

Taina Lappalainen

”Never events” -listat

HUS-toimijoiden käsitysten kartoitus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyön toteutus

17.9.2014

Tekijä Otsikko	Taina Lappalainen Never events -listat – HUS-toimijoiden käsitysten kartoitus
Sivumäärä Aika	29 sivua + 12 liitettä 17.9.2014
Tutkinto	YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja	Yliopettaja, TtT Liisa Kuokkanen
<p>"Never eventsit" ovat vakavia, suurimmaksi osaksi estettävissä olevia virheitä, terveydenhuollossa, joita ei pitäisi tapahtua koskaan. "Never eventeiksi" luetaan tapahtumat, joista aiheutuu vakava vamma tai kuolema. (Colorado Business Group on Health 2009: 2; Cummings - Sir Keogh 2012: 4.)</p> <p>Työn tarkoituksena oli luoda "never events" -lista, käyttäen apuna kansainvälisiä esimerkkejä "never events" -listoista, ja kartoittaa valittujen asiantuntijoiden avulla mahdollisuuksia synnyttää vastaavanlainen lista HUS:lle. Tavoitteena, "never events" -listalla, on turvata ja parantaa potilasturvallisuutta ennaltaehkäisemällä vakavia, kuoleman tai vakavan vamman tai haitan aiheuttamia tapahtumia. Listan olisi, käyttöön otettuna, tarkoitus elää ja muuttua tarpeen mukaan.</p> <p>Työ oli toteutettu kehittämistyönä, joka koostui neljästä päävaiheesta: tiedon keruu, analyysi, asiantuntija-arvio ja lopputulos. Asiantuntija-arvio toteutettiin kyselynä. Kysely oli jaettu luodun "never events" -listan mukaan viiden otsikon alle: kirurgia, lääkkeet, radiologia, synnytys / naiset ja lapset sekä yleiset. Jokaisen otsikon alla oli siihen liittyviä haittatapahtumia, joiden soveltuvuutta HUS:iin valitut asiantuntijan arvioivat asteikolla 1-5. Lopussa oli lisäksi kaksi avointa kysymystä.</p> <p>Kirurgiaa ja lääkkeitä koskevat haittatapahtumat olivat saaneet selvimmän erittäin hyvin soveltuvia vastauksia. Myös radiologista haittatapahtumaa koskeva kohta oli saanut huomattavan määrän erittäin hyvin / hyvin soveltuvia vastauksia. Vastauksista eniten hajontaa oli synnytyksiin / naisiin ja lapsiin liittyvissä haittatapahtumissa sekä yleisissä haittatapahtumissa. Kyselyllä saatiin esiin kehittämisehdotuksia sekä alkuvaiheen kartoitus tämän hetkisen listan käytettävyydestä. Avoimien kysymysten vastausten perusteella esimerkiksi päällekkäisraportointia tulisi välttää. Tämän takia tulisi miettiä vielä, minkä tyyppisiä tapahtumia ilmoitetaan ja minne, ja onko niissä eroteltu selkeästi vakavat haittatapahtumat ja kuolemat lievemmistä tapahtumista.</p>	
Avainsanat	potilasturvallisuus, "never event", "never events" lista, haittatapahtuma

Author Title	Taina Lappalainen Never events -lists – Viewpoint mapping of HUS operatives
Number of Pages Date	29 pages + 12 appendices 17 September 2014
Degree	Master's degree
Degree Programme	Clinical expert
Specialisation option	
Instructor	Liisa Kuokkanen, DHS, Senior Lecturer
<p>'Never events' are serious, and for the most part preventable, mistakes made on the health care sector; they are mistakes that should never take place. Incidents considered as 'never events' are those which cause serious injury or death. (Colorado Business Group on Health 2009:2; Cummings – Sir Keogh 2012:4.)</p> <p>The goal of the thesis was to create a 'never events'-list using international examples of 'never events'-lists, thus mapping out possibilities, with the help of chosen experts, to create a similar list for HUS. The eventual purpose of the 'never events'-list is to ensure and improve patient security by preventing adverse events leading up to death or serious injury or disability. If viable for use, the list should be updated and modified according to specific needs.</p> <p>The thesis was completed as a developmental project consisting of four main phases: data collection, analysis, expert opinion, and result. The expert analysis was completed via questionnaire, which was divided into five topics according to the 'never events'-list created: surgery, medical treatment, radiology, child-birth/women and children, and general. Each topic had adverse events, the suitability of which for HUS was evaluated by chosen specialists on a scale from 1 to 5. There were also two open-ended questions at the end of the questionnaire.</p> <p>Adverse events dealing with surgery and medical treatment received the most responses stating high suitability. The topic concerning adverse events and radiology also received a significant amount of extremely well suited/well suited -responses. The most deviation in responses was with adverse events in child-birth/women and children as well as with the general category. The questionnaire brought some development suggestions to the surface, and it also mapped out the current useability of the list. Based on the open-ended questions, for example, double reporting should be avoided, and thus it should be carefully considered, which type of events are reported and where, and if serious injuries and deaths have been clearly separated from less adverse events.</p>	
Keywords	patient safety, "never event", "never events" -list, adverse event

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Keskeiset käsitteet	2
2.2	Aikaisemmat tutkimukset	3
3	Kehittämistehtävät	4
4	Menetelmät	5
4.1	Tiedonhaku	6
4.2	Kehittämistyön eteneminen	8
4.3	Kehittämistyö	8
4.3.1	Kehittämistyön lähestymistapa	8
4.3.2	Kehittämistyön menetelmät	9
4.4	Aineistot	10
4.4.1	"Never events" -esimerkkilistat	10
4.4.1.1	Haittatapahtumien yhdistäminen	12
4.4.1.2	Haittatapahtumien poistaminen	13
4.4.1.3	Haittatapahtumista muotoutunut lista	14
4.4.2	Listan asiantuntija-arvio	17
5	Tulokset	17
5.1	"Never events" -listan asiantuntija-arvio	18
5.2	Avoimet kysymykset	23
6	Pohdinta	24
6.1	Kehittämistyön suunnittelu ja tavoitteet	24
6.2	Kehittämistyön tulokset	24
6.3	Eettisyys	26
6.4	Luotettavuus	26
	Lähteet	27
	Liitteet	
	Liite 1. Tietokantahaut	
	Liite 2. Esimerkkilistojen etsiminen Medline (Ovid) tietokantahakua käyttäen	

- Liite 3. Iso-Britannian "never events" -lista
- Liite 4. Yhdysvaltojen "serious reportable events" -lista
- Liite 5. Coloradon "never events" -lista
- Liite 6. Minnesotan "reportable events" -lista
- Liite 7. Ranskan "never events" -lista
- Liite 8. Haittatapahtumien vertailua taulukoinnin avulla
- Liite 9. "Never events" -listan muotoutuminen
- Liite 10. Yhdistettyjen haittatapahtumien nimeäminen
- Liite 11. Saatekirje
- Liite 12. Kyselylomake

1 Johdanto

Potilasturvallisuuteen on kiinnitetty viime vuosina yhä enemmän huomiota. Toukokuun alussa 2011 tuli voimaan Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöön panosta laadittavasta suunnitelmasta. (Suomen säädöskokoelma, 341/2011). Asetuksen mukaan suunnitelman sisällössä on sovittava muun muassa turvallisuus- ja laatuongelmien ennakoiminen sekä turvallisuusriskien tunnistaminen ja hallinta (1 §, kohta 7) sekä vaara- ja haittatapahtumien tunnistaminen ja raportointi, ja korjaavia toimenpiteitä koskevat menettelytavat (1 §, kohta 8).

Suomessa on käytössä HaiPro, terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). HaiPro on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja kokonaiskäyttäjämäärä sillä on yli 130 000. Raportointi järjestelmään perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (HaiPro 2013). Tämä tukee potilasturvallisuuden kehittymistä ja kehittämistä Suomessa. Erilaisten raportointijärjestelmien kautta voidaan seurata tilastoja vaaratilanteista ja niihin johtaneista syistä sekä toimenpiteistä vaaratilanteen jälkeen. Riskien seuranta ja arviointi ovat tärkeitä kehitettäessä työympäristöä sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä.

Potilasturvallisuuteen liittyviä listauksia on erilaisia, esimerkiksi leikkaussalin tarkistuslista, jota Valvira kehottaa käyttämään (Valvira, Leikkaussalin tarkistuslista). Tarkistuslistojen lisäksi on ns. "never events" -listoja, joissa kuvataan tapahtumat, joita ei tulisi tapahtua lainkaan. Suomessa tällaista listaa ei vielä ole käytössä. Kyseessä ovat sellaiset vakavan haitan, vamman tai kuoleman aiheuttavat haittatapahtumat, joita organisaation oman käsityksen mukaan, omassa organisaatiossa ei saisi tapahtua milloinkaan – kaikki vakavatkaan haittatapahtumat eivät siis automaattisesti ole "never eventsejä". "Never events" -listan ja ohjeistuksen avulla pyritään samaan "never eventsit" nollaan (Cummings - Sir Keogh 2012: 4). Tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä, vaan vastauksia, miksi näin kävi ja miten sen voi estää tapahtumasta uudelleen. Virheiden löytäminen ja niistä oppiminen auttaa organisaatiota estämään niiden tapahtumista. (Cummings - Sir Keogh 2012: 6.)

Tämän työn tarkoituksena oli kartoittaa HUS:in eri rooleissa toimivien henkilöiden käsityksiä kansainvälisillä "never events" -listoilla olevien haittatapahtumien sopivuudesta

HUS:ssa käytettäväksi. Kartoitus on apuna HUS:ssa jatkossa, mahdollisesti käyttöön otettavaa "never events" -listaa muodostettaessa.

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Keskeiset käsitteet

Keskeisiä käsitteitä ovat potilasturvallisuus, "never events" ja "never events" -lista.

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan tässä työssä potilaan turvallisuutta kun hän on hoidettavana. Potilas saa oikeanlaista hoitoa ja oikealla tavalla ilman, että siitä koituu hänelle vahinkoa tai vaaraa. Potilasturvallisuus määritellään Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanastossa näin:

Terveysturvalloissa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta; potilaan näkökulmasta sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa; kattaa sekä hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden että laiteturvallisuuden; osa hoidon laatua (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006).

"Never eventsit" ovat vakavia, suurimmaksi osaksi estettävissä olevia virheitä, terveydenhuollossa, joita ei pitäisi tapahtua koskaan. "Never eventeiksi" luetaan tapahtumat, joista aiheutuu vakava vamma tai kuolema. (Colorado Business Group on Health 2009: 2; Cummings - Sir Keogh 2012: 4.) Kun "never event" tapahtuu, tulisi selvittää miksi näin tapahtui ja oppia tilanteesta, eikä pelkästään etsiä henkilöä jota voidaan syyttää tapahtuneesta (Cummings - Sir Keogh 2012: 1, 4-5). Organisaatiot valitsevat itse oman "never events" -listansa, jonka takia maailmalla olevat listat eivät ole täysin identtisiä. Kaikki kuolemantapaukset ja vakavat haittatapahtumat eivät automaattisesti ole "never eventsejä", vaan ne määritellään organisaatiokohtaisesti.

"Never events" -listalla tarkoitetaan tässä työssä listaa, johon on koottu erittäin haitallisia tapahtumia hoidossa, joista seuraa potilaalle vakava vamma, haitta tai kuolema. Listassa ei ole lieviä haittatapahtumia vaan ainoastaan vakavat tapahtumat joita ei saisi tapahtua lainkaan. Listauksen avulla on tarkoitus saada kehitettyä potilasturvallisuutta eteenpäin ja löytää virhekohtat jotka voidaan korjata. Tarkoituksena on saada toiminta sellaiseksi että saataisiin "never eventsit" nolnaan. (Cummings – Sir Keogh 2012; National quality forum 2011.)

”Never events” -listoista puhutaan tässä työssä englanninkielisellä nimityksellä, koska se on yleisesti tunnettu eikä siitä ole selkeää suoraa suomennosta. ”Never events” -listan ”eventeistä” käytetään tässä työssä jatkossa nimitystä haittatapahtuma, koska haittatapahtuma on yleisesti tunnetumpi termi suomen kielessä.

2.2 Aikaisemmat tutkimukset

Aikaisempien tutkimuksien avulla oli tarkoituksena nostaa esille joitakin potilasturvallisuuteen liittyviä ajankohtaisia aiheita, jotka toimivat taustatietona ja tukena työssä. Aihe ja tutkimuksen sisältö tuli olla potilasturvallisuuteen ja sen kehittämiseen liittyvä tai vakaviin haittatapahtumiin liittyvä. Materiaalit käytiin läpi otsikkotasolla, jonka jälkeen siirryttiin tiivistelmän tasolle, josta taas edettiin koko tekstin läpi käymiseen. Valittuihin tutkimuksiin otettiin mukaan ne, jotka käsittelevät potilasturvallisuutta ja haittatapahtumia yleisellä tasolla.

Hoitovirheen todelliset kustannukset tuotava esiin -artikkelissa (Purmonen 2010) kerrotaan yhden esimerkkitapauksen valossa kustannuksista joita syntyy hoitovirheistä. ”Never events” -listan avulla voidaan vaikuttaa kustannuksiin. Vakavan haitan, vamman tai kuoleman aiheuttavien haittatapahtumien seuranta vaikuttaa onnistuessaan hoitovirheistä koituvien kustannusten pienenemiseen.

Miten löytää terveydenhuollon haittatapahtumat kuolemansyyrekisteristä -tutkimus (Manderbacka ym. 2012) toi näkökulmaa kuolemaan johtavien haittatapahtumien selvittämisestä. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin lopuksi, että kuolemansyyrekisteristä ei voida saada tarkkaa tietoa haittatapahtumiin liittyvistä kuolemista. Tämä tieto olisi ollut mielenkiintoinen taustatieto tämän työn kannalta, sekä ylipäänsä potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta. Tutkimuksen mukaan haittatapahtumat tulisi merkitä yksiselitteisemmin ja läpinäkyvämmiin tulevaisuudessa, jotta niistä olisi mahdollista saada tarvittava tieto tutkittaessa terveydenhuollon haittatapahtumista johtuvia kuolemia.

Suomessa on tutkittu potilasturvallisuuteen viitaten myös haittatapahtumista koituvia taloudellisia vaikutuksia (Järvelin – Haavisto – Kaila 2010). Haittatapahtumilla artikkelissa tarkoitetaan sellaista tapahtumaa potilaan hoidossa, josta on potilaalle jotakin haittaa. Artikkelin aihe oli paljon laajempi kuin opinnäytetyöni aihe. Opinnäytetyössäni käsittelem vakavaa haittaa tai kuoleman aiheuttavia, estettävissä olevia tapahtumia, kun artikkelissa käytiin läpi yleisesti kaikkia haittatapahtumia.

