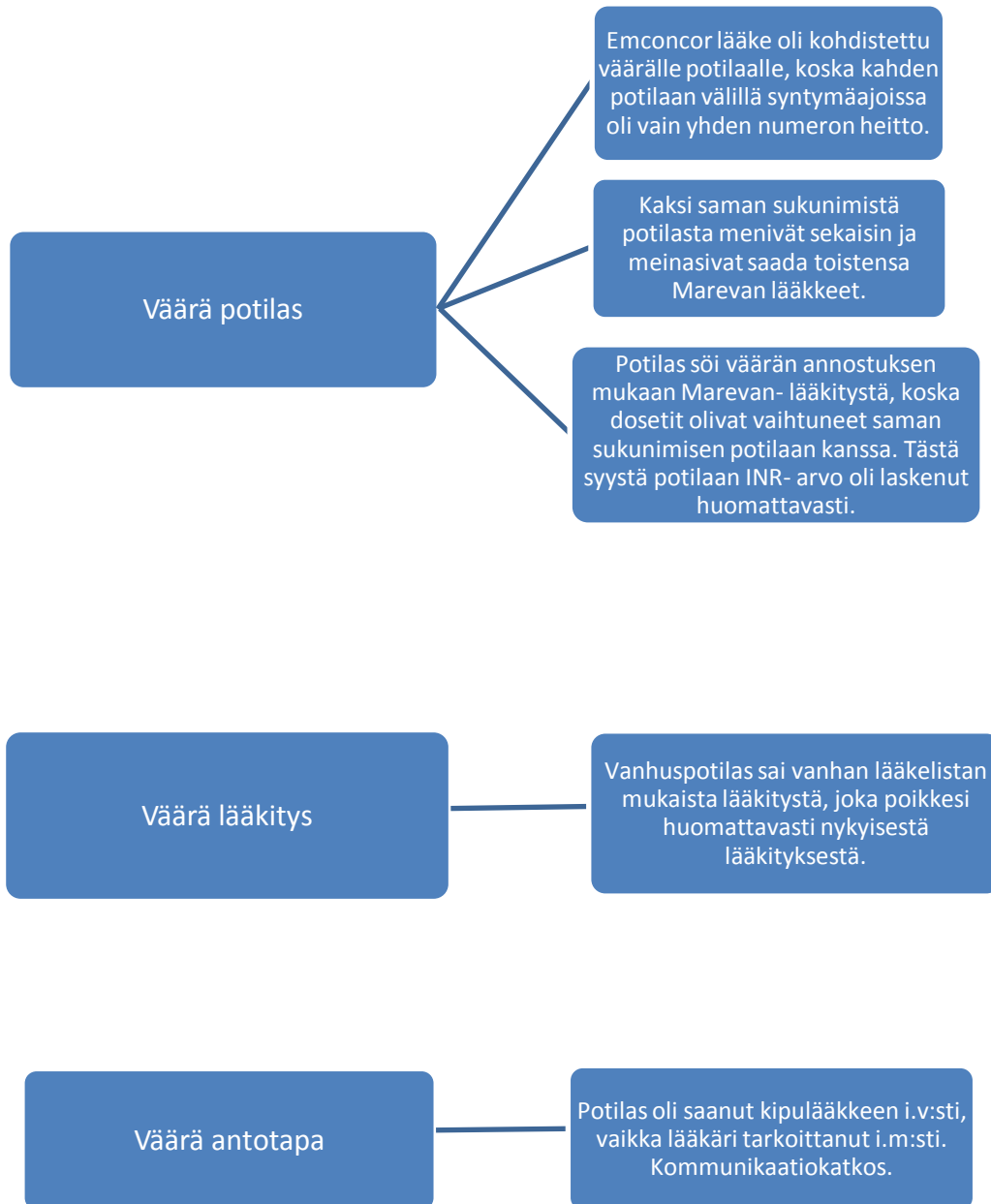
[Tulosta ilmoitus](#)

Lupa näkymän julkaisuun saatu Awanic Oy:stä 17.12.2012.

Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Väärä potilas”, ”Väärä lääkitys” ja ”Väärä antotapa” muodostaminen

