



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Katja Kotanen-Lönnroos ja Minna Wallén

VAARATAPAHTUMAILMOITUKSET
OSANA
POTILASTURVALLISUUSTYÖTÄ
PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Sosiaali- ja terveysala
2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Katja Kotanen-Lönnroos ja Minna Wallén
Opinnäytetyön nimi	Vaaratapahtumailmoitukset osana potilasturvallisuustyötä päivystyspoliklinikalla
Vuosi	2010
Kieli	Suomi
Sivumäärä	47 + 1 liite
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla yhden keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ilmoitettuja vaaratapahtumia. Tutkimusaineisto koostui vuonna 2009 tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista, jotka oli kirjattu HaiPro-raportointijärjestelmään. Aineistossa oli ilmoitettu 88 vaaratapahtumasta. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysillä.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitä asioita vaaratapahtumista ilmoitetaan päivystyspoliklinikalla, mitkä asiat ilmoittajien mielestä vaikuttavat vaaratapahtuman syntyyn sekä mitkä olivat ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpide-ehdotukset ja jatkotoimenpiteet.

Tutkimustulosten mukaan päivystyspoliklinikalla ilmoitettiin yleisimmin lääke- ja nestehoitoon liittyvistä vaaratapahtumista. Lisäksi HaiPro-ilmoituksissa raportoitiin vaaratapahtumia, jotka liittyivät tiedonkulkuun ja dokumentointiin, muuhun hoitoon, laboratorioyhteistyöhön sekä henkilökunnan osaamiseen ja perehdytykseen. Vaaratapahtumiin vaikuttavia tekijöitä ilmoittajien mielestä olivat virheellinen lääkehoidon toteutus, kirjaamisen ongelmat, puutteellinen tiedonkulku sekä työympäristö ja resurssit. Jotkut eivät olleet esittäneet näkemystään vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Yleisin jatkotoimenpide-ehdotus liittyi lääkehoitoon. Vaaratapahtumia oli usein käsitelty osastokokouksissa. Myös muita jatkotoimenpiteitä oli raportoitu.

Vaaratapahtumista ilmoittavat olivat kuvanneet melko vähän näkemyksiään vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Tämän lisääminen hyödyttäisi työyhteisöä. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan potilasturvallisuuden mittaamista päivystyspoliklinikalla sekä hoitajien ja lääkäreiden välisen tiedonkulun tarkastelua potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Avainsanat potilasturvallisuus, päivystys, vaaratapahtuma.

VAASAN AMMATTIKORKEKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Katja Kotanen-Lönnroos and Minna Wallén
Title	Reporting dangerous Situations-A part of Patient Safety Strategy in the Emergency Room
Year	2010
Language	Finnish
Pages	47 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the reported dangerous situations in the emergency room in central hospital. The study material consisted of the dangerous situations that had reported of and documented in HaiPro-reporting systems in 2009. The material included 88 report of dangerous situations and was analysed with content analysis method.

The goal of this study was to find out what kind of incidents are reported in the emergency room ,which factors further the development of dangerous situations and what kind of further action was taken after a reported dangerous situation.

The results show that the most commonly reported dangerous situations were related to pharmacotherapy and fluid treatments. Other reported incidents related to the flow of information, documentation, other treatment, co-operation with the lab and the staff's abilities and orientation to the work. Factors that had effect on the dangerous situations included things like errors in the implementation of pharmacotherapy ,problems in documentation, inadequate flow of information, working environment and the available resources. Not all respondents answered the question about the possible risk factors that cause dangerous situations and the most common suggestion for further action related to pharmacotherapy. The dangerous situations had often been dealt with in the department meetings .Also other forms of further action had been reported.

Factors relating to the development of dangerous situations were described fairly little by the people who had reported on the dangerous situations. Having more that kind of information would benefit the working community .A topic for further research could be measuring the patient safety in the emergency room and looking closer at the flow of information between the physician and the nurse from the perspective of patient safety.