Päivi Kuisman (2010) tekemä potilasturvallisuuteen liittyvä pro gradu -tutkielma, Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä, toi hyvin esille potilasturvallisuuteen kasvaneen kiinnostuksen myös kansainvälisellä tasolla. Tutkielmassa oli koottu aineistoa yhden organisaation vaaratapahtumailmoituksista ja ne oli analysoitu sekä määrällisesti että laadullisesti. Tulosten mukaan ilmoitusaktiivisuus vaihteli suuresti eri ammattiryhmien mukaan. Potilasturvallisuuden kehittämisessä avainasemassa oli vaaratapahtumista ilmoittaminen. Kuisma oli tuonut myös esiin huomioitavan seikan siitä, että pelkkä tiedon keruu ja vaaratapahtumailmoitusten käsittely ei lisää potilasturvallisuutta. Näitä ilmoituksia ja tapahtumia tulisi analysoida systemaattisesti sekä jakaa tietoa eteenpäin. Kuisman mukaan potilasturvallisuuden kehittäminen tulisi nähdä osana jatkuvaa hoidon laadun kehittämistä.

Keistinen, Kinnunen ja Holm (2008) toivat esille, että ilmoitusten kerääminen rekisteriin ei ole tärkein hoitoa turvallisemmaksi tuova asia. He pitivät toiminnan kehittämistä ja ilmoitusten pohjalta oppimista tärkeämpänä keinona kehittää hoitoa turvallisemmaksi. Artikkelissa tuotiin esiin myös terveydenhuollon läpinäkyvyys raportointi järjestelmää käyttämällä. Tämä tuo potilaille turvallisuuden tunnetta. Mikään yksittäinen lista tai rekisteri ei yksinään pysty nostamaan potilasturvallisuutta eri organisaatioissa, siihen tarvitaan muun muassa käytännön työn muutoksia oikeaan, turvallisempaan suuntaan.

BBC:n sivuilla löytyi lista Iso-Britannian sairaaloista johon on listattu sairaaloissa tapahtuneet "never eventsit" (BBC News Health). Sairaalan nimeä klikkaamalla saa auki mitä "never eventsejä" on tapahtunut kyseisessä sairaalassa ja kuinka paljon. Tässä on hyvä esimerkki listan eteenpäin viemisessä ja informaation jakamisesta tavalliselle kansalaiselle. Näin saadaan listattua tapahtumat ylös ja näkyville, tavoitteena on tietenkin nolla. (BBC News Health: <http://www.bbc.co.uk/news/health-22466496>)

3 Kehittämistehtävät

Tämän työn tarkoituksena oli luoda "never events" -lista, käyttäen apuna kansainvälisiä esimerkkejä "never events" -listoista, ja kartoittaa valittujen asiantuntijoiden (n=180) avulla mahdollisuuksia synnyttää vastaavanlainen lista HUS:lle. Tavoitteena, "never events" -listalla, oli turvata ja parantaa potilasturvallisuutta ennaltaehkäisemällä vakavia, kuoleman tai vakavan vamman tai haitan aiheuttamia tapahtumia. Listan olisi, käyttöön otettuna, tarkoitus elää ja muuttua tarpeen mukaan.

Yksilöidyt kehittämistehtävät ovat:

1. Tutustua maailmalla oleviin ”never events” -listoihin ja analysoida niitä.
2. Arvioida analysoinnin tuloksena luodun listan haittatapahtumien soveltuvuutta (HUS:iin) asiantuntijoiden avulla (kysely).
3. Tehdä ehdotus HUS:in ”never events” -listaksi aiempien listojen ja asiantuntijoiden ehdotusten pohjalta.

”Never events” -lista ja sen hyödyntäminen auttaa tulevaisuudessa kehittämään toimintaa niin, ettei vakavia, kuoleman tai vakavan vamman tai haitan aiheuttamia tapahtumia satu.

4 Menetelmät

Tässä työssä sivutaan lean -ajattelutapaa. Resurssitehokkuus on tavallisin tehokkuuden muoto, johon monet organisaatiot keskittyvät. Resurssitehokkuudessa korostetaan arvoa tuottavien resurssien tehokasta hyödyntämistä. Hyvässä resurssitehokkuudessa on tärkeää varmistaa, että resursseilla on aina jokin virtausyksikkö työn alla. Virtaustehokkuudessa taas kiinnitetään huomiota pääasiassa virtausyksikköön, esimerkiksi potilaaseen. Leanissa keskeistä on nimenomaan virtaustehokkuus. Hyvässä virtaustehokkuudessa on tärkeää pitää virtaus käynnissä niin, että koko ajan jokin resurssi jalostaa virtausyksiköitä. (Modig - Åhlström 2013: 7, 13, 21, 47.)

Ennen kuin voi saada käsityksen virtaustehokkuudesta, on ymmärrettävä prosessien toimintaa, sillä virtaustehokkuus syntyy prosesseissa. Prosessi tulisi määritellä aina virtausyksikön (esim. potilaan) näkökulmasta, jotta virtaustehokkuutta pystyttäisiin todella ymmärtämään. (Modig - Åhlström 2013: 17, 19.) Prosessin sujuvuuteen sairaalassa liittyy oleellisesti se että, kaikki tietävät kuinka toimitaan, virheitä ei saa tehdä ja käytäntöjen tulisi olla yhtenäiset. Toimintatapojen sisäistämisen puuttuminen ja virheiden tapahtuminen estää sairaalassa työn toimivuutta ja tehokkuutta, ja vaikuttaa näin ollen myös potilasturvallisuuteen. Lean ei ole työkaluja, menetelmiä tai periaatteita, vaan se on enemmänkin toimintastrategia. Se on toimintastrategia tavoitteiden, hyvän virtaustehokkuuden, saavuttamiseksi. (Modig - Åhlström 2013: 127, 140.)

"Never events" -lista on osa potilaan joustavaa kulkua sairaalassa, yksi prosessi osana isoa kokonaisuutta. Listan avulla saadaan käyttöön työkalu, jonka avulla saadaan keinoja työn kehittämiseen ja potilaan tehokkaaseen, mutta turvalliseen hoitoon.

4.1 Tiedonhaku

Aikaisempia tutkimuksia "never events":stä haettiin käyttäen Medline (Ovid) -hakua, Medic -hakua sekä Terveysportti -hakua (Liite 1). Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja sekä niiden yhdistelmiä: "never events", "patient safety", "preventable errors", "potilasturvallisuus" ja "kehi*". Hakusanat valittiin työn aiheen perusteella niin, että saataisiin esiin taustatietoa potilasturvallisuudesta ja sen kehittämisestä Suomessa sekä potilasturvallisuuteen liittyviä listauksia kansainvälisellä tasolla. Hakujen kielinä käytettiin suomea ja englantia. Haut rajattiin kaikissa tapauksissa koskemaan viimeistä viittä vuotta, koska potilasturvallisuus aiheena on hyvin muuttuva ja kehittyvä osa-alue. Työssä haluttiin saada tuoretta tietoa potilasturvallisuudesta ja sen tämänhetkisestä tilanteesta.

Listoja haettiin Medline (Ovid) tietokannasta hakusanalla "never events", jolla ei saatu osumaa yhteenkään listaan. Tämän lisäksi Medline tietokantahaku tehtiin edellisen haun tuloksista katsottujen MeSH (Medical Subject Headings) -sanojen perusteella, jotka nousivat esiin Medlinen kautta, tekstin täydellisen viitteen alta (Liite 2). Näitä hakusanoja olivat: medical errors, patient safety, quality improvement, safety management, hospital standards, hospital administration ja risk management. Näihin sanoihin lisättiin sana "list", jotta saataisiin esiin mahdolliset listat. Tuloksena ei saatu esille eri maiden "never events" -listoja. Näillä hauilla löytyi esimerkiksi erilaisia leikkaussalin tarkistuslistoja. Lisäksi löytyi erilaisia spesifejä potilasturvallisuuteen liittyviä seikkoja, esimerkiksi lääkkeiden käyttöön liittyviä virheitä ja niiden kirjaamista. Tämän lisäksi hakutulokset olivat joidenkin sanojen kohdalla todella runsaita, joten kaikkien järjestelmällinen läpikäynti olisi vienyt enemmän aikaa kun tähän vaiheeseen oli tarkoituksenmukaista käyttää.

Varsinaisia potilasturvallisuuden "never events" -listoja haettiin Google -haun kautta, koska muut hakukoneet ja tietokantahaut eivät ole tuoneet niitä esiin. Google-haku oli perusteltu haku myös sen takia, että tarkoituksena oli löytää esimerkkilistoja muualta maailmasta, ei kartoittaa kaikkia maailmalla olevia listoja. Google-haussa käytettiin hakusanoina "never events" sekä maakohtaisesti "patient safety never events" ja li-

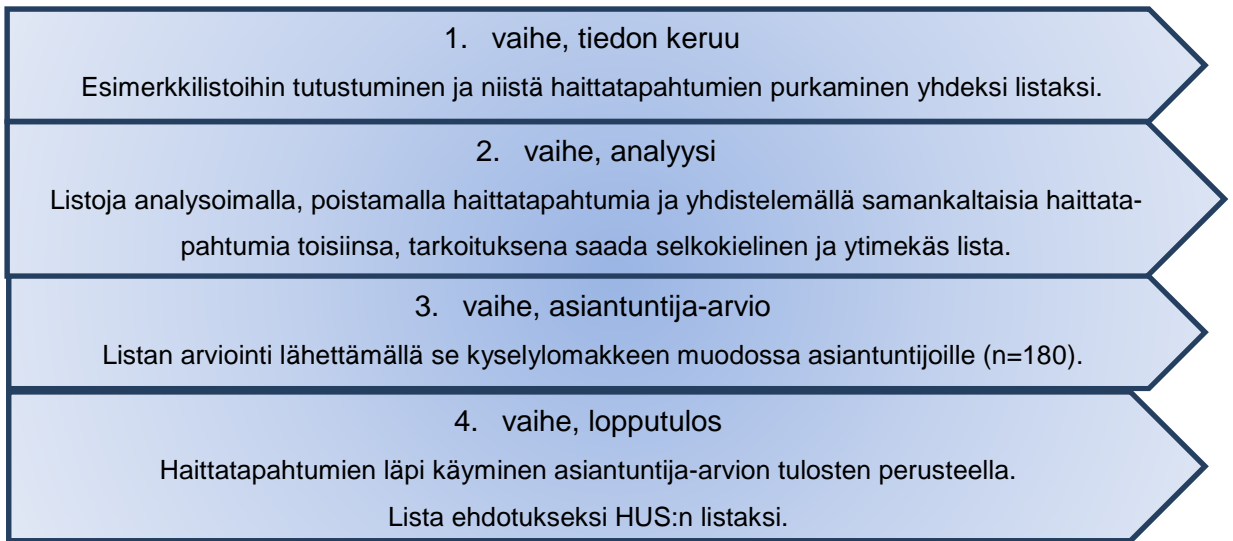
säämällä loppuun maa (USA, UK, Australia, Sweden, Norway, Denmark, Iceland, Germany ja France). Hauilla löytyi työssä käytettävät, potilasturvallisuuteen liittyvät, esimerkkilistaukset. Listoista yksi oli Iso-Britanniasta, kolme Yhdysvalloista sekä yksi Ranskasta (Liitteet 3-7).

Listojen luotettavuus näkyi niiden tekijöistä sekä yhteistyötahoista. Voidaan olettaa, että alla olevassa listassa käydyt tahot ovat alan asiantuntijoita, joiden tuottamiin sisältöihin voidaan näin ollen luottaa:

- Iso-Britannian "never events" -lista on Department of Health:in (DH) tuottama, ja tehty yhteistyössä National Health Servicen (NHS) kanssa.
- Yhdysvaltojen Serious Reportable Events In Healthcare -listan takana on National Quality Forum (NQF).
- NQF:n listan jälkeen Colorado Business Group on Health, loi Coloradolle oman listansa, joka mukaili NQF:n listaa.
- Minnesotan listan taustalla on Minnesota Department of Health (MDH).
- Ranskan "never events" -lista löytyi posterista. Listan taustalla on French National Agency for Medicines and Health Products Safety.

4.2 Kehittämistyön eteneminen

Työ eteni neljässä päävaiheessa, jotka olivat:



Kuvio 1. Kehittämistyön vaiheet.

Vaiheet eivät kulkeneet tasaisesti edellisestä seuraavaan, vaan työn edetessä palattiin tarvittaessa edelliseen vaiheeseen ja sitten taas seuraavaan. Nuolet osoittavat suuntaan, johon mennään, mutta ne eivät osoita suuntaa ylhäältä alas -periaatteella.

4.3 Kehittämistyö

4.3.1 Kehittämistyön lähestymistapa

Kehittämistyön lähestymistapana oli konstrukttiivinen tutkimus (constructive research), jossa pyritään luomaan uusi rakenne käytännönläheiseen ongelmanratkaisuun. Uuden rakenteen luominen vaatii olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta, käytännöstä kerättävää, empiiristä, tietoa. (Ojasalo ym. 2010: 38, 65 - 66.) Tässä työssä olemassa olevaa teoreettista tietoa olivat kansainväliset listat ja käytännöstä kerättävä tieto tuli asiantuntijoilta kyselyn avulla. Potilasturvallisuus tulkittiin tässä työssä siksi käytännön ongelmaksi, johon haetaan uudenlaista ja teoreettisesti perusteltua vastausta. Vaikka potilasturvallisuus ei ole varsinaisesti ongelma, esimerkiksi HUS:ssä, on sen eteenpäinviemiseen hyvä tuoda esille erilaisia vaihtoehtoja, kuten tässä tapauksessa "never events" -lista. "Never events" -lista on Suomessa uusi, jonka esiintuminen voi auttaa tulevaisuuden haasteissa kun potilasturvallisuutta kehitetään entisestään. Kehittämis-

työn tuloksena syntyi ehdotus HUS:lle siitä, minkälainen ”never events” -lista voi olla, pohja sen eteenpäin kehittämiseksi ja sovittamiselle HUS:iin sopivaksi.

Konstruktivisessa tutkimuksessa on tärkeää dokumentoida eri vaiheet ja perustella käytettävät menetelmät. Lisäksi tutkimuksen loppuvaiheessa eri ratkaisuvaihtoehdot ovat esiteltävä sekä arvioitava ja valittu vaihtoehto tai valitut vaihtoehdot on perusteltava ymmärrettävästi. (Ojasalo ym. 2010: 67.)

4.3.2 Kehittämistyön menetelmät

Menetelminä tässä kehittämistyössä käytettiin dokumenttianalyysiä, kyselyä sekä koko työn ajan käytyä keskustelua, työelämän yhteyshenkilön, HUS:n kehittämissyylilääkärin, kanssa.