ALAKATEGORIAT

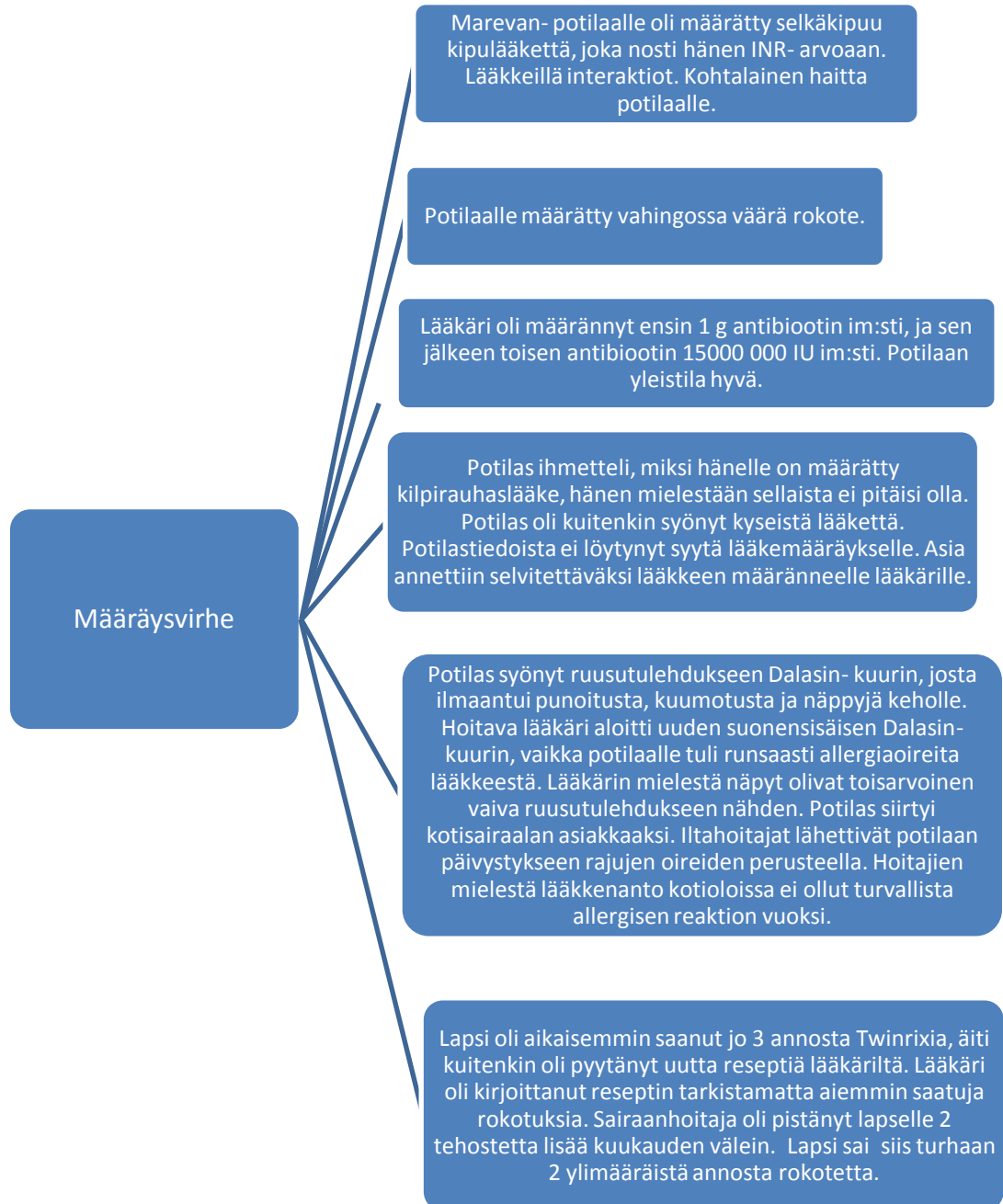
PELKISTETYT ILMAUKSET



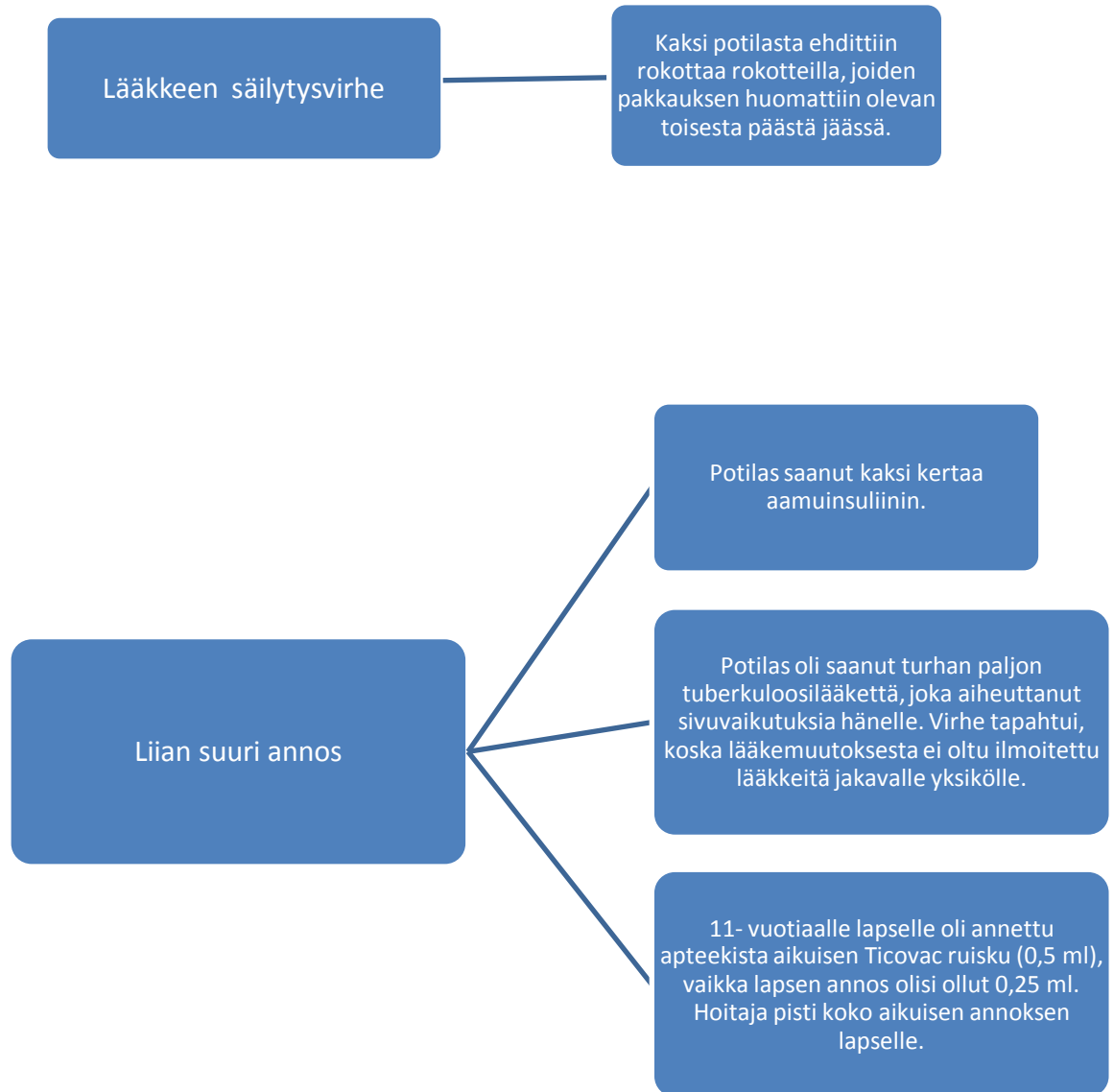
Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Määräysvirhe” muodostaminen