Keywords	Patient safety, emergency room, dangerous situation
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 KESKEISET KÄSITTEET	8
2.1 Potilasturvallisuus	8
2.2 Päivystyspoliikkatoiminta.....	10
2.3 Vaaratapahtuma.....	12
2.3.1 Haittatapahtuma	13
2.3.2 Läheltä piti -tilanne	13
3 HAIPRO-OHJELMA VAARATAPAHTUMIEN RAPORTOINNISSA	14
4 AIKAISEMPAA TUTKIMUSTIETOA AIHEESTA.....	16
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE	
JA TUTKIMUSONGELMAT	19
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	20
6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa.....	20
6.2 Tutkimusaineisto	20
6.3 Tutkimusaineiston analysointi	21
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
7.1 Päivystyspoliikkalla ilmoitetut vaaratapahtumat	24
7.1.1 Lääke- ja nestehoitoon liittyvät vaaratapahtumat	25
7.1.2 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat.	26
7.1.3 Laboratorioyhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat	27
7.1.4 Henkilökunnan osaamiseen ja perehdytykseen liittyvät vaaratapahtumat	29
7.1.5 Ei-lääkinnälliseen hoitoon liittyvät vaaratapahtumat.....	30
7.2 Ilmoittajien näkemykset vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista teijöistä	31
7.2.1 Virheellinen lääkehoidon toteutus.....	32
7.2.2 Puutteellinen tiedonkulku	32

7.2.3 Kirjaamisen ongelmat	33
7.2.4 Työympäristö ja resurssit	34
7.2.5 Ei kuvausta vaaratapahtumaan vaikuttavista tekijöistä.....	34
7.3 Vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpiteet	35
7.3.1 Vaaratapahtumailmoitusten tekijöiden ehdotukset jatkotoimenpiteeksi	35
7.3.2 Vaaratapahtumailmoitusten toteutetut jatkotoimenpiteet	37
8 POHDINTA	39
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu	39
8.2 Tutkimuseettiset kysymykset ja luotettavuus	40
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	42
LÄHTEET.....	44
LIITE	

1 JOHDANTO

Terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta on potilasturvallisuus. Hoidon turvallisuus perustuu oikea-aikaiseen hoidon toteutukseen. Systemaattinen toimintatapa ohjaa potilaiden turvallista hoitoa ja tätä tukevat myös arvot, asenteet ja johtaminen. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009, 11.) Vaikka henkilökunta on ammattitaitoista, toiminta on säädeltyä ja kaikki työhön sitoutuneita, niin silti vaaratapahtumia sattuu. Potilasturvallisuus on kaikkien ammattihenkilöiden yhteinen asia sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia, 2009,14.) Suomessa kuolee vuosittain pelkästään hoidon haittojen vuoksi arviolta 700–1700 potilasta. (Aaltonen, Mattila, Mäkijärvi & Saario 2008, 3792).

Päivystyspotilaan hoitotyö on vaativaa ja edellyttää hoitotyöntekijältä paljon erilaisia ominaisuuksia ja taitoja. Taitojen ja tiedon yhdistäminen ja priorisointi korostuvat päivystyspoliklinikan arjessa. Päivystyspoliklinikalla työskentely vaatii hoitohenkilökunnalta kykyä sopeutua nopeasti muuttuviin, yllättäviin tilanteisiin, tehdä päätöksiä, kohdata potilaat ja tukea omaisia. Lisäksi hoitotyön käytännöt ja menetelmät kehittyvät jatkuvasti, mikä edellyttää hoitotyöntekijöiltä jatkuvaa kouluttautumista. (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2008, 60.)