Dokumenttianalyysin tavoitteena on analysoida dokumentteja järjestelmällisesti ja luoda sanallinen, selkeä kuvaus tutkittavasta asiasta (Ojasalo ym. 2010: 121). ”Never events” -listan luominen alkoi kansainvälisten listojen analysoinnilla. Tässä työssä käytettiin aiempiin listoihin sisällönanalyysiä, jolla pyrittiin saamaan aineisto tiivistettyyn ja selkään muotoon informaatioarvon lisäämiseksi.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Ojasalo ym. 2010: 124 - 125), jota tässä työssä käytettiin, lähti aineiston tiivistämisestä ja selkeyttämisestä, jonka lopputuloksena syntyi yhtenäinen taulukko, jossa oli kaikki aineistosta löytyvät haittatapahtumat lueteltuna. Tämän jälkeen aineistoa lähdettiin ryhmittelemään sen mukaan mitkä haittatapahtumat ovat samankaltaisia ja yhdistettävissä olevia. Lisäksi poistettiin haittatapahtumia, jotka eivät olleet tämän työn kannalta oleellista ottaa mukaan, jotka ennemminkin syntyvät listan eläessä siinä ympäristössä mihin se on luotu. Kun haittatapahtumat oli yhdistetty ja niputettu selkeäksi kokonaisuudeksi, ne ryhmiteltiin omiin luokkiinsa, sen perusteella minkälainen haittatapahtuma oli kyseessä. Luokat nousivat listoissa olemassa olevista luokista (esim. kirurgia, lääkinnälliset, yleiset).

Sen lisäksi, että työssä olivat pohjana kansainväliset esimerkkilistat ja kyselytulokset, listan sisältöä ja sen syntymistä muokattiin matkan varrella myös työelämän yhteyshenkilön, HUS:n kehittämissyylilääkärin, kanssa. Tässä työssä kerättiin tietoa haittatapahtumien soveltuvuudesta HUS:iin, ja siihen riittää tulosten ilmaiseminen kuvailevalla

statistiikalla. Vastaukset kerättiin viisiportaisella Likertin asteikollisella kyselylomakkeella.

4.4 Aineistot

4.4.1 ”Never events” -esimerkkilistat

Työn taustalla oleva aineisto koostui kansainvälisten, arvostettujen eri toimijoiden listoista, jotka olivat esimerkkinä tämän listan laatimiselle (Liitteet 3 – 7). Listoja oli viisi, joista kolme oli Yhdysvalloista, yksi Iso-Britanniasta ja yksi Ranskasta. Listat tulivat analyysiin mukaan Google -haun kautta, jota käytiin tarkemmin läpi kappaleessa 2.1. Aineiston kattavuudesta ja sopivuudesta käytiin keskustelua työelämän yhteyshenkilön, HUS:n kehittämisylilääkärin, kanssa.

Luotettavuuteen, tässä opinnäytetyössä, vaikutti vahvasti aineiston kansainvälisyys. Käännökset teki työn tekijä itse käyttäen apuna sanakirjoja (mm. Gummeruksen suomi-englanti-suomi -sanakirjaa sekä sanakirja.org -sivustoa). Työn tekijällä ei ollut mahdollisuutta käyttää työssä käännöstoimistoa tai muuta vastaavaa maksullista palvelua. Käännöksiä läpikäynnissä työssä auttoi työelämän yhteyshenkilön, HUS:n kehittämisylilääkäri.

Kaikkien ”never events” -listojen tarkoituksena oli parantaa potilasturvallisuutta ja jakaa tietoa vakavista haittatapahtumista muiden laitosten kanssa. Kaikissa esimerkkilistoissa, paitsi Ranskan listassa, oli käytetty jonkinlaista otsikointia eri haittatapahtumille (Liitteet 3-7). Liitteisiin on käännetty listat niin kuin ne ovat olleet lähdemateriaaleissa.

Iso-Britannian lista laajentui vuonna 2011. Listassa oli ennen 8 haittatapahtumaa ja päivityksen jälkeen haittatapahtumia oli 25. Haittatapahtumat olivat koottu viiden eri otsikon alle: kirurginen, lääkinnälliset tapahtumat, mielenterveys, yleinen terveydenhuolto ja äitiys. Strategic health authority:yn (SHA) oli ilmoitettu ”Never eventsejä” vuonna 2010/11 166 kappaletta ja vuonna 2011/12 ilmoituksia oli 326 kappaletta. (Cummings – Sir Keogh 2012.)

National quality forum (NQF) kehitti ”serious reportable events of health care” -listan (yleisesti tunnettu ”never events” -listana) vuonna 2002, joka sisälsi 27 haittatapahtu-

maa. Lista tarkistettiin vuonna 2006. (Colorado Business Group on Health 2009: 2, 6.) Yhdysvaltojen serious reportable events -lista päivitettiin viimeksi 2011. Listassa oli yhteensä 29 haittatapahtumaa. Haittatapahtumat oli jaettu seitsemän eri otsikon alle: kirurgisen tai invasiivisen menettelyn tapahtumat, tuote- tai laitetapahtumat, potilaan suojeluun liittyvät tapahtumat, hoidon hallintaan liittyvät tapahtumat, ympäristölliset tapahtumat, radiologiset tapahtumat ja mahdolliset rikolliset tapahtumat. (National quality forum, 2011.)

Coloradon ”never events” lista oli koottu NQF:n listasta. Listassa oli 14 haittatapahtumaa, jotka oli jaettu kolmen eri otsikon alle: kirurgiset tapahtumat, laitteet ja hoidon hallinta. (Colorado Business Group on Health 2009.)

Minnesotan listassa oli yhteensä 28 haittatapahtumaa, jotka oli jaettu kuuden eri otsikon alle: kirurgiset tapahtumat, tuote- ja laitetapahtumat, potilassuojeluun liittyvät tapahtumat, hoidon hallintaan liittyvät tapahtumat, ympäristöön liittyvät tapahtumat ja rikolliset tapahtumat. Ilmoitettuja haittatapahtumia, aikavälillä 7.10.201 – 6.10.2012, oli yhteensä 314 kappaletta. Näistä tapahtumista 89 oli vakava vammautuminen, 14 kuolemaan johtanutta tapahtumaa ja muita 211 kappaletta. (Minnesota Department of Health 2013.)

Ranskan ”never events” -lista sisälsi 12 haittatapahtumaa. Ranskan ”never events” -lista käsitti enemmän lääkkeellisiä haittatapahtumia kuin muita haittatapahtumia. Listan oli koonnut French National Agency for Medicines and Health Products Safety (ANSM). (Martin-Brisac, N. ym. 2013.)

Kaikkien listojen haittatapahtumat kerättiin yhteen vertailutaulukoksi (Liite 8). Haittatapahtumia nousi aineistosta yhteensä 70 kappaletta. Vertailutaulukon luomisessa käytettiin apuna Coloradon listauksessa ollutta taulukkoa (Colorado Business Group on Health 2009: 2 – 4). Vertailutaulukon avulla oli tarkoitus hahmottaa kokonaistilanne alussa sekä saada pohja suomenkielisen lyhennetyn listan luomiseen.

Vertailutaulukon haittatapahtumia tarkasteltiin niin, että lopputuloksena saatiin mahdollisimman selkeä ja yhtenäinen kokonaisuus haittatapahtumista. Vertailutaulukon haittatapahtumista osa jätettiin pois kokonaan, osa yhdistettiin keskenään ja osa jäi listaan sellaisenaan kuin ne olivat olleet vertailutaulukossa. Tässä osiossa konsultoitii työelämän yhteyshenkilöä, HUS:n kehittämissyylilääkärää. Listan 70 haittatapahtumasta jätettiin

sellaisenaan 20 haittatapahtumaa, yhdistettiin 31 haittatapahtumaa kymmeneksi haittatapahtumaksi sekä poistettiin kokonaan 19 haittatapahtumaa (Liite 10).

4.4.1.1 Haittatapahtumien yhdistäminen

Yhdistettyjä haittatapahtumia oli yhteensä 31 kappaletta (Liite 9). Haittatapahtumien yhdistämisen jälkeen jäljelle jäi yhteensä kymmenen haittatapahtumaa (Liite 10), joka oli 21 tapahtumaa vähemmän kuin alun perin. Yhdisteltäessä haittatapahtumia toisiinsa, tarkoituksena oli yhdistää samankaltaiset keskenään niin, että listan selkeys säilyy. Alla on selvitetty vielä kaikkien kymmenen haittatapahtuman muotoutumista hieman tarkemmin.

Kirurgisista haittatapahtumista yhdistettiin kolme haittatapahtumaa keskenään ja yhteiseksi nimeksi jätettiin ”Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärään kohteeseen”. Kaikki kolme liittyivät samaan asiaan, eli väärään kirurgiseen tai invasiiviseen menettelyyn, mutta oli tuotu eri tavoin esiin.

Lääkityksen kohdalla yhdistettiin kymmenen haittatapahtumaa niin, että listaan jätettiin yleinen lääkitysvirheitä koskeva haittatapahtuma, ”Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä”. Listan eläessä, voidaan tarvittaessa tarkentaa eri lääkkeitä koskevia haittatapahtumia. Kaksi haittatapahtumaa koski kemoterapiaa. Toinen niistä koski väärää reittiä kemoterapiassa ja toinen yliannostusta, varsinkin lasten kohdalla. Nämä yhdistettiin yhdeksi yleiseksi, ”Väärä reitti tai yliannostus kemoterapiassa”.

Potilaan itsemurhaa koskevia haittatapahtumia oli kaksi, jotka yhdistettiin yhdeksi, ”Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa”. Toinen yhdistetyistä koski erityisesti itsemurhan tekemistä käyttäen ei-romahtavia kiskoja (esim. verhokiskoja), joka liittyy laitospäristöön ja on näin ollen paikkakohtaista tietoa.

Potilaan putoamista koskevia haittatapahtumia oli kaksi. Nämä yhdistettiin yhdeksi yleiseksi, ”Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut putoaminen potilaan ollessa hoidossa”. Tämä kattaa kaikki potilaan putoamiset, ja tarvittaessa tätä voidaan tarkentaa. Toinen haittatapahtuma koski potilaan putoamista ja toinen koski putoamista ikkunasta. Kaksi haittatapahtumaa koski potilassänkyjen laitoja, sängynreunoja ja voimaseiteitä / lepoiteita. Toinen haittatapahtumista koski vain sängynreunoihin kiinni

jäämistä kun taas toisessa käsiteltiin asiaa laajemmin. Näiden kahden yhteiseksi haittatapahtumanimeksi tuli ”Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen, joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana”.

Painehaavaumia koskevia haittatapahtumia oli niin ikään kaksi, jotka yhdistettiin yhdeksi. Toisessa käsiteltiin painehaavaumia numerotasojen perusteella kun toisessa niitä oli käsitelty tekstimuodossa. Yhteiseksi nimitykseksi jäi ”Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalan tulon jälkeen”.

Verivalmisteiden käyttöä koskevia haittatapahtumia oli yhdistettävissä yhteensä neljä. Verivalmisteiden käyttö on oma erikoisalansa, jonka takia tähän listaan on pyritty saamaan esiin mahdollisimman selkeä yleinen nimitys. Haittatapahtumissa puhuttiin epäsojivan verituotteen käytöstä, ABO-yhteensopimattoman veren käytöstä, ABO-yhteensopimattoman elimen siirrosta sekä epäluotettavasta verivalmisteiden käsittelystä. Näille neljälle luotiin yksi haittatapahtumanimi, ”Epäsojivan verivalmisteen käyttö tai verivalmisteiden epäluotettava käsittely joka johtaa potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan”.

Kaksi haittatapahtumaa koskien potilaan tai hoitohenkilökunnan palovammaa yhdistettiin yhdeksi haittatapahtumaksi, ” Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma, joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vammautumisen”. Palovammoja voi olla erilaisia, riippuen ympäristöstä jossa toimitaan. Tämä on yksi haittatapahtumista joka elää käytännön tuoman tiedon ja kokemuksen mukaan.

Kaksi raskautta / synnytystä koskevaa haittatapahtumaa yhdistettiin yhdeksi, ”Matalan riskin raskauden aikainen tai synnytyksen aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa”. Tämä alue on omaa erikoisaluetta, joka elää ja muotoutuu käytännön työstä nousseiden tapahtumien mukaan.

4.4.1.2 Haittatapahtumien poistaminen

Poistettuja haittatapahtumia oli yhteensä 19 kappaletta (Liite 9). Haittatapahtumien poistaminen perusteltiin ensinnäkin sillä, että ne nousevat käytännön työstä, ja ovat näin ollen enemmän paikkakohtaisia kuin yleisiä. Toiseksi sen perusteella, että kyseessä ei ollut suoraan vakavan vamman tai kuoleman aiheuttava tapahtuma.

Siirretyn vangin karkaamista ei laskettu tässä suoraan vakavan vamman, haitan tai kuoleman aiheuttavaksi tapahtumaksi. Lisäksi samainen haittatapahtuma on käytännöstä mahdollisesti nouseva tapahtuma. Kaikki muut 18 haittatapahtumaa olivat haitan, vamman tai kuoleman aiheuttavia, mutta yksityiskohtaisempia, jotka nousevat esiin käytännön työstä myöhemmässä vaiheessa. Nämä haittatapahtumat olivat enemmän tai vähemmän niin sanotusti paikkakohtaisia haittatapahtumia. ”Never events” -listan on tarkoitus käyttöön otettaessa nimenomaan laajentua ja elää tilanteiden ja käytännön tuoman informaation mukaan.

4.4.1.3 Haittatapahtumista muotoutunut lista

Listaan luotiin viisi pääotsikkoa: kirurgia, lääkkeet, radiologia, synnytys / naiset ja lapset ja yleiset. Otsikon ”yleiset” alle laitettiin kaikki haittatapahtumat, jotka eivät suoraan kuuluneet muiden otsikoiden alle. Tämän listan ja sen rakenteen on tarkoitus elää ja muuttua organisaation tarpeiden mukaan. Tästä listasta tehtiin kyselylomakkeeseen runko, jolla selvitettiin jokaisen haittatapahtuman soveltuvuutta HUS:iin.

Kirurgia

1. Väärä implantti / proteesi.
2. Potilaaseen jäänyt vierasesine leikkauksen jälkeen.
3. Toimenpiteen aikana tai välittömästi sen jälkeen tapahtuva potilaan kuolema, koskien ASA 1 luokan potilasta.
 - ASA- eli anestesia- luokitus. ASA 1 on terve yli 1-vuotias tai alle 65-vuotias henkilö (Päiväkirurgiseen anestesiaan soveltuva potilas, 2013).
4. Anesteettien väärin käyttäminen leikkaussalissa.
5. Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärään kohteeseen.

Lääkkeet

1. Väärä reitti tai yliannostus kemoterapiassa.
2. Epäsopivan verivalmisteen käyttö tai verivalmisteiden epäluotettava käsittely joka johtaa potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan.
3. Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä.
4. Epiduraalin käyttö intravenoosisti.

Radiologia

1. Potilaan tai henkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammautumiseen johtava metalliesineen vieminen MRI-alueelle.