ALAKATEGORIA

PELKISTETYT ILMAUKSET



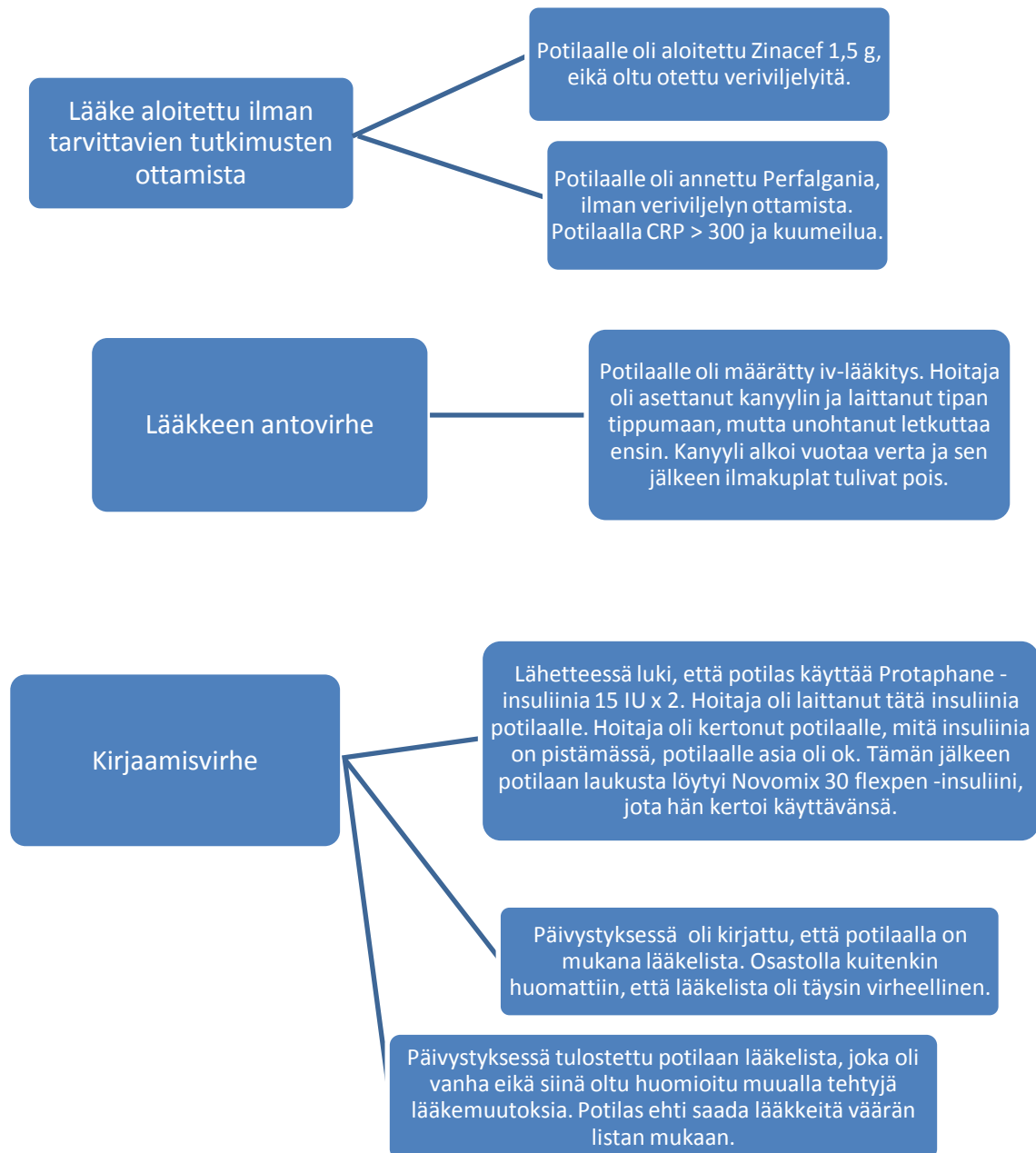
Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Lääkkeen säilytysvirhe” ja ”Liian suuri annos” muodostaminen

ALAKATEGORIAT**PELKISTETYT ILMAUKSET**

Lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Lääke aloitettu ilman tarvittavien tutkimusten ottamista”, ”Lääkkeen antovirhe” ja ”Kirjaamisvirhe” muodostaminen