Päivystyspoliklinikoiden ongelmat potilasturvallisuudessa liittyvät erityisesti lääkehoitoon, diagnostiikkaan, annettuun hoitoon sekä kliiniseen arvioon. Kaikissa päivystysprosessin vaiheissa korostuvat tiedonsiirron ongelmat, erityisesti toimipaikkojen välisissä potilassiirroissa. Potilasturvallisuutta vaarantavilla virheillä on suuri merkitys potilaan terveydelle. Lisäksi se aiheuttaa terveydenhuollolle suuria kustannuksia. Päivystyksissä tulee kehittää riskien ennakoivaa arviointia ja hallintaa sekä vakiinnuttaa virheiden raportointia. Inhimillisten erehdysten määrää voidaan vähentää kirjallisesti sovitulla toimintatavoilla, perehdytyksellä, koulutuksella ja konsultaatiojärjestelmällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c, 37.)

Kansanterveyslain mukaan päivystyksen järjestämisvastuussa ovat kunnat. Kunnan tulee järjestää kiireellinen avosairaanhoito. Mikäli kansanterveystyön järjestämisessä tai toteuttamisessa huomataan potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä voi Sosiaali- ja terveysalan lupavalvontavirasto antaa määräyksen asioiden korjaamiseksi tai epäkohtien poistamiseksi. (L783/2009,43.) Lain mukaan kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairaudentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden – ja sairaanhoitoon. (L785/1992.) Suomessa tuli voimaan potilasvahinkolaki 1987 ja samana vuonna luotiin vapaaehtoinen lääkevahinkovakuutus (Niinistö, 2003).

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla yhden keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ilmoitettuja vaaratapahtumia vuoden 2009 aikana. Opinnäytetyö liittyy tekijöiden sairaanhoitajaopintoihin, joissa suuntautumisvaihtoehtona on sisätauti-kirurginen vanhustenhoitotyö.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus (engl. patient safety) tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksilöiden toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta katsottuna se tarkoittaa, että potilas saa oikean ja tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus käsittää hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden ja on osa hoidon laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20.)

Kuten Himanen ja Kinnunen (2010) artikkelissaan toteavat, potilasturvallisuudessa ei ole kyse ainoastaan vaaratapahtumien raportoinnista, vaan toiminnan turvallisuutta pitäisi osata ennakoivasti varmistaa. Jokainen hoitaja ja lääkäri voivat omalla toiminnallaan ja sitoutumalla sovittuihin toimintatapoihin edistää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus ei parane pelkän järjestelmän käyttöön otolla vaan tulosten aikaan saamiseksi täytyy olla tehokas palautejärjestelmä ilmoituksille. Hyöty joka ilmoittamisesta syntyy, tulee työntekijöiden nähdä.

Potilasturvallisuus ajatuksena ei ole uusi. Jo Hippokrateen valan mukaan tuli lääkäreiden toimia annettujen ohjeiden mukaisesti sairaiden hyväksi. Lääkäreiden tuli välttää ja torjua tahallisia vääryyksiä ja vahinkoja. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa sairaanhoidajan tehtäviin kuuluvat potilaan elämän suojeleminen, potilaan terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimysten lievittäminen. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13.)

Potilasturvallisuuteen on 1990-luvun puolivälistä lähtien kiinnitetty enenevässä määrin huomiota. Ensimmäisiä maita, joissa potilasturvallisuuteen kiinnitettiin suurempaa huomiota, olivat Yhdysvallat, Australia, Kanada, Iso-Britannia sekä Uusi-Seelanti. Suomessa terveydenhuollon laatutyötä on tehty jo pitkään, mutta vasta tämän vuosikymmenen puolivälin jälkeen on potilasturvallisuutta lähdetty aktiivisesti edistämään. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia julkaistiin vuonna 2009. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on saada potilasturvallisuus Suomessa korkeatasoiseksi. Suomessa toteutetaan potilasturvallisuusstrategiaa vuosina 2009–2013. Strategiassa on kiinnitetty huomiota toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa tulee olla omat menettelytavat, joilla vaaratapahtumia raportoidaan, käsitellään ja seurataan potilasturvallisuuden edistämiseksi. Strategian päämääränä on potilasturvallisuuden edistäminen ja visiona vaikuttava sekä turvallinen hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 12–15.)