Synnytys / naiset ja lapset

1. Matalan riskin raskauden aikainen tai synnytyksen aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa.
2. Vastasyntyneen kuolema tai vakava vamma synnytyksen aikana matalan riskin raskaudessa.

Yleiset

1. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava kontaminoidun lääkkeen, laitteen tai elollisen (bioottisen) materiaalin käyttö.
2. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava laitteen käyttö, jossa laitetta on käytetty väärin tarkoituksiin, ohjeistuksen vastaisesti.
3. Huonosta verensokerin seurannasta johtuva kuolema tai vakava vamma.
4. Väärin asetettu nenä-mahaletku tai suu-mahaletku.

5. Väärän kaasun käyttäminen.
6. Epäonnistunut happisaturaation seuraaminen ja toimiminen sen mukaisesti.
7. Ilmaembolia.
8. Virheellinen potilaan tunnistaminen.
9. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen johtuen sähköiskusta potilashoitotilanteessa.
10. Mikä tahansa tapahtuma, jossa henkilö esiintyy valheellisesti lääkärinä, hoitajana, farmaseuttina tai muuna laillistettuna hoitohenkilökunnan jäsenenä.
11. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella.
12. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava fyysinen pahoinpitely, joka tapahtuu terveydenhuollon toimintayksikön alueella.
13. Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa.
14. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen, joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana.
15. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut putoaminen potilaan ollessa hoidossa.
16. Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalan tulon jälkeen.
17. Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma, joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vammautumisen.

18. Virhe potilashoidossa kun potilasta hoidetaan antikoagulanteilla.

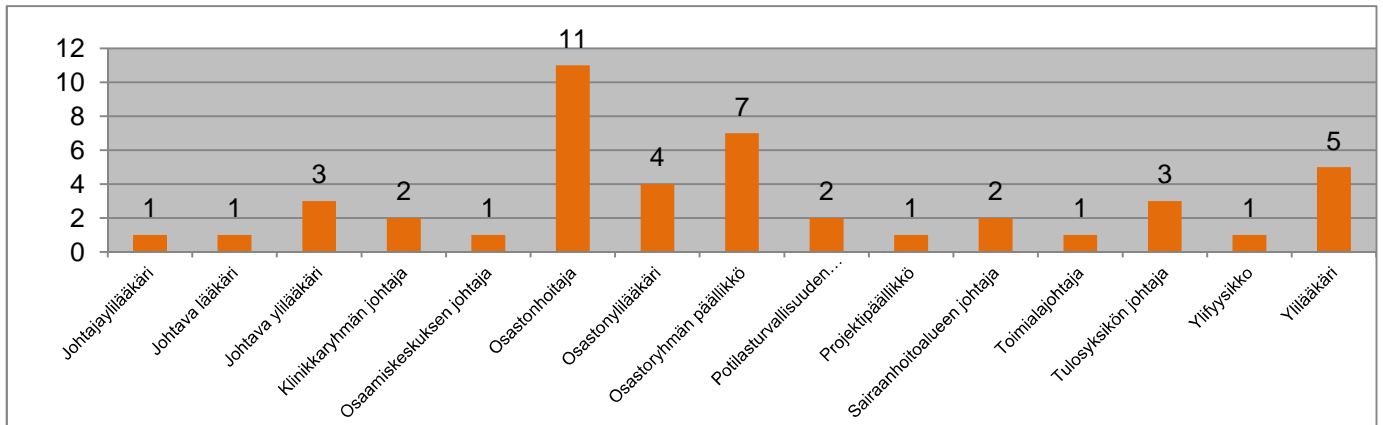
4.4.2 Listan asiantuntija-arvio

Kysymyslomakkeella kysyttiin listan haittatapahtumien soveltuvuutta HUS:iin (N=180). Jokainen haittatapahtuma oli oma kysymyksensä, johon pyydettiin vastaamaan viisiportaisen asteikon mukaisesti (1 = ei sovellu lainkaan, 5 = soveltuu erittäin hyvin). Kysymyslomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä: ”Haluaisitko lisätä jonkin haittatapahtuman listaan, minkä?”, ”Onko jokin muu asia, minkä haluaisit tuoda esiin koskien listaa, mikä?”. Tällä tavoin saatiin kerättyä myös hieman syvällisempää tietoa asiantuntijoilta.

Kysely tehtiin sähköisesti ja suunnattiin potilasturvallisuuden ohjausryhmän jäsenille, linjajohdon eri tason esimiehille, tulosalueiden / tulosyksiköiden johtajille, osastoryhmien päälliköille, klinikkaryhmänjohtajille, valituille ylilääkäreille sekä valituille osastonhoitajille. Valitut asiantuntijat olivat tulleet valituksi kyselyyn työelämän yhteyshenkilön, HUS:n kehittämisylilääkärin, ehdotuksesta. Aineisto analysoitiin tilastollisesti ja tulokset ilmaistiin kuvailevan statistiikan avulla.

5 Tulokset

Kyselyyn vastasi 40 henkilöä (=n), vastausprosentti oli 22,2 %. Kyselyyn vastanneiden roolit on kuvattuna alla olevassa kuviossa. Kyselyssä rooleista pystyi valitsemaan useamman roolin, tämän takia rooleista tuli summaksi enemmän kuin vastaajien lukumäärä oli.

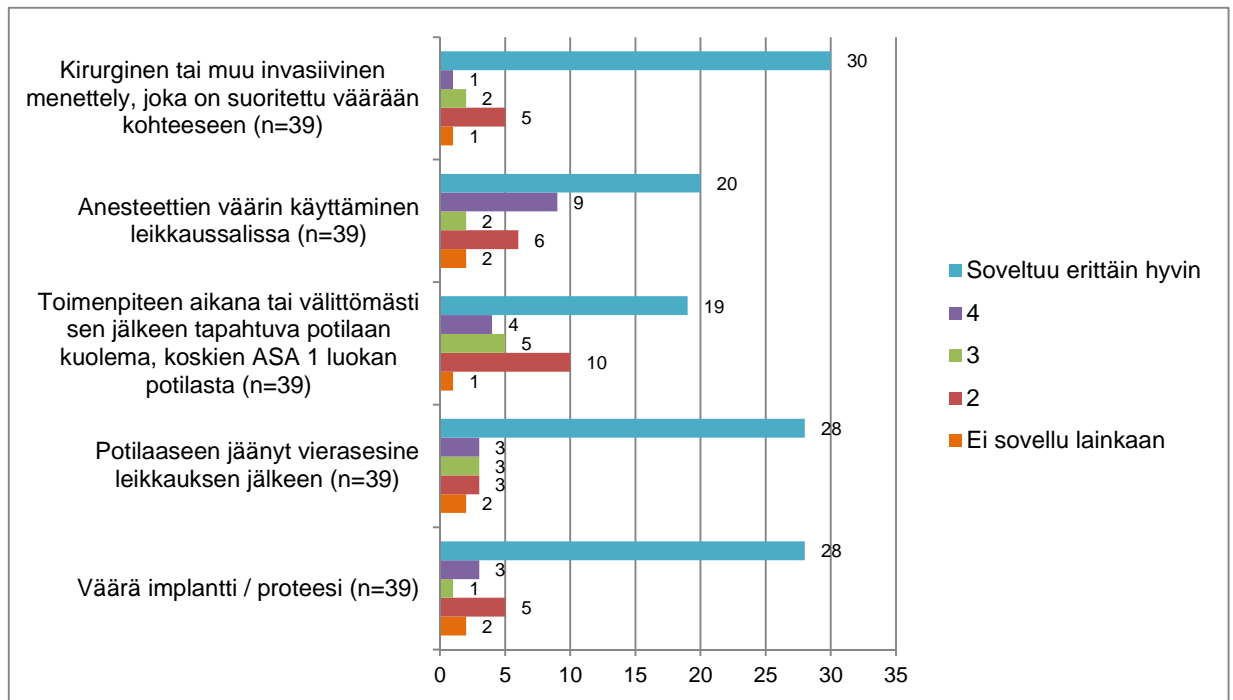


Kuvio 2. Vastaajien (n=40) roolit.

Tulokset jaettiin kahteen osaan, jossa ensimmäisessä käytiin läpi "never events" -lista ja toisessa avoimien kysymysten vastaukset. Tuloksissa käytettiin frekvenssiä eli havaintojen lukumäärää prosenttien sijaan, koska vastaajien määrä oli maksimissaan 40.

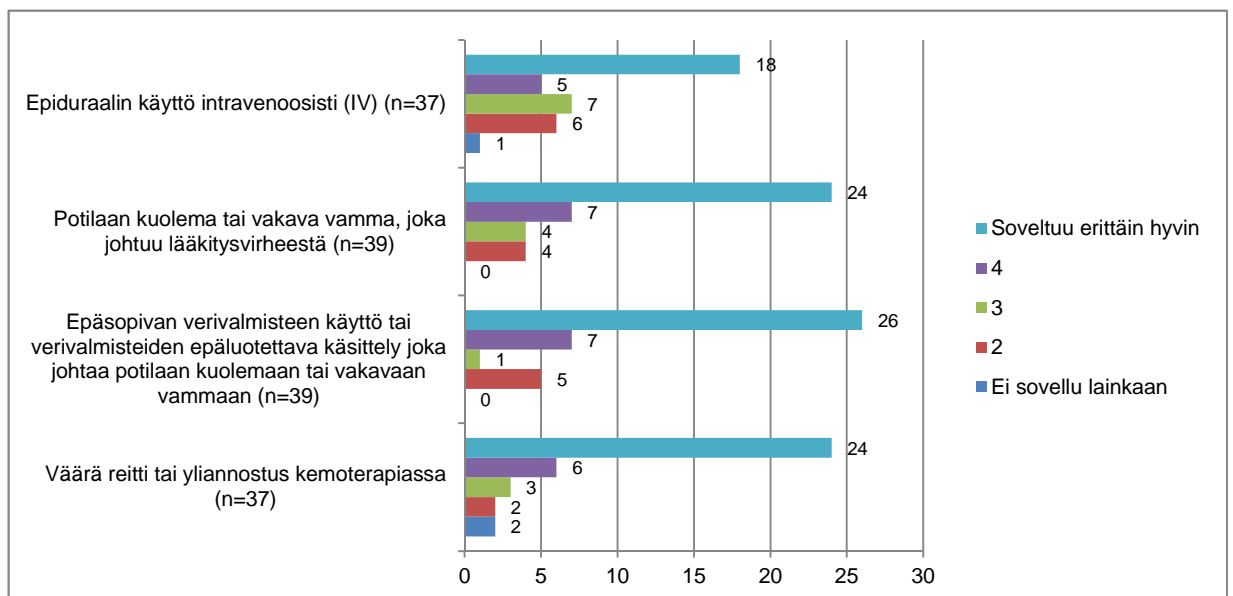
5.1 "Never events" -listan asiantuntija-arvio

Kirurgian kohdalta vastanneita oli jokaisen haittatapahtuman kohdalla 39. Kuviossa 3 on kuvattuna kirurgian alla olevat haittatapahtumat ja niiden soveltuvuus HUS:iin kyse-
lyn tulosten perusteella. Vastausten perusteella, viidestä haittatapahtumasta neljä so-
veltui erittäin hyvin tai hyvin HUS:iin. Suurinta hajontaa aiheutti haittatapahtuma "Toi-
menpiteen aikana tai välittömästi sen jälkeen tapahtuva potilaan kuolema, koskien ASA
1 luokan potilasta".



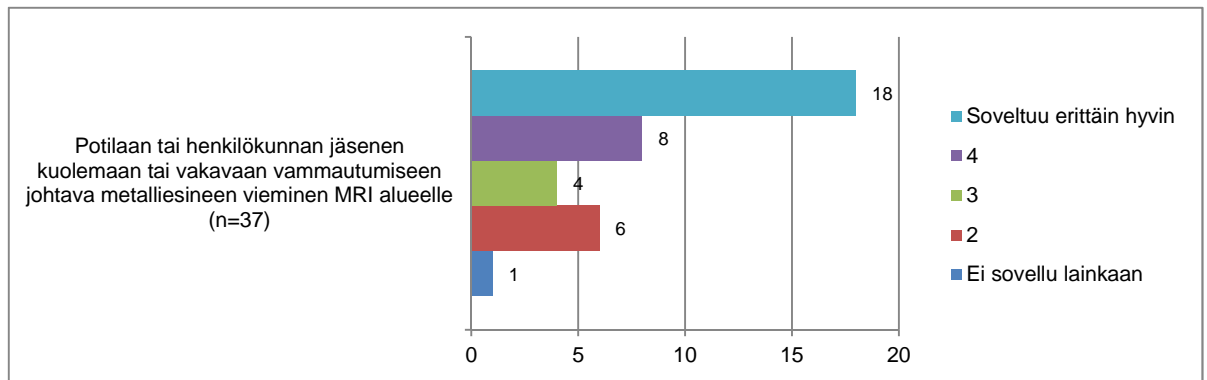
Kuvio 3. Kirurgiset haittatapahtumat.

Lääkkeisiin liittyviin haittatapahtumiin vastanneita oli kahdessa haittatapahtumassa 37 ja kahdessa 39. Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat ja niiden soveltuvuus HUS:iin on kuvattu kuviossa 4. Epiduraalin käyttö intravenoosisti oli vastausten perusteella ainoa, jossa oli nähtävissä pientä hajontaa. Muutoin lääkkeitä koskevat haittatapahtumat näyttivät olevan erittäin hyvin tai hyvin soveltuvia HUS:iin.



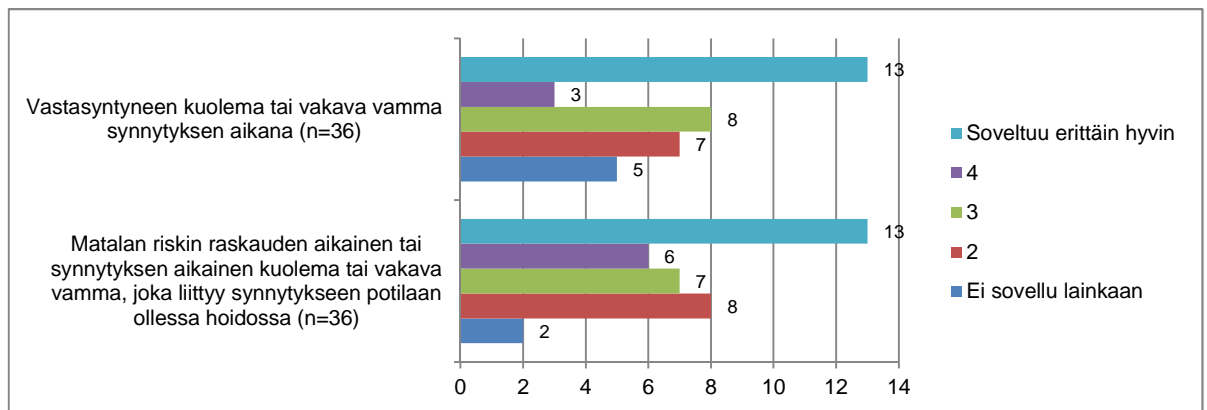
Kuvio 4. Lääkkeisiin liittyvät haittatapahtumat.