ALAKATEGORIAT

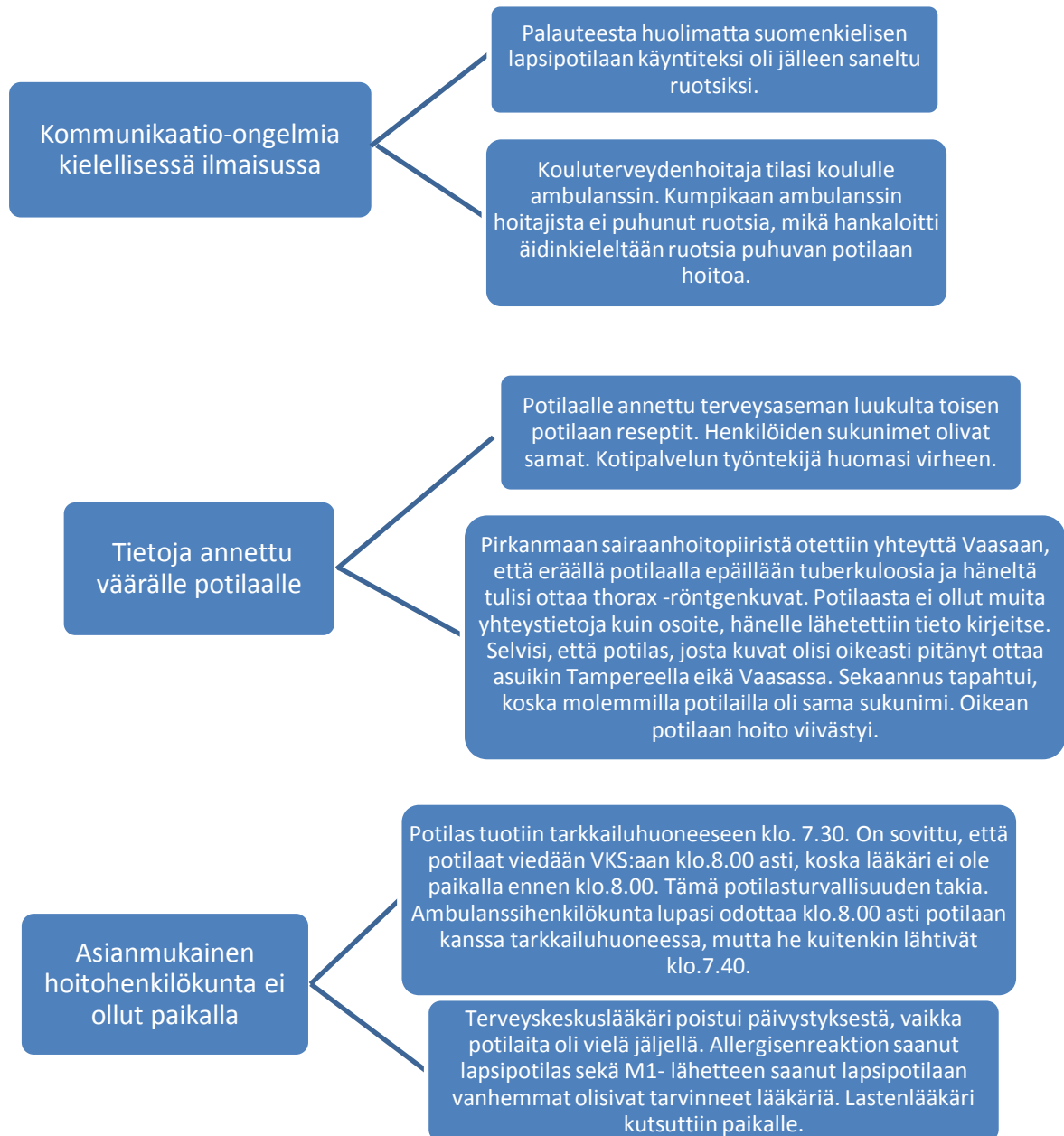
PELKISTETYT ILMAUKSET



Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Kommunikaatio-ongelmia kielellisessä ilmaisussa”, ”Tietoja annettu väärälle potilaalle” ja ”Asianmukainen hoitohenkilökunta ei ollut paikalla” muodostaminen

ALAKATEGORIAT

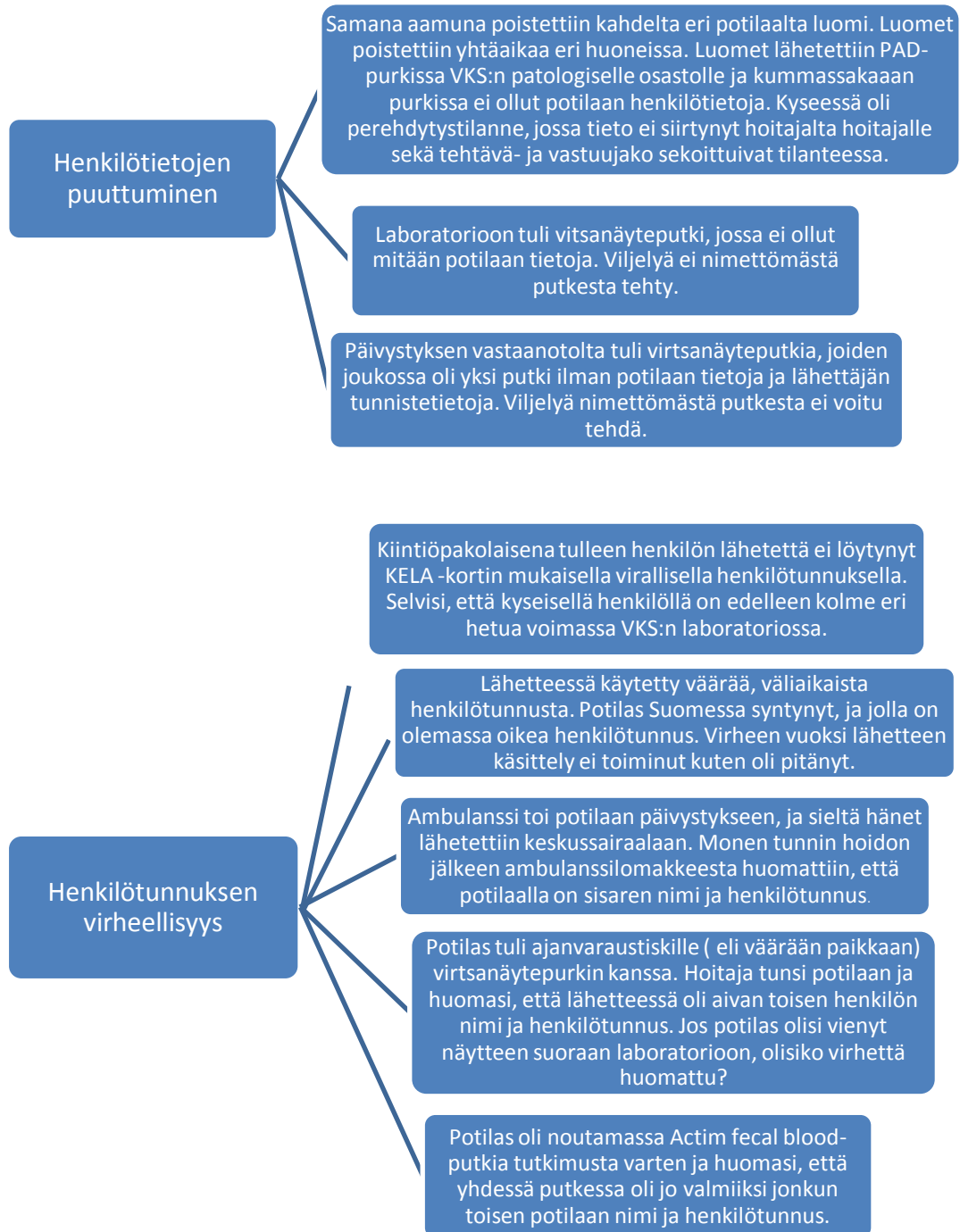
PELKISTETYT ILMAUKSET



Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Henkilötietojen puuttuminen” ja ”Henkilötunnuksen virheellisyys” muodostaminen