Potilasturvallisuus on keskeinen osatekijä korkealaatuisessa, vaikuttavassa ja hyvässä hoidossa. Kuitenkin eri puolilta maailmaa saatujen tietojen mukaan 5-10 prosenttia hoitoon tulevista potilaista kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Vakava-asteinen haitta, joka tarkoittaa pysyvää vammautumista tai kuolemaa, sattuu noin yhdelle prosentille potilaista. Tyypillisin esimerkki on hoitoon liittyvä sairaalainfektio, joka olisi ollut estettävissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Suurin potilasturvallisuutta vaarantava tekijä Suomessa ovat puutteet lääkehoidon turvallisuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3).

2.2 Päivystyspoliklinikkatoiminta

Päivystyspoliklinikka (engl. emergency department) on kiireellisten ja välitöntä hoitoa tarvitsevien potilaiden polikliinista hoitoa antava paikka. Päivystyspoliklinikan tärkein tehtävä on arvioida sinne hakeutuneiden potilaiden joukosta ne, jotka tarvitsevat kiireellisintä hoitoa ja nopeaa diagnosointia. Potilaan oireiden ja vamman perusteella tehdään välitön tutkimus- ja hoitosuunnitelma. (Castren, Aalto, Rantala, Sopenan & Westergård 2008, 60.)

Perusterveydenhuollossa päivystys tapahtuu terveysasemilla ja terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuollon päivystys on yleislääketieteen alan päivystysvastaanottoa, jossa hoidetaan tavanomaisia ja yleisiä päivystysluonteisia sairauksia sekä pientraumoja. Erikoissairaanhoidon päivystys toimii keskussairaaloiden päivystyspoliklinikoilla, joissa on eri erikoisalojen päivystystoimintaa.

Erikoissairaanhoidon päivystyksessä potilaan tutkimukset ja hoito vaativat laajempaa lääketieteellistä osaamista. Samoissa tiloissa toimivaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystä kutsutaan yhteispäivystykseksi. (Castren ym. 2008, 61–62.)

Toiminta päivystyspoliklinikalla on ennustamatonta, yllätyksellistä ja vaihtelevaa. Päivystyspoliklinikka toimii osana hoitoketjua ja sen tarkoituksena on laadukas ensihoito. Hoitoketjussa toimivia muita yhteistyökumppaneita ovat hätäkeskus, sairaankuljetus, poliisi, sosiaaliviranomaiset ja muut terveydenhuollon yksiköt. (Castren ym. 2008, 61–62.)

Valmiustason on päivystyspoliklinikalla oltava korkea, koska tilanteet muuttuvat hyvinkin nopeasti. Päivystyksellisen toiminnan keskittyminen lisää hoitohenkilökunnan osaamista koskevia vaateita. Hoitotyöntekijän tulee hallita eri potilasryhmien ja erikoisalojen osaaminen. Päivystyspoliklinikoilla hoidetaan traumatologisia, kirurgisia, sisätauti- ja neurologisista sairauksista kärsiviä

potilaita. Päivystyspoliklinikasta riippuen hoidetaan lisäksi psykiatrian potilaita, iho- ja syöpätauteja sairastavia, sekä lisäksi silmä-, korva-, nenä- ja kurkkutaudeista kärsiviä potilaita. Oman ryhmänsä muodostavat myös lapsipotilaat. Potilaan hoidontarpeen arvioiminen, taito tehdä nopeita päätöksiä tarvittavista hoitotoimenpiteistä, sekä potilaan tilan seurannasta ja jatkohoidon organisoimisesta kuuluvat hoitotyöntekijän osaamisen edellytyksiin. (Koponen & Sillanpää 2005, 14.)