Radiologiaan liittyviä haattatapahtumia oli yksi ja siihen oli vastannut 37 henkilöä. Kuviossa 5 on kuvattuna radiologisen haattatapahtuman soveltuvuus HUS:iin kyselyn perusteella. Radiologinen haattatapahtuma oli jakanut vastaajien mielipiteitä hieman, mutta vastausten perusteella kyseessä oleva haattatapahtuma soveltuu erittäin hyvin tai hyvin HUS:iin.



Kuvio 5. Radiologiset haattatapahtumat.

Synnytykseen / naisiin ja lapsiin kohdistuviin haattatapahtumiin vastasi 36 henkilöä. Kuvioon 6 on kuvattuna nämä haattatapahtumat. Tämän ryhmän haattatapahtumat eivät sovellu vastausten perusteella HUS:iin kovin hyvin. Vastasyntyneen kuolema tai vakava vamma synnytyksen aikana sopii erittäin hyvin tai hyvin 16 vastaajan mielestä, kun tässä vastaajia oli kaikkiaan 36.



Kuvio 6. Synnytykseen / naisiin ja lapsiin liittyvät haattatapahtumat.

Yleisiin haattatapahtumiin vastasi 37 - 39 henkilöä. Yleisiä haattatapahtumia oli kaikista ryhmistä eniten. Kuviossa 7 on kuvattuna yleiset haattatapahtumat ja kyselyn tulokset niihin. Yleisistä haattatapahtumista vastausten perusteella HUS:iin erittäin hyvin tai hyvin soveltuvia haattatapahtumia olivat seuraavat (sulkuihin merkitty vastausmäärä ja kokonaisvastausmäärä):

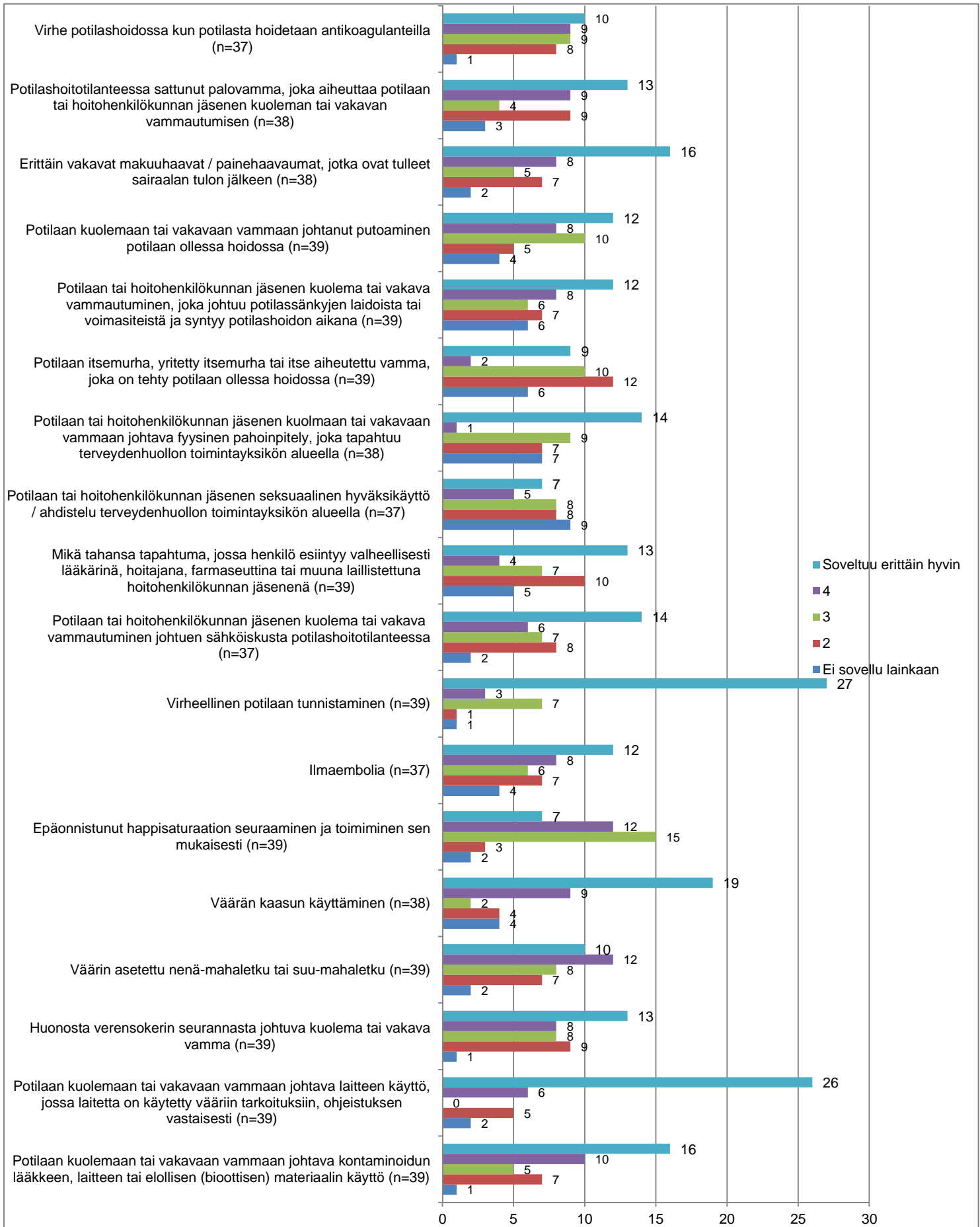
- Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalaan tulon jälkeen (24/38)
- Virheellinen potilaan tunnistaminen (30/39)
- Väärän kaasun käyttäminen (28/38)
- Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava laitteen käyttö, jossa laitetta on käytetty väärin tarkoituksiin, ohjeistuksen vastaisesti (32/39)
- Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava kontaminoidun lääkkeen, laitteen tai elollisen (bioottisen) materiaalin käyttö (26/39).

Vastausten perusteella HUS:iin epäsopivimmat, eli ei lainkaan sopivat tai huonosti sopivat haittatapahtumat olivat seuraavat (sulkuihin merkitty vastausmäärä ja kokonaisvastausmäärä):

- Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa (18/39)
- Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella (17/37)

Yleisten haittatapahtumien kohdalla selkeitä erittäin hyvin soveltuvia tai selkeitä, ei lainkaan soveltuvia, haittatapahtumia oli vähän. Vastaukset olivat jakautuneet vastausvaihtoehtojen kesken tasaisesti joidenkin haittatapahtumien osalta, esimerkiksi:

- Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen, joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana
- Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella.



Kuvio 7. Yleiset haittatapahtumat.

5.2 Avoimet kysymykset

Avoimiin kysymyksiin oli tullut vastauksia yhteensä 17. Listaan lisättäviin haittatapahtumiin oli vastannut kuusi henkilöä, joiden vastauksista yksi hylättiin sisällön takia. Hylätty vastaus ei sisältänyt mitään aiheeseen liittyvää tekstiä. Never events” -listaan liittyviin muihin asioihin oli vastannut 11 henkilöä, joiden vastauksista yksi hylättiin. Hylätty vastaus ei sisältänyt tekstiä lainkaan. Taulukossa 1 on esitetty lisättäviin haittatapahtumiin liittyvät keskeiset asiat. Taulukossa 2 on esitetty muihin asioihin liittyvät keskeiset asiat.

Taulukko 1. Haittatapahtumia, joiden tulisi olla listassa. (n=6)

Ehdotettu haittatapahtuma	Lukumäärä
Niukat hoitajaresurssit	1
Toisen potilaan aiheuttamat vaaratilanteet ja vammat potilaalle, henkilökunnalle tai muille sivullisille	1
Työympäristön rakenteelliset puutteet, jotka aiheuttavat vaaratilanteita tai -tapahtumia	1
Potilastietojärjestelmien huonosta toiminnasta johtuvat haittatapahtumat	2
Yhteensä	5

Taulukko 2. Muut esille tulleet asiat koskien listaa. (n=11)

Asia	Lukumäärä
Tulkinnan hankaluus koskien kyselylomaketta (kysymysten sanamuodot, arvioitavana useita erikoisaloja joista ei tietoa ja kokemusta, "never event" -käsite ei ollut selvä)	3
Päällekkäisraportointeja pitää välttää (mm. Fimea, HUS-riskit, HaiPro)	1
Ensisijassa pitäisi keskittyä potilaaseen kohdistuviin tilanteisiin	1
"Never event" -käsitteenä ei ollut selvä jonka takia vastaaminen oli hankalaa	1
Listan käyttöönoton kannattaminen (voidaan käsitellä samassa yhteydessä kuin muut luokka IV-V haitat)	1
Yhteensä	7

6 Pohdinta

6.1 Kehittämistyön suunnittelu ja tavoitteet

Kehittämistyö lähti pyyntönä HUS:in yhtymähallinnolta. Opinnäytetyön aikana käytiin tiivistä keskustelua työelämän yhteyshenkilön, HUS:n kehittämissyylilääkäriin, kanssa. Kehittämistyön suunnitteluvaihe kesti arvioitua aikataulua pidempään, ja suunnitelma muuttui matkan varrella hieman. Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus muotoutuivat matkan varrella ja saatiin tuotua selkeästi esiin.

Tavoitteiden ja tarkoituksen selkeys tuli vasta matkan varrella työhön mukaan. Suunnittelun haasteena oli se, ettei kyseistä listaa ole käytössä Suomessa. Tämän tyyppisen listan tuominen isoon organisaatioon vaati paljon työtä ja asiantuntija-apua. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda lista ehdotukseksi HUS:ille, jos siellä päädytään ottamaan kyseinen lista käyttöön tulevaisuudessa. Suunnitteluun vaikutti myös tekijän tietämättömyys muista kuin omasta erikoisalasta (radiologia). Suunnitteluvaiheessa olisi ollut hyötyä muidenkin erikoisalojen tuntemuksesta, jolloin esimerkiksi kansainvälisten listojen kääntäminen ja ymmärtäminen olisi ollut helpompaa.

Kehittämistyö eteni hyvin aikataulun ja suunnitelman mukaan. Tiedotus työelämän yhteyshenkilön, ohjaajan ja opinnäytetyön tekijän välillä kulki hyvin, joka edesauttoi työn sujuvaa etenemistä sekä suunnittelun, tavoitteiden että tarkoituksen suhteen. Kehittämistyön asiantuntija-arvion tekemisessä käytetty e-lomake toimi hyvin tähän tarkoitukseen, eikä kyselyn aikana ilmentynyt mitään ongelmia lomakkeen suhteen. Vastausaika kyselyyn oli huhti-toukokuussa, jolloin ihmisiä oli jonkin verran lomilla, tämä saattoi vaikuttaa hieman alhaiseen vastausprosenttiin.

6.2 Kehittämistyön tulokset

Kysely lähetettiin 180 HUS:in asiantuntijalle, joista 40 vastasi kyselyyn (vastausprosentti 22,2 %). Kysely suoritettiin kahden viikon vastausajalla, joka uusittiin ensimmäisen kahden viikon jälkeen. Vastausaika oli kaikkiaan neljä viikkoa. Tuloksista näkyi, että asiantuntijoilla oli jonkinlainen kiinnostus ”never events” -tyyppistä listaa kohtaan HUS:ssa. Kaikista vastanneista (n=40) 36 henkilöä, eli 90 %, vastasi kaikkiin haittapahtumia koskeviin kysymyksiin.

Kyselyllä saatiin esiin kehittämisehdotuksia sekä alkuvaiheen kartoitus tämän hetkisen listan käytettävyydestä. Avoimien kysymysten vastausten perusteella esimerkiksi päällekkäisraportointia tulisi välttää. Tämän takia tulisi miettiä vielä, minkä tyyppisiä tapahtumia ilmoitetaan ja minne, ja onko niissä eroteltu selkeästi vakavat haittatapahtumat ja kuolemat lievemmistä tapahtumista.

Kehittämistyön tavoitteet ja kehittämistehtävät saavutettiin suunnitelmien mukaisesti. Vastausprosentti olisi voinut olla mahdollisesti suurempi jos kehittämistyötä olisi esimerkiksi esitelty HUS:in tilaisuudessa. Tällöin valituilla asiantuntijoilla olisi ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja tuoda mielipiteitään esiin jo ennen kyselyn suorittamista. Tämän lisäksi tarkempi, jo olemassa olevien raportointijärjestelmien, läpikäyminen ja niihin tutustuminen olisi tuonut lisää informaatiota taustaa ajatellen. Raportointijärjestelmien läpikäymiseen ei ajallisesti ollut mahdollisuutta tämän laajuisessa opinnäytetyössä.

Kehittämistyön tuloksia voidaan käyttää pohjana luotaessa mahdollisesti HUS:lle omaa "never events" -listaa tulevaisuudessa. Kysely herätti sekä puolesta että vastaan mielipiteitä, mikä on hyvä. Rakentavan palautteen avulla saadaan vietyä asioita eteenpäin, ja saadaan mahdollisesti luotua potilasturvallisuuteen liittyvä työkalu. Omasta mielestäni "never events" -listan kaltainen seurantajärjestelmä voi toimia hyvin suunniteltuna erittäin hyvin ja tuoda lisää tehoa potilasturvallisuuden kehittämiseen. Toimiessaan lista voisi olla käytössä kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa Suomessa, jolloin erilaisista vakavista haittatapahtumista tiedottaminen tukisi potilasturvallisuutta kaikissa yksiköissä.

Tulevaisuudessa näkisin mielelläni myös samanlaisen sivuston mikä Iso-Britanniassa on käytössä (BBC News Health 2013). Sairaaloiden toiminta tuodaan niin läpinäkyväksi, että kaikilla on mahdollisuus seurata vakavien haittatapahtumien määrää sairaalotain. Työssä luotu "never events" -lista on koottu esimerkkilistojen pohjalta ja on näin ollen kovin samankaltainen niiden kanssa. Erona käytössä oleviin listoihin on se, että käytössä olevissa listoissa on kuvattuna haittatapahtumia, jotka selkeästi nousevat kokemuksen ja virheiden kautta listaan. Käyttöön otettaessa tämäkin lista tulisi kasvamaan ja muotoutumaan tilanteiden ja tapahtumien mukaisesti.

6.3 Eettisyys

Kehittämistyön tavoitteiden on oltava korkean moraalien mukaiset. Työ tulee tehdä rehellisesti ja huolellisesti, ja seurausten on oltava käytäntöä hyödyttäviä. (Ojasalo ym. 2010: 48 - 50.) Kyselyn toteuttamiselle saatiin tutkimuslupa HUS:lta 21.3.2014. Työssä ei käsitelty potilasasiakirjoja eikä muita henkilötietoja, joten eettisen toimikunnan antama puoltavaa lausuntoa opinnäytetyöhön ei tarvittu.