ALAKATEGORIAT

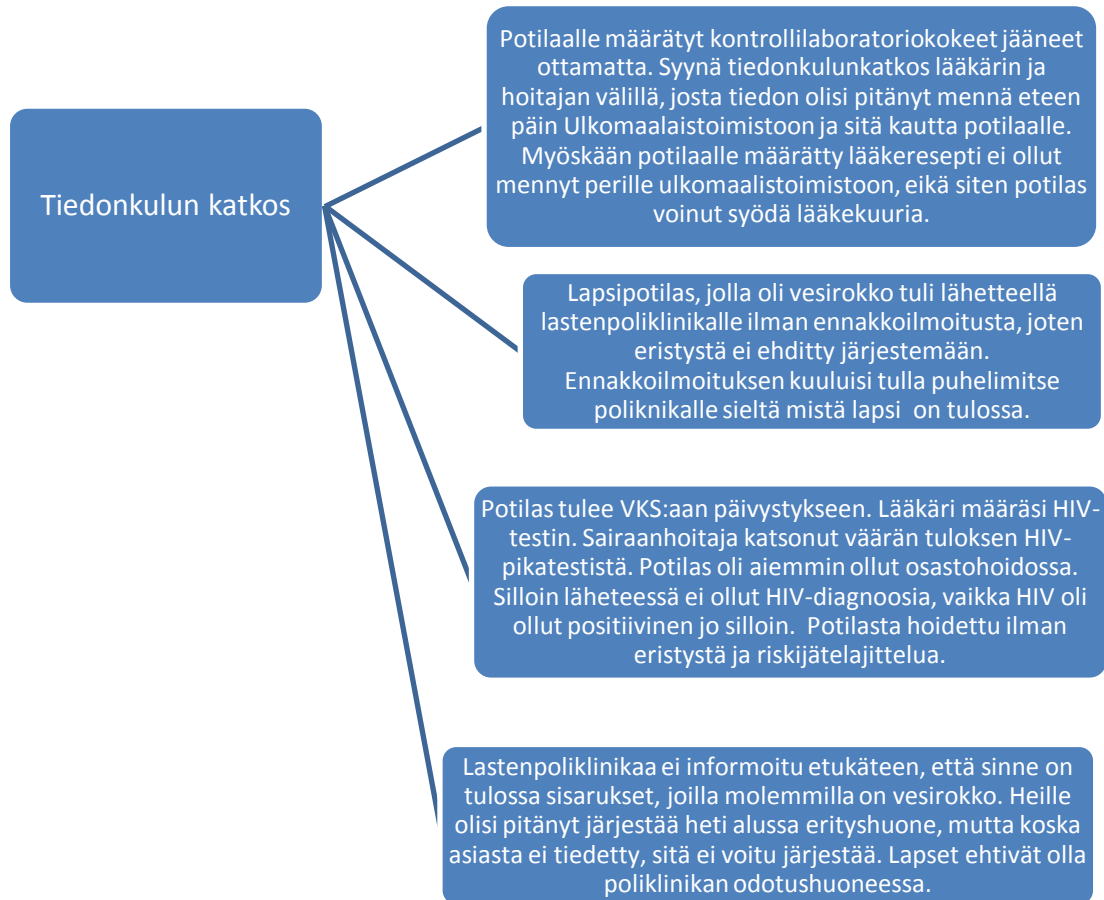
PELKISTETYT ILMAUKSET



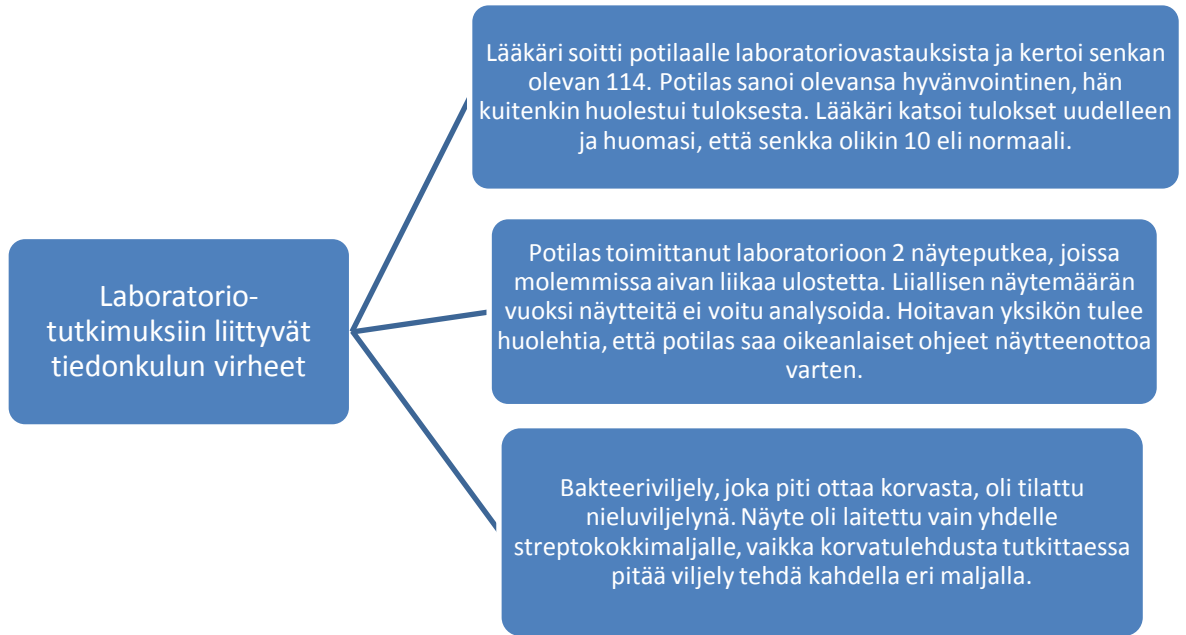
Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Tiedonkulun katkos” muodostaminen.