Äkillisiä tapaturmia ja sairauksia, joiden vuoksi tyypillisesti hakeudutaan päivystyspoliklinikan vastaanotolle ovat liikenneonnettomuudessa loukkaantuminen, kaatuminen, puristuksiin jääminen, korkea putoaminen, hukkuminen, pahoinpitelyt, rintakipu, sydänpysähdys, tajuttomuus, hengitysvaikeus, vatsakipu, yleistilanlasku, päänsärky, alkoholin- ja lääkkeiden yliannostus. (Koponen & Sillanpää 2005, 15–16.)

Päivystystoiminnan järjestäminen on mielenkiintoinen ja haastava tehtävä, koska koko palvelujärjestelmän toiminta ohjataan päivystysaikoina sen kautta. Voimakas vuorokaudenajan ja viikonpäivän mukainen vaihtelu on tyypillistä päivystyksen kysynnälle. Päivystystoiminnan tulisi olla sujuvaa, potilaan yksilöllisyyden suojaavaa, sekä inhimillistä hätää ymmärtävää toimintaa. Laadukkaan päivystystoiminnan ylläpito, joka vastaa väestön palvelutarpeeseen, edellyttää järjestelmällistä suunnittelua, seuranta, verkottumista, sekä moniammatillisuutta ja yksikön toiminnan kehittämistä. (Koponen, Sillanpää 2005, 19–20.) Jatkossa päivystyspoliklinikoiden jatkuva keskittäminen tulee aiheuttamaan päivystyspoliklinikoiden ruuhkautumista, odotusaikojen pitenemistä ja jatkohoitopaikkojen puutteita, joista seuraa kasvavia vaatimuksia hoitotyöntekijöiden ammattitaidolle. (Koponen & Sillanpää 2005, 409).

Päivystyspoliklinikkatoiminnassa tapahtuvilla potilasturvallisuutta vaarantavilla tekijöillä on suuri merkitys potilaan terveydelle ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksille. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä ehdottaa, että jokaisella päivystyspoliklinikalla tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma, jonka

toteutumista arvioidaan vuosittain ja jonka pohjalta tarvittavia täsmennyksiä tehdään. Työryhmä ehdottaa lisäksi, että potilasturvallisuuden hallinnassa kehitetään päivystyksen lääkehoitosuunnitelmaa, konsultaatiojärjestelmää, tietojärjestelmiä ja potilashoidon jatkuvuutta turvataan laadukkaalla kirjaamisella, sekä raportoidaan vaaratapahtumista ja otetaan niistä opiksi. Edelleen ehdotetaan, että henkilökuntaa perehdytetään ja koulutetaan järjestelmällisesti henkilökuntaa sekä mitoitetaan henkilökunta oikein ja ruuhkien varalta laaditaan hallintasuunnitelmat. Potilasturvallisuussuunnitelmassa tulee olla kirjalliset toiminta- ja menettelyohjeet. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010c, 38.)

Turvallinen päivystyspoliikkatoiminta edellyttää koko päivystystoiminnan ja yhteistyöverkostojen sitoutumista ja osaamisen kehittämistä, erityisesti lääkehoitoon, tiedonkulkuun ja johtamiseen, sekä vastuun selkiyttämiseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010c, 12.)

2.3 Vaaratapahtuma

Vaaratapahtuma (engl. patient safety incident) on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka voi aiheuttaa tai aiheuttaa haittaa potilaalle. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6-7.) Se on suunnittelusta tai sovitusta tavasta poikkeava tapahtuma, joka liittyy terveydenhuollon tuotteisiin tai toimintatapoihin, -järjestelmiin tai -ympäristöön. Vaaratapahtuma voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä, suojausten pettämisestä, seurannan puutteesta, kirjaamisesta tai raportoinnista.

Vaaratapahtumat voidaan jakaa terveydenhuollossa kolmeen eri osa-alueeseen: 1) haitta- ja sivuvaikutukset potilaan kokemana, 2) tapahtuma, josta olisi voinut tulla haitta- tai sivuvaikutuksia, mutta näin ei käynyt, sekä 3) niin sanotut läheltä piti – tilanteet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.) Seuraavassa tarkastellaan haittatapahtumia ja läheltä piti -tilanteita tarkemmin.