Kyselyyn vastaavat asiantuntijat pysyivät nimettöminä ja vastaajia informoitiin siitä. Kyselyssä pyydettiin ystävällisesti vastaamaan kaikkiin kysymyksiin, ketään ei pakotettu mukaan, mutta tuotiin esiin, että jokaisen asiantuntijan arvio on tärkeä kehittämistyön kannalta. Tutkimustulokset analysoitiin vääristelemättä ja kaunistelematta niitä. Aineisto on hävitetty analysoinnin jälkeen silppurilla.

6.4 Luotettavuus

Opinnäytetyössä käytettiin taustalla ”never events” -esimerkkilistoja maailmalta. Työssä käytetyt esimerkkilistat olivat riittäviä eikä lisää listoja tarvinnut etsiä työtä varten. Google-haku oli työssä perusteltu listojen taustalla olevilla arvostetuilla ja luotettavilla toimijoilla.

Käännöksissä ei käytetty käännöspalveluita, vaan käännökset teki opinnäytetyön tekijä. Näin ollen virheiden mahdollisuus käännettäessä tekstiä oli mahdollinen. Tekstiä käännettäessä oltiin tarkkoja, joka minimoi riskin virheisiin. Ongelmakohtissa käytettiin apuna muita ihmisiä, mutta ei virallisia kääntäjiä.

Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikutti vastaajien vähyys, vastausprosentti oli pieni, 22,2 %. Tuloksien avulla saatiin suuntaa-antavasti kartoitettua ”never events” -listan mahdollista käyttöä HUS:ssa ja sen ymmärrettävyyttä.

Lähteet

Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Alasuutari, Pertti 1995. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Alasuutari, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. painos. Tampere: Vastapaino.

Andersen, Bjørn – Fagerhaug, Tom – Henriksen, Bjørnar – Onsøyen, Lars E. 2008. Mapping work processes. 2. painos. William A. Tony.

BBC News Health. Find the 'never events' in your NHS trust
<<http://www.bbc.co.uk/news/health-22466496>>. Luettu: 2.11.2013.

Colorado Business Group on Health 2009. Policy and Perspective on 'Never Events'.
<<http://www.coloradohealthonline.org/cbgh/?LinkServID=E05E6349-CFC5-ED82-30F881343DAF4459&showMeta=0>>. Luettu: 1.11.2013.

Cummings, Jane – Sir Keogh Bruce 2012. The Never Events Policy Framework: an update to the never events policy. Department of Health / Patient Safety.
<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213046/never-events-policy-framework-update-to-policy.pdf>. Luettu: 7.6.2014.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Tampere: Vastapaino.

Graban, Mark 2012. Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee engagement. 2. painos. CRC press.

HaiPro 2013. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointijärjestelmä.
<<http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx>>. Luettu: 5.12.2013.

Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. 5. – 6. painos. Helsinki: Edita.

Järvelin, Jutta – Haavisto, Ermo – Kaila, Minna 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen lääkärilehti 12/2010, vsk 65, s. 1123-1127.
<<http://www.kuluttajaliitto.fi/files/1428/potilasturvallisuudenkustannukset.pdf>> Luettu: 24.10.2013

Keistinen, Timo – Kinnunen, Marina – Holm, Tarja 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Lääkäri lehti, Terveysturvallisuusartikkeli, 44/2008 vsk 63, s. 3785-3789. <<http://www.fimnet.fi.ezproxy.metropolia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000031034>>. Luettu: 5.12.2013.

Kuisma, Päivi 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.
<<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence=1>>.
Luettu: 5.12.2013.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.

Manderbacka, Kristiina – Sund, Reijo – Ruuth, Iiris – Sajantila, Antti – Arffman, Martti – Milén, Anneli – Keskimäki, Ilmo 2012. Miten löytää terveydenhuollon haittatapahtumat kuolmensyynrekisteristä. Suomen lääkärilehti 10/2012, vsk 67, s. 789-793.
<<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037255>> Luettu: 24.10.2013.

Martin-Brisac, N. – Grene-Lerouge, N. – Cardona, F. – Maison, P. – Falip, E. 2013. Management of medication error reports associated with the intrathecal administration instead of intravenous administration at the French National Drug and Health Product Safety Agency. Poster number: ISP3501 – 37.
<http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8a23023a4679598dcfc11dc9942be0e.pdf>. Luettu: 1.11.2013.

Metsämuuronen, Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. painos. International Methelp Ky.

Minnesota Department of Health 2013. Adverse Health Events in Minnesota.
<<http://www.health.state.mn.us/patientsafety/ae/2013ahereport.pdf>>. Luettu: 1.11.2013.

Modig, Niklas – Åhlström, Pär 2013. Tätä on lean: ratkaisu tehokkuusparadoksiin. 1. painos. Rheologica publishing.

National quality forum, 2011. Serious Reportable Events In Healthcare – 2011 Update: A Consensus Report.
<https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.qualityforum.org%2FPublications%2F2011%2F12%2FSRE_2011_Final_Report.aspx&ei=xNpoUr8GqNjjBO3kgYAJ&usg=AFQjCNH_iS1uJx9oXl7MDuE-tbnssmsh4Q> Luettu: 24.10.2013.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2010. Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 1. – 2. painos. WSOYpro Oy, Helsinki.

Pesonen, Herkko 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Infor Oy.

Silverman, David 2005. Doing qualitative research. 2. painos. SAGE Publications Ltd.

Suomen Säädoskokoelma 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Annettu Helsingissä 6 päivänä huhtikuuta 2011.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013. HaiPro.
<http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro>. Luettu: 25.12.2013.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Työterveyslaitos. Lean-ajattelu – tehostaa ja sujuvoittaa terveydenhuollon toimintaprosesseja.

<<http://www.ttl.fi/fi/ratkaisupankki/sivut/details.aspx?luokka=Ergonomia&item=546>>.

Luettu: 5.12.2013.

Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Leikkaussalin tarkistuslista.

<http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/leikkaussalin_tarkistuslista>.

Luettu: 5.12.2013.

Varto, Juha 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä Oy.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Tietokantahaut

Hakukone	Hakusanat	Osumat	Muuta
Medline (Ovid) / kaikista tietokannoista	never events	0	
Medline (Ovid) / kaikista tietokannoista	patient safety	4483	Rajataan haku viimeiselle viidelle vuodelle, mutta silti liian laaja haku.
Medline (Ovid) / kaikista tietokannoista	preventable errors	4145	Haku tuottaa liikaa tuloksia.
Medline (Ovid) / kaikista tietokannoista	patient safety AND preventable errors	305	Rajattu haku viimeiselle viidelle vuodelle.
Medline (Ovid) / kaikista tietokannoista	never events AND patient safety	666	Rajattu haku viimeiselle viidelle vuodelle.
Medic	never events	128	Haku rajattu 2008-2013.
Medic	patient safety	1741	Haku rajattu 2008-2013. Haku tuottaa liikaa tuloksia.
Medic	potilasturvallisuus	67	Haku rajattu 2008-2013.
Medic	preventable errors AND patient safety	89	Haku rajattu 2008-2013
Medic	never events AND patient safety	36	Haku rajattu 2008-2013.
Medic	potilasturvallis* JA kehi*	11	Haku rajattu 2008-2013.
Terveysportti	potilasturvallisuus	33	Ei rajoituksia hakusanaa lukuunottamatta.

Esimerkkilistojen etsiminen Medline (Ovid) tietokantahakua käyttäen

Hakusanat	Osumat
medical errors AND list	3 444
patient safety AND list	14 365
quality improvement AND list	13 171
safety management AND list	619
hospital standards AND list	98
hospital administration AND list	1 369
risk management AND list	5 980

Iso-Britannian “never events” -lista

- Kirurginen (sisältää biopsiat, radiologiset tutkimukset ja dreerien laitot, mitkä tulkitaan kirurgisiksi)
 1. Väärän paikan leikkaus
 2. Väärä implantti / proteesi
 3. Potilaaseen jäänyt vierasesine leikkauksen jälkeen
- Lääkinnälliset tapahtumat
 4. Väärin valmisteltu korkean riskin injektoitava lääke
 5. Väärin käytetty kaliumia sisältävä liuos
 6. Väärä reitti kemoterapiassa
 7. Väärä reitti oraalisisä / enteraalisissa lääkkeissä
 8. Epiduraalin käyttö intravenoosisti
 9. Insuliinin väärin käyttäminen
 10. Midazolamin yliannostus paikallispuudutuksen aikana
 11. Opioidiriippuvaisen potilaan opioidi-yliannostus
 12. Sopimaton, oraalinen metotreksaatin päivittäinen käyttö
- Mielenterveys
 13. Itsemurha käyttäen ei-romahtavia/hajoavia kiskoja (esim. suihkuverhokisko, verhokisko)
 14. Siirretyn vangin karkaaminen
- Yleinen terveydenhuolto
 15. Putoaminen vapaasta / rajoittamattomasta ikkunasta
 16. Sängynreunoihin kiinni jääminen
 17. Verensiirto, jossa käytetään ABO-yhteensopimatonta verta
 18. ABO-yhteensopimattoman elimen siirto
 19. Väärin asetettu nenä-mahaletku tai suu-mahaletku
 20. Väärän kaasun käyttäminen
 21. Epäonnistunut happisaturaation seuraaminen ja toimiminen
 22. Ilmaembolia
 23. Virheellinen potilaan tunnistaminen
 24. Potilaan vakava palaminen kuumasta nesteestä/vedestä
- Äitiys
 25. Äidin kuolema leikkauksen jälkeiseen verenvuotoon

Yhdysvaltojen ”serious reportable events” -lista

1. Kirurgisen tai invasiivisen menettelyn tapahtumat
 - a. Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärään kohteeseen.
 - b. Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärälle potilaalle.
 - c. Väärä kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu potilaalle.
 - d. Vierasesineen jääminen potilaaseen kirurgisen tai muun invasiivisen menettelyn jälkeen.
 - e. Toimenpiteen aikana tai välittömästi toimenpiteen jälkeen tapahtuva potilaan kuolema, koskien ASA 1 luokan potilasta.
 - ASA- eli anestesia- luokitus. ASA 1 on terve yli 1-vuotias tai alle 65-vuotias henkilö. (Päiväkirurgiseen anestesiaan soveltuva potilas, 2013)
2. Tuote- tai laitetapahtumat
 - a. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava kontaminoidun lääkkeen, laitteen tai elollisen (biotoitteen) materiaalin käyttö terveydenhuollon toimintayksikössä.
 - b. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava laitteen käyttö, jossa laitetta on käytetty väärin tarkoituksiin.
 - c. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava intravaskulaarinen ilmaembolisaatio, joka ilmaantuu potilaan ollessa vielä hoidossa.
3. Potilaan suojeluun liittyvät tapahtumat
 - a. Päästää pois tai kotiuttaa, ilman asiallista vastuun ottavaa henkilöä, potilas tai asukas, joka ei ole kykeneväinen tekemään päätöksiä itse.
 - b. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut potilaan karkaaminen tai katoaminen.
 - c. Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa.

4. Hoidon hallintaan liittyvät tapahtumat
 - a. Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä.
 - b. Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu epäluotettavasta verivalmisteen käsittelystä.
 - c. Matalan riskin raskauden aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa.
 - d. Vastasyntyneen kuolema tai vakava vamma synnytyksen aikana matalan riskin raskaudessa.
 - e. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut putoaminen potilaan ollessa hoidossa.
 - f. Mikä tahansa tason 3 tai 4 tai määrittelemättömän tason painehaavauma, joka on syntynyt hoitoon ottamisen jälkeen.
 - g. Keinohedelmöitys väärän luovuttajan siemennesteellä tai väärä munasolu.
 - h. Peruuttamaton, korvaamaton näytteenotto, joka johtaa potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan.
 - i. Kommunikaatiovirheestä johtuva potilaan kuolema tai vakava vamma, joka koskee testituloksia.

5. Ympäristölliset tapahtumat
 - a. Potilaan tai henkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen johtuen sähköiskusta potilashoitotilanteessa.
 - b. Mikä tahansa vahinko, mikä johtuu vääränlaisen kaasun antamisesta potilaalle (ei sisällä haluttua kaasua, sisältää väärää kaasua, on kontaminoitunut).
 - c. Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vammautumisen.
 - d. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana.

6. Radiologiset tapahtumat
 - a. Potilaan tai henkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammautumiseen johtava metalliesineen vieminen MRI alueelle (magneettilaitteen varoalueelle).

7. Mahdolliset rikolliset tapahtumat

- a. Mikä tahansa tapahtuma, jossa henkilö esiintyy valheellisesti lääkärinä, hoitajana, farmaseuttina tai muuna laillistettuna hoitohenkilökunnan jäsenenä.
- b. Potilaan tai asukkaan sieppaus / kidnappaus.
- c. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella.
- d. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava fyysinen pahoinpitely, joka tapahtuu terveydenhuollon toimintayksikön alueella.

Coloradon ”never events” -lista

Kirurgiset tapahtumat

- Leikkaus on suoritettu väärään kohteeseen
- Leikkaus on suoritettu väärälle potilaalle
- Potilaalle on tehty väärä kirurginen toimenpide
- Potilaaseen on jätetty vierasesine kirurgisen tai muun toimenpiteen yhteydessä
- Leikkausalueen infektio / turvotus mediastinumissa sepelvaltimo-ohitusleikkauksen jälkeen
- Leikkausalueen infektio laihdutusleikkauksen jälkeen
- Leikkausalueen infektio tiettyjen ortopedisten toimintojen jälkeen
- Veritulpat jaloissa tai keuhkoissa tiettyjen ortopedisten toimintojen jälkeen

Laitteet

- Verisuonessa olevasta ilmasta johtuva kuolema tai vakava vamma / haitta

Hoidon hallinta

- Kuolema tai vakava vamma / haitta, joka johtuu epäsopivasta verituotteesta
- Huonosta verensokerin seurannasta johtuva kuolema tai vakava vamma/haitta
- Erittäin vakavat makuuhaavat, jotka ovat tulleet sairaalaan tulon jälkeen
- Virtsatiekatetrasta saatu virtsatieinfektio
- Infektio verisuonikatetrasta

Minnesotan “reportable events” -lista

Kirurgiset tapahtumat

1. Väärän kohteen leikkaaminen
2. Väärän potilaan leikkaaminen
3. Kirurgisen toimenpiteen suorittaminen potilaalle, jolla ei ole leikkausta koskevaa suostumuslomaketta.
4. Vierasesineen jääminen potilaaseen leikkauksen jälkeen
5. Normaalin, perusterveen potilaan kuolema kesken leikkauksen tai välittömästi leikkauksen jälkeen

Tuote- tai laitetapahtumat

1. Potilaan kuolema tai vakava vamma / haitta, joka johtuu kontaminoidun lääkkeen, laitteen tai elollisen aineen käytöstä.
2. Potilaan kuolema tai vakava vamma / haitta, joka johtuu laitteen käytöstä muussa kuin laitteen suositusten mukaisessa käytössä.
3. Ilmaemboliasta johtuva potilaan kuolema tai vakava vamma / haitta kun hän on hoidettavana sairaalassa pois lukien kuolemat, jotka liittyvät neurokirurgisiin toimenpiteisiin joiden tiedetään lisäävän riskiä ilmaemboliaan.