ALAKATEGORIA

PELKISTETYT ILMAUKSET



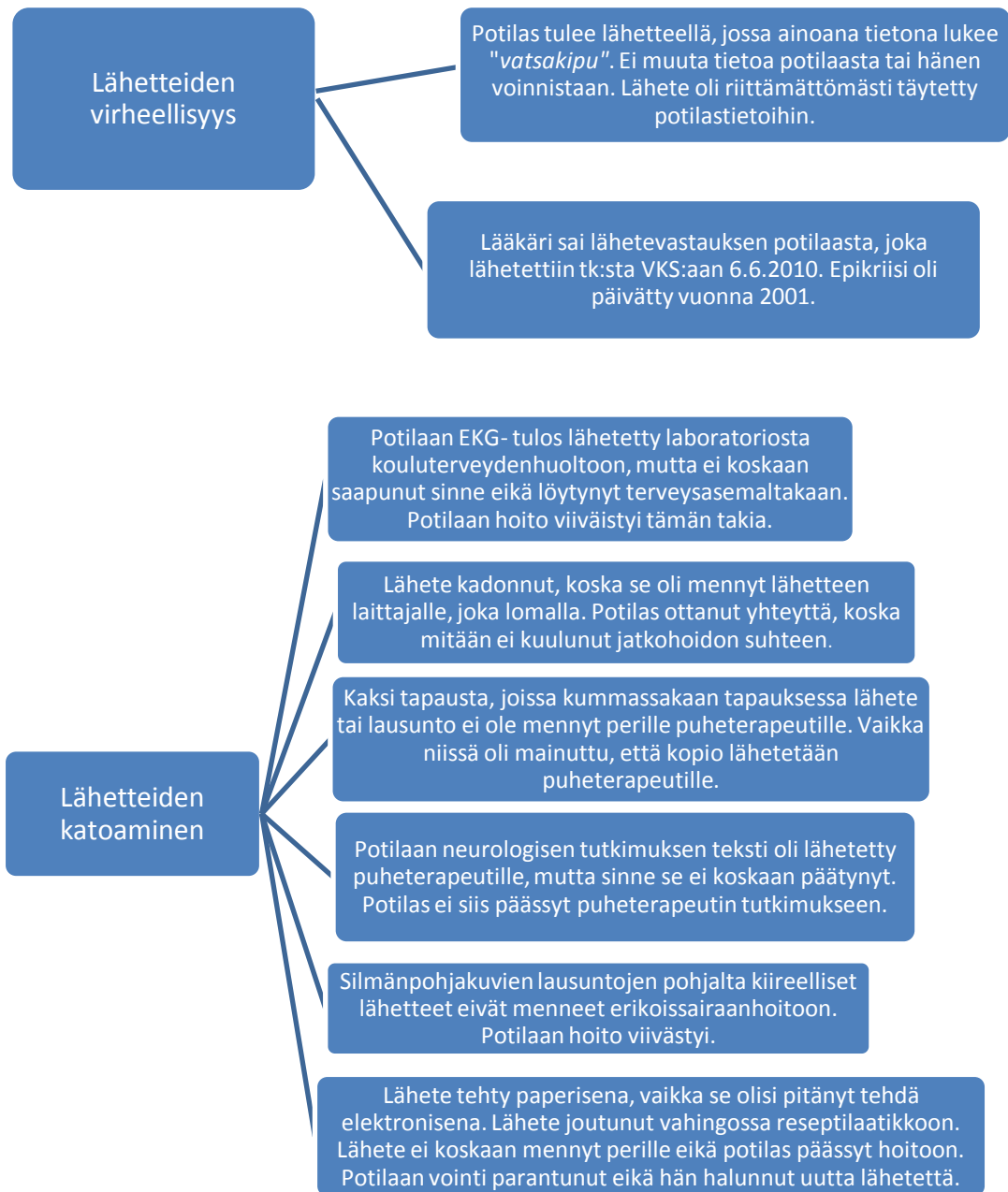
Tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Laboratorio-
tutkimuksiin liittyvät tiedonkulun virheet” muodostaminen

ALAKATEGORIA**PELKISTETYT ILMAUKSET**

Lähetteisiin liittyvät vaaratapahtumat: alakategorioiden ”Lähetteen virheellisyys” ja ”Lähetteen katoaminen” muodostaminen

ALAKATEGORIAT

PELKISTETYT ILMAUKSET



Laiteturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat: yläkategorian muodostaminen

PELKISTETYT ILMAUKSET

Reuma-allasryhmän osallistuja tuli luiskaa pitkin altaaseen, liukastui, mutta ei kaatunut, koska sai pidettyä kaiteesta kiinni. Syynä tähän oli, että liuskan pinta oli kulunut ja liukas.

Hammashuollosta palautettu 2 juurihoitotarjotinta. Huomattu, että indikaattorit eivät olleet vaihtaneet väriä, jolloin tuotteet olivat epästeriilejä. Potilaalle ei aiheutunut haittaa, koska tapahtuma huomattiin ajoissa.

Lähetteessä potilaan pika-Hb 82 (2 vrk:ta sitten 115). Labran verinäytteissä Hb 113. Pika-Hb mittari näyttänyt väärin, koska sitä ei ollut kalibroitu.

Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Hoidon tarpeen arviointiin liittyvät vaaratapahtumat” muodostaminen

ALAKATEGORIA

PELKISTETYT ILMAUKSET

Hoidon tarpeen arviointiin liittyvät virheet

Potilas tulee päivystykseen kovan vatsakivun takia. Potilaalla refluksitauti, mutta kokee että kipu ei liity refluksitautiin. Hoitaja kutsuu lääkärin, joka ei ota potilasta hoidettavakseen ajanpuutteen takia ja vähättelee potilaan oireita. Lääkäri käskyy potilaan mennä yksityiselle seuraavana päivänä. Potilas menee seuraavana päivänä toisen paikkakunnan päivystykseen, jossa todetaan lähes puhkeamaisillaan oleva umpisuolen tulehdus, joka leikattiin.

Potilas lyönyt päänsä ja saanut otsalle 5 cm pitkän haavan. Potilas vieti VKS:n päivystykseen, josta käännytetty terveyskeskukseen haavan ompeluun. Tk:ssa huomattu, että verenvuoto massiivista ja hiuserteria oli katkennut. Tk-lääkärin mielestä haava olisi kuulunut hoitaa keskussairaalassa heti. Haava ommeltu terveyskeskuksessa.

Potilas kaatunut ja VKS:ssa ommeltu verta vuotava haava. Potilasta ollaan siirtokuljettamassa, kun ambulanssihenkilökunta huomaa potilaan kädessä turvotusta, mustelmia ja kipuherkkyyttä. VKS:ssa näitä oireita ei oltu huomattu. Potilas viedään pääterveysasemalle lisätutkimuksiin.