Potilassuojeluun liittyvät tapahtumat

1. Vastasyntyneen luovuttaminen väärälle henkilölle
2. Potilaan kuolema tai vakava vamma / haitta, joka liittyy potilaan katoamiseen pidemmäksi kuin neljän tunnin ajaksi, pois lukien tapahtumat, joihin liittyy aikuinen henkilö joka kykenee pitämään itsestään huolta
3. Potilaan itsemurha tai sen yritys, josta on koitunut vakava vamma potilaan ollessa hoidossa, pois lukien kuoleman tapaukset, joissa potilas on otettu hoitoon itsetuhoisuuden takia

Hoidon hallintaan liittyvät tapahtumat

1. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan johtanut lääkinnällinen virhe sisältäen, mutta ei rajoitu näihin, väärän lääkkeen antaminen, väärä annostus, väärä potilas, väärä aika, väärä nopeus, väärä valmistelu, väärä antotapa, pois lukien kliinisten näkökulmien poikkeavuudet koskien lääkettä ja sen annostusta

2. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan johtanut hemolyyttinen reaktio, joka on johtunut ABO/HLA -epäsopivan verituotteen käytöstä
3. Äidin kuolema tai vakava vamma / haitta synnytyksen aikana matalan riskin potilaiden kohdalla, sisältäen 42 päivää synnytyksen jälkeen sattuneet tapahtumat, pois lukien kuolemat jotka johtuvat keuhko- tai lapsivesiemboliasta, akuutista raskauden ajan rasvamaksasta tai kardiomyopatiasta
4. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan johtanut hypoglykemia, joka todetaan kun potilas on hoidossa
5. Kuolema tai vakava vamma / haitta joka syntyy epäonnistumisesta tunnistaa hyperbilirubinemia vastasyntyneellä ensimmäisten 28 päivän aikana.
6. Vaiheen 3 tai 4 haavaumat, jotka ovat syntyneet hoitoon ottamisen jälkeen, pois lukien tapaukset, joissa on siirrytty vaiheesta 2 vaiheeseen 3 niin että vaihe 2 on syntynyt laitoksen ulkopuolella
7. Potilaan kuolema tai vakava vamma / haitta, joka on syntynyt selkärangan manipulatiohoidosta
8. Keinohedelmöitys väärän luovuttajan siemennesteellä tai väärä munasolu

Ympäristöön liittyvät tapahtumat

1. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan johtanut sähköisku potilaan ollessa hoidossa, pois lukien hoitotilanteet joissa tarkoituksenmukaisesti käytetään sähköä kuten defibrillaattorin käyttö
2. Mikä tahansa vahinko, mikä johtuu vääränlaisen kaasun antamisesta potilaalle (ei sisällä haluttua kaasua, sisältää väärää kaasua, on kontaminoitunut).
3. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan johtanut palovamma joka sattuu kun potilas on hoidossa
4. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan johtanut putoaminen kun potilas on hoidossa
5. Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan johtanut potilassänkyjen laitojen tai voimasiteiden käyttäminen tai käyttämättä jättäminen joka syntyy potilashoidon aikana

Rikolliset tapahtumat

1. Mikä tahansa tapahtuma, jossa henkilö esiintyy valheellisesti lääkärinä, hoitajana, farmaseuttina tai muuna laillistettuna hoitohenkilökunnan jäsenenä

2. Potilaan sieppaus / kidnappaus
3. Potilaan seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella
4. Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava fyysinen pahoinpitely, joka tapahtuu terveydenhuollon toimintayksikön alueella

Ranskan ”never events” -lista

1. Virhe potilashoidossa kun potilasta hoidetaan antikoagulanteilla
2. Väärin käytetty kaliumia sisältävä liuos
3. Virheellisesti valmistettu injektoitava lääke: valmistusmenetelmä vaaratekijänä
4. Intratekaalinen (it-reitti, aivokalvojen sisäinen) virheellinen antotapa laskimoreitin (IV) sijaan
5. Väärän reitin käyttäminen oraalisisissa / enteraalisissa hoidoissa
6. Kemoterapian yliannostus varsinkin lasten kohdalla
7. Sopimaton metotreksaatin päivittäinen käyttö suun kautta (pois lukien syöpätutkimukset)
8. Insuliinin väärinkäyttö
9. Anesteettien väärin käyttäminen leikkaussalissa
10. Väärän kaasun antaminen
11. Ohjelmointivirheet käytettäessä infuusiopumppuja, elektronisia ruiskuja...
12. Virheet käytettäessä yhden annoksen pakkauksia (esim. yksittäispakkaus suolaliuosta, antiseptistä liuosta...) erityisesti synnytysosastolla tai pediatriassa

Haittatapahtumien vertailua taulukoinnin avulla

	Haittatapahtumat	The never events policy framework (NHS, UK)	Serious Reportable Events In Healthcare - 2011 Update (US)	Policy and Perspective on 'Never Events' (Colorado Business Group of Health)	Adverse Health Events in Minnesota (MDH)	French 'never events'
1	Väärän kohteen leikkaaminen	X	X	X	X	
2	Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärään kohteeseen		X			
3	Väärä implantti / proteesi	X				
4	Väärä kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu potilaalle		X	X		
5	Kirurgisen toimenpiteen suorittaminen potilaalle, jolla ei ole leikkausta koskevaa suostumuslomaketta				X	
6	Potilaaseen jäänyt vierasesine leikkauksen jälkeen	X	X	X	X	
7	Toimenpiteen aikana tai välittömästi sen jälkeen tapahtuva potilaan kuolema, koskien ASA 1 ¹⁾ luokan potilasta		X		X	
8	Leikkausalueen infektio / turvotus medias-tinumissa sepelvaltimo-ohitusleikkauksen jälkeen			X		
9	Leikkausalueen infektio laihdutusleikkauksen jälkeen			X		
10	Leikkausalueen infektio tiettyjen ortopedisten toimintojen jälkeen			X		
11	Veritulpat jaloissa tai keuhkoissa tiettyjen ortopedisten toimintojen jälkeen			X		
12	Väärin valmisteltu korkean riskin injektointilääke	X				
13	Väärin käytetty kaliumia sisältävä liuos	X				X
14	Väärä reitti / antotapa kemoterapiassa	X				
15	Kemoterapian yliannostus, varsinkin lasten kohdalla					X
16	Väärä reitti / antotapa oraalisisä / enteraalisisä lääkkeissä	X				X
17	Anesteettien väärin käyttäminen leikkaussalissa					X
18	Epiduraalin käyttö intravenoosisti (IV)	X				
19	Insuliini väärin käyttäminen	X				X
20	Midazolamin yliannostus paikallispuudutuksen aikana	X				
21	Opioidiriippuvaisen potilaan opioidi-yliannostus hoitotilanteessa	X				
22	Sopimaton, oraalinen metotreksaatin päivittäinen käyttö	X				
23	Virhe potilashoidossa kun potilasta hoidetaan antikoagulantteilla					X

24	Virheellisesti valmisteltu injektoitava lääke: valmistelumenetelmä vaaratekijänä					X
25	Intratekaalinen (it-reitti, aivokalvojen sisäinen) virheellinen antotapa laskimoreitin (IV) sijaan					X
26	Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä		X		X	
27	Virheet käytettäessä yhden annoksen pakkauksia (esim. yksittäispakkaus suolaliuosta, antiseptistä liuosta..) erityisesti synnytysosastolla tai pediatriassa					X
28	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava kontaminoidun lääkkeen, laitteen tai elollisen (bioottisen) materiaalin käyttö		X		X	
29	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava laitteen käyttö, jossa laitetta on käytetty väärin tarkoituksiin, ohjeistuksen vastaisesti		X		X	
30	Ohjelmointivirheet käytettäessä infuusiopumppuja, elektronisia ruiskuja...					X
31	Itsemurha käyttäen ei-romauttavia/hajoavia kiskoja (esim. suihkuverhokisko, verhokisko)	X				
32	Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa		X		X ²⁾	
33	Siirretyn vangin karkaaminen	X				
34	Putoaminen vapaasta / rajoittamattomasta ikkunasta	X				
35	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut putoaminen potilaan ollessa hoidossa		X		X	
36	Sängynreunoihin kiinni jääminen	X				
37	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana		X		X	
38	Päästää pois tai kotiuttaa, ilman asiallista vastuun ottavaa henkilöä, potilas tai asukas, joka ei ole kykeneväinen tekemään päätöksiä itse		X			
39	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut potilaan karkaaminen tai katoaminen		X		X ³⁾	
40	Mikä tahansa tason 3 tai 4 tai määrittelemättömän tason painehaavauma, joka on syntynyt hoitoon ottamisen jälkeen		X		X	
41	Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalan tulon jälkeen			X		
42	Huonosta verensokerin seurannasta johtuva kuolema tai vakava vamma / haitta			X	X	
43	Virtsatiekatetrasta saatu virtsatieinfektio			X		
44	Verisuonikatetrasta saatu infektio			X		
45	Kommunikaatiovirheestä johtuva potilaan kuolema tai vakava vamma, joka koskee potilaan testituloksia		X			
46	Kuolema tai vakava vamma / haitta joka johtuu epäsovivasta verituotteesta			X	X	

47	Verensiirto, jossa käytetään ABO-yhteensopimatonta verta	X				
48	ABO-yhteensopimattoman elimen siirto	X				
49	Peruuttamaton, korvaamaton näytteenotto, joka johtaa potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan		X			
50	Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu epäluotettavasta verivalmisteiden käsittelystä		X			
51	Väärin asetettu nenä-mahaletku tai suu-mahaletku	X				
52	Väärän kaasun käyttäminen	X	X		X	X
53	Epäonnistunut happisaturaation seuraaminen ja toimiminen sen mukaisesti	X				
54	Ilmaembolia	X	X	X	X ⁴⁾	
55	Virheellinen potilaan tunnistaminen ⁵⁾	X	X	X	X	
56	Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vamman		X		X	
57	Potilaan vakava palaminen kuumasta nesteestä / vedestä	X				
58	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautumisen johtuen sähköiskusta potilashoitotilanteessa		X		X ⁶⁾	
59	Potilaan kuolema tai vakava vamma / haitta joka on syntynyt selkärangan manipulaatiohoidosta				X	
60	Keinohedelmöitys väärän luovuttajan siemennesteellä tai väärä munasolu		X		X	
61	Vastasyntyneen kuolema tai vakava vamma synnytyksen aikana matalan riskin raskaudessa		X			
62	Kuolema tai vakava vamma / haitta joka syntyy epäonnistumisesta tunnistaa hyperbilirubinemia vastasyntyneellä ensimmäisten 28 päivän aikana				X	
63	Matalan riskin raskauden aikainen tai synnytyksen aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa		X		X ⁷⁾	
64	Äidin kuolema leikkauksen jälkeiseen verenvuotoon	X				
65	Vastasyntyneen luovuttaminen väärälle henkilölle (kotiuttaminen väärän henkilön mukaan)				X	
66	Potilaan tai henkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammautumiseen johtava metalliesineen vieminen MRI alueelle		X			
67	Mikä tahansa tapahtuma, jossa henkilö esiintyy valheellisesti lääkärinä, hoitajana, farmaseuttina tai muuna laillistettuna hoitohenkilökunnan jäsenenä		X		X	
68	Potilaan / asukkaan sieppaus / kidnappaus		X		X	
69	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella		X		X	
70	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava fyysinen pahoinpitely, joka tapahtuu terveydenhuollon toimintayksikön alueella		X		X	

- ¹⁾ ASA- eli anestesia- luokitus. ASA 1 on terve yli 1-vuotias tai alle 65-vuotias henkilö (Päiväkirurgiseen anestesiaan soeltuva potilas, 2013)
- ²⁾ Pois lukien kuolemantapaukset, joissa potilas on otettu hoitoon itsetuhoisuuden takia
- ³⁾ Potilaan katoaminen pidemmäksi kuin 4 tunniksi, pois lukien tapahtumat joihin liittyy aikuinen henkilö joka kykenee pitämään itsestään huolta
- ⁴⁾ Poislukien neurokirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät ilmaemboliat
- ⁵⁾ Virheellinen potilaan tunnistaminen, koskee tässä listassa kaikkia tapahtumia, jotka johtuvat potilaan väärästä tunnistamisesta (esim. väärän potilaan leikkaaminen, väärän potilaan lääkitseminen...)
- ⁶⁾ Poislukien hoitotilanteet, joissa tarkoituksenmukaisesti käytetään sähköä (esim. defibrillaattorin käyttö)
- ⁷⁾ Sisältäen 42 päivää synnytyksen jälkeen sattuneet tapahtumat, pois lukien kuolemat jotka johtuvat keuhko- tai lapsivesiem-boliasta, akuutista raskauden ajan rasvamaksasta tai kardiomyopatiasta

? = En oikein ymmärrä kyseistä eventtiä

”Never events” -listan muotoutuminen

Sellaisenaan pysyvät haittatapahtumat	Yhdistetyt haittatapahtumat	Poistetut haittatapahtumat
3 Väärä implantaatti / proteesi	Väärän kohteen leikkaaminen	5 Kirurgisen toimenpiteen suorittaminen potilaalle, jolla ei ole leikkausta koskevaa suostumuslomaketta
6 Potilaaseen jäänyt vierasesine leikkauksen jälkeen	Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu vääriin kohteeseen	8 Leikkausalueen infektio / turvotus mediastinumissa sepevaltimo-ohitusleikkauksen jälkeen
7 Toimenpiteen aikana tai välittömästi sen jälkeen tapahtuva potilaan kuolema, koskien ASA 1 luokan potilasta	Väärä kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu potilaalle	9 Leikkausalueen infektio laihdutusleikkauksen jälkeen
17 Anesteettien väärin käyttäminen leikkauksissa	Väärin valmistettu korkean riskin injektoitava lääke	10 Leikkausalueen infektio tiettyjen ortopedisten toimintojen jälkeen
18 Epiduraalin käyttö intravenoosisti (IV)	Väärin käytetty kaliumia sisältävä liuos	11 Veritulpat jaloissa tai keuhkoissa tiettyjen ortopedisten toimintojen jälkeen
23 Virhe potilashoidossa kun potilasta hoidetaan antikoagulantilla	Väärä reitti / antotapa oraalissa / enteraalissa lääkkeissä	27 Virheet käytettäessä yhden annoksen pakkauksia (esim. yksittäispakkaus suolaliuosta, antiseptistä liuosta..) erityisesti synnytysosastolla tai pediatrissa
28 Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava kontaminoitun lääkkeen, laitteen tai elollisen (bioottisen) materiaalin käyttö	Insuliini väärin käyttäminen	30 Ohjelmointivirheet käytettäessä infuusiopumppuja, elektronisia ruiskuja...
29 Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava laitteen käyttö, jossa laitetta on käytetty väärin tarkoituksiin, ohjeistuksen vastaisesti	Midazolamin yliannostus paikallispuudutuksen aikana	33 Siirretyn vangin karkaaminen
42 Huonosta verensokerin seurannasta johtuva kuolema tai vakava vamma / haaita	Opioidiriippuvaisen potilaan opioidi-yliannostus hoitotilanteessa	38 Päästä pois tai kotiuttaa, ilman asiallista vastuun ottavaa henkilöä, potilas tai asukas, joka ei ole kykeneväinen tekemään päätöksiä itse
51 Väärin asetettu nenä-mahaletku tai suu-mahaletku	Sopimaton, oraalinen metotreksaatin päivittäinen käyttö	39 Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut potilaan karkaaminen tai katoaminen
52 Väärän kaasun käyttäminen	Virheellisesti valmistettu injektoitava lääke: valmistelumenetelmä vaaratekijänä	43 Virtsatiekatetritä saatu virtsatieinfektio
53 Epönnistunut happisaturaation seuraaminen ja toimiminen sen mukaisesti	Intratekaalinen (it-reitti, aivokalvojen sisäinen) virheellinen antotapa laskimoreitin (IV) sijaan	44 Verisuonikatetritä saatu infektio
54 Ilmaembolia	Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä	45 Kommunikatiivirheestä johtuva potilaan kuolema tai vakava vamma, joka koskee potilaan testituloksia
55 Virheellinen potilaan tunnistaminen	Väärä reitti / antotapa kemoterapiassa	49 Peruuttamaton, korvaamaton näyteenotto, joka johtaa potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan
58 Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautumisen johtuen sähköiskusta potilashoitotilanteessa	Kemoterapian yliannostus, varsinkin lasten kohdalla	59 Potilaan kuolema tai vakava vamma / haaita joka on syntynyt selkärangan manipulaatiohoidosta
61 Vastasyntyneen kuolema tai vakava vamma synnytyksen aikana matalan riskin raskaudessa	Itsemurha käyttäen ei-romahtavia/hajoavia kiskoja (esim. suihkuverhokisko, verhokisko)	60 Keinohedelmöitys vääriin luovuttajan siemennesteellä tai vääriin munasolu
66 Potilaan tai henkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammautumiseen johtava metalliesineen vieminen MRI alueelle	Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa	62 Kuolema tai vakava vamma / haaita joka syntyy epäonnistumisesta tunnistaa hyperbilirubinemia vastasyntyneellä ensimmäisten 28 päivän aikana
67 Mikä tahansa tapahtuma, jossa henkilö esiintyy valheellisesti lääkärinä, hoitajana, farmaseuttina tai muuna laillistettuna hoitohenkilökunnan jäsenenä	Putoaminen vapaasta / rajoittamattomasta ikkunasta	65 Vastasyntyneen luovuttaminen väärälle henkilölle (kotiuttaminen vääriin henkilön mukaan)
69 Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut putoaminen potilaan ollessa hoidossa	68 Potilaan / asukkaan sieppaus / kidnappaus
70 Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava fyysinen pahoinpitely, joka tapahtuu terveydenhuollon toimintayksikön alueella	Sängynreunoihin kiinni jääminen	
	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautumisen joka johtuu potilassängynjen laidoista tai voimasteista ja syntyy potilashoidon aikana	
	Mikä tahansa tason 3 tai 4 tai määrittelemättömän tason painehaavauma, joka on syntynyt hoitoon ottamisen jälkeen	
	Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalan tulo jälkeen	
	Kuolema tai vakava vamma / haaita joka johtuu epäsovivasta verituksesta	
	Verensiirto, jossa käytetään ABO-yhteensopimattomaa verta	
	ABO-yhteensopimattoman elimen siirto	
	Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu epäluotettavasta verivalmisteluiden käsittelystä	
	Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vamman	
	Potilaan vakava palaminen kuumasta nesteestä / vedestä	
	Matalan riskin raskauden aikainen tai synnytyksen aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa	
	Äidin kuolema leikkauksen jälkeiseen verenvuotoon	

Yhdistettyjen haittatapahtumien nimeäminen

Yhdistetyt haittatapahtumat		Yhteinen nimi
1+2+4	Väärän kohteen leikkaaminen Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärään kohteeseen Väärä kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu potilaalle	Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärään kohteeseen
12+13+16+19+20+21+22+24+25+26	Väärin valmisteltu korkean riskin injektoitava lääke Väärin käytetty kaliumia sisältävä liuos Väärä reitti / antotapa oraalisisä / enteraalisisä lääkkeissä Insuliini väärin käyttäminen Midazolamin yliannostus paikallispuudutuksen aikana Opioidiriippuvaisen potilaan opioidi-yliannostus hoitotilanteessa Sopimaton, oraalinen metotreksaatin päivittäinen käyttö Virheellisesti valmisteltu injektoitava lääke: valmistelumenetelmä vaaratekijänä Intratekaalinen (it-reitti, aivokalvojen sisäinen) virheellinen antotapa laskimoreitin (IV) sijaan Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä	Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä
14+15	Väärä reitti / antotapa kemoterapiassa Kemoterapian yliannostus, varsinkin lasten kohdalla	Väärä reitti tai yliannostus kemoterapiassa
31+32	Itsemurha käyttäen ei-romahtavia/hajoavia kiskoja (esim. suihkuverhokisko, verhokisko) Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa	Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa
34+35	Putoaminen vapaasta / rajoittamattomasta ikkunasta Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut putoaminen potilaan ollessa hoidossa	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut putoaminen potilaan ollessa hoidossa
36+37	Sängynreunoihin kiinni jääminen Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen, joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana
40+41	Mikä tahansa tason 3 tai 4 tai määrittelemättömän tason painehaavauma, joka on syntynyt hoitoon ottamisen jälkeen Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalan tulon jälkeen	Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalan tulon jälkeen
46+47+48+50	Kuolema tai vakava vamma / haitta joka johtuu epäsopivasta verituotteesta Verensiirto, jossa käytetään ABO-yhteensopimatonta verta ABO-yhteensopimattoman elimen siirto Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu epäluotettavasta verivalmisteiden käsittelystä	Epäsopivan verivalmisteiden käyttö tai verivalmisteiden epäluotettava käsittely joka johtaa potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan / haittaan
56+57	Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vamman Potilaan vakava palaminen kuumasta nesteestä / vedestä	Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma, joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vammautumisen
63+64	Matalan riskin raskauden aikainen tai synnytyksen aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa Äidin kuolema leikkauksen jälkeiseen verenvuotoon	Matalan riskin raskauden aikainen tai synnytyksen aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa

SAATEKIRJE

HUS on määrätietoisesti pyrkinyt kehittämään potilasturvallisuutta, kansainväliset esimerkit huomioiden. Tällä kyselyllä kartoitetaan HUS:n asiantuntijoiden mielipiteitä liittyen yhteen, potilasturvallisuuden alueella laajalti käytettyyn työkaluun, ”Never events” -listaan. ”Never events” -haittatapahtumilla tarkoitetaan sellaisia ehkäistävässä olevia vakavia haitan, vammautumisen tai kuoleman aiheuttavia tapahtumia, joita organisaatiossa ei tulisi tapahtua ollenkaan.

Kyselyyn on koottu kansainvälisesti tunnettujen terveydenhuollon toimijoiden ”Never events” -listojen sisältämät, keskeiset asiakohdat. Valikointi on tehty yhdessä työelämän yhteyshenkilön, kehittämisylilääkäri Kimmo Mattilan kanssa. Ne pyydetään pisteyttämään sen perusteella, kuinka ne vastaajan mielestä sopisivat käytettäväksi HUS:ssa. Lisäksi on mahdollisuus vapaamuotoiseen kommentointiin. Kyselyn vastaukset tulevat vain allekirjoittaneen haltuun, niitä käsitellään luottamuksellisesti ja ne hävitetään tuloksien valmistuttua. Tulokset ilmaistaan kuvailevan statistiikan avulla (fr, %, ka). Yksittäisen vastaajan henkilöllisyys tai toimipaikka ei tule näkyviin tuloksissa.

Kehittämistyö on opinnäytetyöni Metropolian Kliinisen asiantuntijan yamk -koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön ohjaaja on TtT, yliopettaja Liisa Kuokkanen (puh. 050 347 2684). Työelämän yhteyshenkilönä toimii ylilääkäri Kimmo Mattila. HUS on myöntänyt kyselyn toteuttamiselle tutkimusluvan 21.3.2014. Opinnäytetyön tuloksia voi tiedustella allekirjoittaneelta työn valmistuttua. Työ valmistuu arviolta marraskuuhun 2014 mennessä.

Vastauksenne ja mielipiteenne ovat tärkeitä arvioitaessa ”never events” listan soveltuvuutta HUS:iin. Lisätietoa voi kysyä allekirjoittaneelta.

Taina Lappalainen
taina.lappalainen@metropolia.fi
p. 050 4656 722

Kyselylomake (malli)

Mikä on koulutuksenne?

Rooli:

Valikko, jossa on valittavana seuraavat roolit (voi valita enemmän kuin yhden):

Johtajaylilääkäri, Johtava ylihoitaja, Johtava ylilääkäri, Klinikaryhmän johtaja, Osaamiskeskuksen johtaja, Osastonhoitaja, Osastonylilääkäri, Osastoryhmän päällikkö, Potilasturvallisuuden ohry, Sairaanhoidon alueen johtaja, Toimialajohtaja, Tulosyksikön johtaja, Ylilääkäri + Muu, mikä?

Kuinka hyvin mielestänne seuraavat "never eventit" sovelutvat HUS:iin?

Valitkaa mielestänne teitä lähinnä oleva vaihtoehto kunkin haittatapahtuman ("eventin") kohdalta.

Kirurgia		Soveltuvuus HUSiin				
		1=ei sovellu lainkaan, 5=soveltuu erittäin hyvin				
1	Väärä implantti / proteesi	1	2	3	4	5
2	Potilaaseen jäänyt vierasesine leikkauksen jälkeen	1	2	3	4	5
3	Toimenpiteen aikana tai välittömästi sen jälkeen tapahtuva potilaan kuolema, koskien ASA 1 luokan potilasta	1	2	3	4	5
4	Anesteettien väärin käyttäminen leikkaussalissa	1	2	3	4	5
5	Kirurginen tai muu invasiivinen menettely, joka on suoritettu väärään kohteeseen	1	2	3	4	5

Lääkkeet		Soveltuvuus HUSiin				
		1=ei sovellu lainkaan, 5=soveltuu erittäin hyvin				
1	Väärä reitti tai yliannostus kemoterapiassa	1	2	3	4	5
2	Epäsopivan verivalmisteen käyttö tai verivalmisteiden epäluotettava käsittely joka johtaa potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan	1	2	3	4	5
3	Potilaan kuolema tai vakava vamma, joka johtuu lääkitysvirheestä	1	2	3	4	5
4	Epiduraalin käyttö intravenoosisti (IV)	1	2	3	4	5

Radiologia		Soveltuvuus HUSiin				
		1=ei sovellu lainkaan, 5=soveltuu erittäin hyvin				
1	Potilaan tai henkilökunnan jäsenen kuolemaan tai vakavaan vammautumiseen johtava metalliesineen vieminen MRI alueelle	1	2	3	4	5

Synnytys / naiset ja lapset		Soveltuvuus HUSiin 1=ei sovellu lainkaan, 5=soveltuu erittäin hyvin				
1	Matalan riskin raskauden aikainen tai synnytyksen aikainen kuolema tai vakava vamma, joka liittyy synnytykseen potilaan ollessa hoidossa	1	2	3	4	5
2	Vastasyntyneen kuolema tai vakava vamma synnytyksen aikana matalan riskin raskaudessa	1	2	3	4	5

Yleiset		Soveltuvuus HUSiin 1=ei sovellu lainkaan, 5=soveltuu erittäin hyvin				
1	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava kontaminoidun lääkkeen, laitteen tai elollisen (bioottisen) materiaalin käyttö	1	2	3	4	5
2	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtava laitteen käyttö, jossa laitetta on käytetty väärin tarkoituksiin, ohjeistuksen vastaisesti	1	2	3	4	5
3	Huonosta verensokerin seurannasta johtuva kuolema tai vakava vamma	1	2	3	4	5
4	Väärin asetettu nenä-mahaletku tai suu-mahaletku	1	2	3	4	5
5	Väärän kaasun käyttäminen	1	2	3	4	5
6	Epäonnistunut happisaturaation seuraaminen ja toimiminen sen mukaisesti	1	2	3	4	5
7	Ilmaembolia	1	2	3	4	5
8	Virheellinen potilaan tunnistaminen	1	2	3	4	5
9	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen johtuen sähköiskusta potilashoitotilanteessa	1	2	3	4	5
10	Mikä tahansa tapahtuma, jossa henkilö esiintyy valheellisesti lääkärinä, hoitajana, farmaseuttina tai muuna laillistettuna hoitohenkilökunnan jäsenenä	1	2	3	4	5
11	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen seksuaalinen hyväksikäyttö / ahdistelu terveydenhuollon toimintayksikön alueella	1	2	3	4	5
12	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolmaan tai vakavaan vammaan johtava fyysinen pahoinpitely, joka tapahtuu terveydenhuollon toimintayksikön alueella	1	2	3	4	5
13	Potilaan itsemurha, yritetty itsemurha tai itse aiheutettu vamma, joka on tehty potilaan ollessa hoidossa	1	2	3	4	5
14	Potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuolema tai vakava vammautuminen, joka johtuu potilassänkyjen laidoista tai voimasiteistä ja syntyy potilashoidon aikana	1	2	3	4	5
15	Potilaan kuolemaan tai vakavaan vammaan johtanut puutoaminen potilaan ollessa hoidossa	1	2	3	4	5

16	Erittäin vakavat makuuhaavat / painehaavaumat, jotka ovat tulleet sairaalan tulon jälkeen	1	2	3	4	5
17	Potilashoitotilanteessa sattunut palovamma, joka aiheuttaa potilaan tai hoitohenkilökunnan jäsenen kuoleman tai vakavan vammautumisen	1	2	3	4	5
18	Virhe potilashoidossa kun potilasta hoidetaan antikoagulantteilla	1	2	3	4	5

Avoimet kysymykset:

Onko mielessänne jokin haittatapahtuma / -taphtumia, joiden tulisi olla listassa? Jos on, niin mikä?

Onko jotain muuta mitä haluaisitte tuoda esille koskien listaa? Jos on, niin mitä?