4-vuotias poika tuli päivystykseen korkean kuumeen ja vatsakivujen takia. Lääkäri tutki lapsen ja epäili norovirusta tai muuta vatsatautia, sillä CRP oli sormenpästä otettuna 9. Potilas hakeutui yksityiselle akuuttivastaanotolle oireiden pitkittyessä. Pojalla todettiin raju tulehdus (CRP 311) ja keuhkoissa oli nestettä. Tapahtumasta aiheutui hoidon viivästymistä ja pojan yleisvoimien romahtamista.

Potilaan yleistila laski äkillisesti eikä verenpainetta ei saatu mitattua. Päivystävään lääkäriin otettu yhteyttä, joka pyysi ottamaan yhteyttä osaston lääkäriin. Osaston lääkäri ei ollut enää paikalla. Päivystävä lääkäri ei tullut osastolle, koska hänen mielestään kyseessä oli alkava terminaalihoido. Potilaan omainen hätäantynyt tilanteesta.

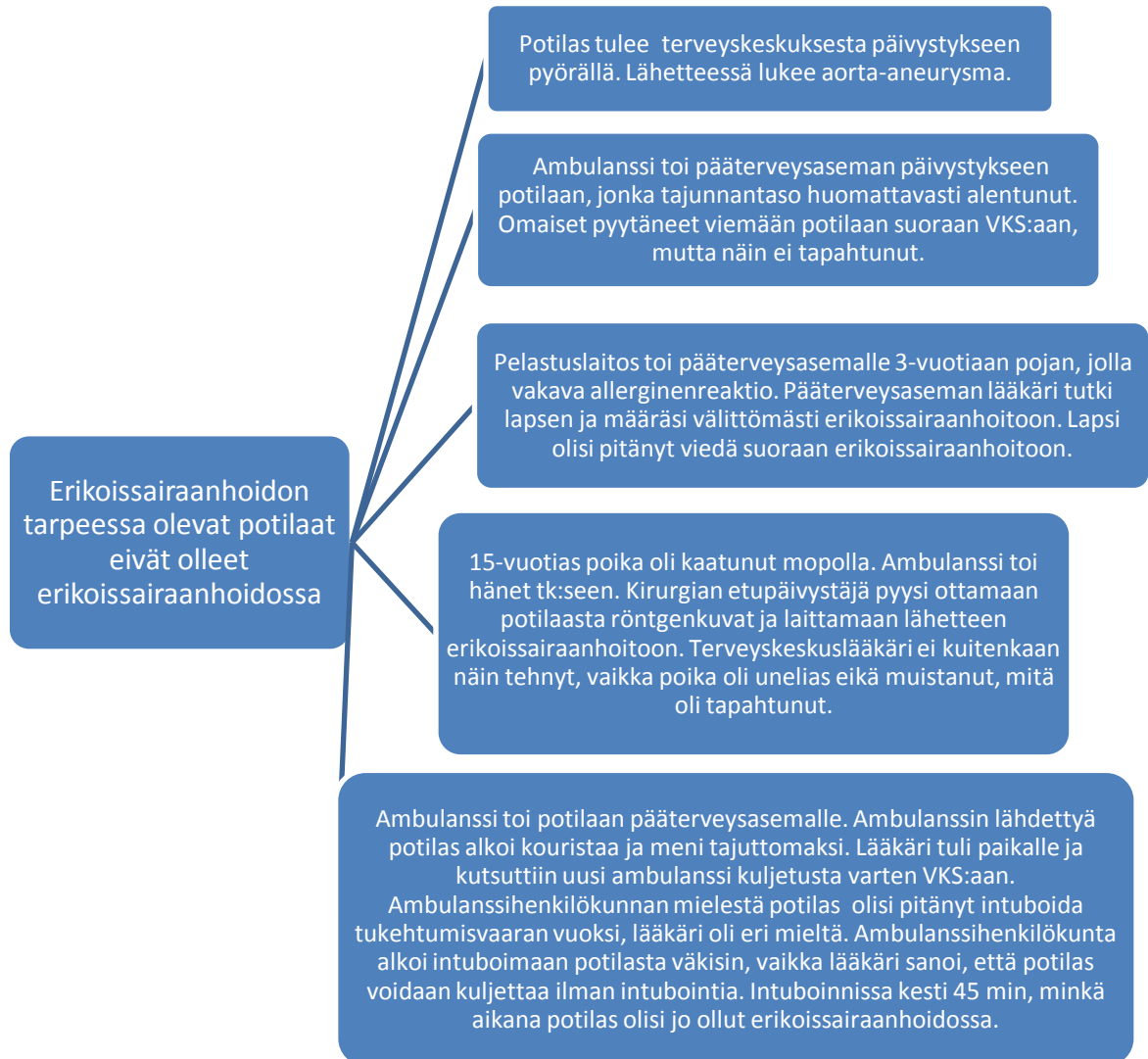
Vaikeasti masentunut ja ahdistunut potilas tuli päivystävän lääkärin vastaanotolle. Lääkäri otti yhteyttä päivystävään psykiatriin, joka ei halunnut ottaa potilasta vastaan. Potilaalle varattiin kontrolliaika 5 vrk:n päähän ja aloitettiin lääkitys. Parin päivän päästä tapahtuneesta potilas teki itsemurhan.

Tehty sähköinenlähete äitiysneuvolasta äitipl:lle pienen SF-mitan vuoksi. Samaan aikaa potilas oli osastohoidossa VKS:ssa. Äitipl:lla oletettu, että osasto hoitaa asian, mutta näin ei tapahtunut. Lähete kuitenkin oli yhä aiheellinen.

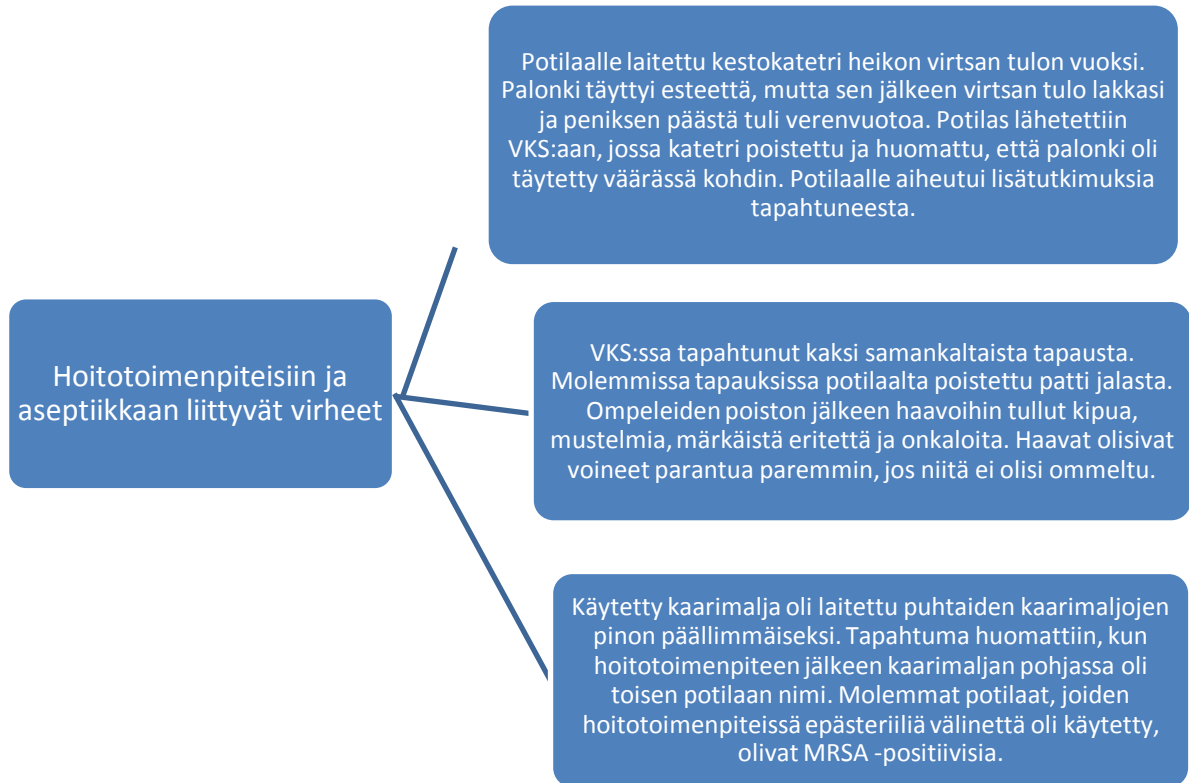
Hoidon tarpeeseen ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Erikoissairaanhoidon tarpeessa olevat potilaat eivät olleet erikoissairaanhoidossa” muodostaminen

ALAKATEGORIA

PELKISTETYT ILMAUKSET



Hoidon tarpeeseen ja hoitamiseen liittyvät vaaratapahtumat: alakategorian ”Hoitotoimenpiteisiin ja aseptiikkaan liittyvät virheet” muodostaminen

ALAKATEGORIA**PELKISTETYT ILMAUKSET**

Tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät vaaratapahtumat: yläkategorian muodostaminen

PELKISTETYT ILMAUKSET

Fysioterapiaryhmän asiakas kaatui kyljelleen, koska tasapaino petti hänen istuessaan penkille. Kuntosali oli liian ahdas ja ohjaajia liian vähän.

Kuntoutusryhmän jäsen löydetty pukuhuoneen lattialta istumasta. Potilaan mukaan kaatuminen johtui jalan huonosta asennosta. Potilaalle ei aiheutunut haittaa.

Potilas harjoitteli fysioterapeutin kanssa ylösnousua tuoilta, jossa ei ollut selkänojaa. Istuessaan potilas nojannut taaksepäin ja pudonnut tuoilta selälleen. Mahdollisesti lyönyt päänsä lattiaan. Potilas ei valitellut kipuja tapahtuman jälkeen.

Potilas menetti tasapainonsa siirtyessään istumaan tuolille. Potilas kaatui lattialle kyljelleen. Ei satuttanut itseään.

92-vuotiaalta potilaalta otettiin keuhkokuva tuolilla istuen. Toimenpiteen jälkeen potilaan seuralainen oli pukemassa häntä, hoitaja oli selin potilaaseen päin. Potilas putosi tuoilta, ja hänen jalkansa murtui.

Potilas harjoitteli fysioterapiaryhmässä, jossa hän kaatui lonkalleen istuutuessaan virheellisesti tuolin sivuun. Potilas arvoi tuolin etäisyyden väärin. Potilaalle ei tullut vammoja tapahtuneesta.

Fysioterapiaryhmän asiakas tunsi huimausta noustessaan vatsalihaspennistä ja kaatui kyljelleen.

Potilas kaatui kävellessään rollaattorin tukemana. Potilas ei saanut vammoja.

Tasapainoryhmän kuntoutuja kaatui kyljelleen tehdessään askellusharjoitusta. Ei loukannut itseään. Kuntoutujan perussairauden lääkitystä muutettu, jonka seurauksena liikkumis- ja toimintakyky olivat heikentyneet. Lääkityksiä oltu yhteydessä lääkäriin.

HaiPro-raportointityökalun kautta tehdyt ilmoitukset, jotka eivät olleet vaaratapahtu-
mailmoituksia

*HaiPro-ilmoitus tehty ylilääkärin ohjeesta, että saataisiin selkeät ohjeet siitä, koska ambu-
lanssi saa poistua paikalta M1-potilasta tuodessa. Ambulanssi on lähtenyt usein ennen kuin
lääkäri on ehtinyt tutkia potilaan*

*Potilaan lähete meni sähköisesti synnytys saliin, sitä ei kuitenkaan käsitelty siellä, vaikka se
meni osastolle ennen potilasta. Epikriisissä oli maininta, että potilas tullut ilman lähetettä
lääkärin käskystä.*

*VKS:sta terveyskeskukseen potilaskertomusten tulo kestää yli kuukauden. Tällöin hoitava
lääkäri ei saa tarvittavia tietoja eikä kontrolliaikoja voida järjestää.*

*Ambulanssi toi terveyskeskuksen päivystyksestä päivystyspoliklinikalle, paniikissa olevan ja
ranteet auki viiltäneen potilaan. Tk:sta oli kirjoitettu lähete erikoissairaanhoidon. Selvisi,
että kyseinen henkilö on jo parhaillaan hoitajaksolla psyk.osastolla. Potilas oli karannut ul-
koilun yhteydessä psyk. osastolta.*