2.3.1 Haittatapahtuma

Haittatapahtuma (engl. adverse event) on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Haittatapahtumaksi katsotaan myös tapahtumat, joista ei aiheudu potilaalle varsinaista haittaa, mutta koskettaa heitä konkreettisesti. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6–7.) Jälkimmäinen tapaus voisi olla esimerkiksi sellainen, jossa potilas saa vahingossa toisen potilaan lääkkeen, mutta siitä ei aiheudu hänelle haittaa.

Stakesin (2006) määritelmän mukaan haittatapahtuma on terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoitoon, ohjaukseen, tai toimenpiteeseen liittyvä ei-toivottu seuraamus. Seuraamus voi aiheuttaa normaaliin verrattuna jotakin tai joitakin lääketieteellisiä haittoja potilaalle, hoitokustannusten lisääntymistä ja hoitoajan pidentymistä. Suunnittelematon samaan vaivaan tai sairauteen liittyvä uusintahoitotoimenpide määritellään myös haittavaikutukseksi.

2.3.2 Läheltä piti -tilanne

Läheltä piti – tilanne (engl. near miss) on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin, koska tapahtuma havaittiin sattumalta ajoissa ja haitalliset seuraamukset pystyttiin estämään ajoissa. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006, 6-7.)

3 HAIPRO- OHJELMA VAARATAPAHTUMIEN

RAPORTOINNISSA

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittäminen aloitettiin vuonna 2005 Valtion teknillisen tutkimuslaitoksen eli VTT:n toimesta, yhteistyössä terveydenhuoltoyksiköiden, sosiaali- ja terveysministeriön, sekä Lääkelaitoksen kanssa. Haittatapahtumien raportointijärjestelmän nimeksi tuli HaiPro. HaiPro myötä on ollut tarkoitus luoda kansallisesti yhtenäinen vaaratapahtumien raportointimalli ja raportointikäytäntö. (Knuutila ym. 2007, 10.)

HaiPro -raportointijärjestelmä perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen sekä syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Raportointijärjestelmän keskeisiä ominaisuuksia ovat luottamuksellisuus, anonymiteetin säilyminen, rankaisemattomuus sekä ihmisen luontaisen toiminnan huomioiminen. HaiPro on kehitetty sellaiseksi, että työntekijöillä olisi mahdollisimman matala kynnyks käyttää sitä. Raportointijärjestelmän tarkoituksena on ennaltaehkäistä hoidon haittoja kehittämällä toimintaprosesseja, jotka parantavat lisäksi työtyytyväisyyttä sekä edistävät työhyvinvointia. (Knuutila ym. 2007,17.)

HaiPro – työkalu on tällä hetkellä Suomessa käytössä yli 50 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Käyttäjäyksiköiden koko vaihtelee pienestä terveyskeskuksesta suuriin sairaanhoitopiireihin. HaiPro on tietotekninen työkalu ja se toimii käyttäjäorganisaatioiden omassa sisäisessä sähköisessä työympäristössä. Järjestelmä toimii prosessimaisesti, jakautuen eri vaiheisiin ja eri vaiheiden toteuttajiin. (Knuutila ym. 2007.)

HaiPro -järjestelmään ilmoitettavat tapahtumat ovat potilaan hoitoon liittyviä virheitä, joista on aiheutunut potilaalle haittaa tai joista olisi voinut aiheutua hänelle haittaa. Prosessi alkaa siitä, kun joku henkilökunnasta huomaa potilaan

hoitoon liittyvän virheen. Ilmoituksen tekijä on voinut olla itse mukana vaaratapahtuman synnyssä tai hän on ollut tapahtuman sivusta seuraaja. (Knuutila ym. 2007, 9.)

HaiPron ilmoituslomakkeeseen (Liite 1) tapahtumatiedot ilmoitetaan vaiheittain. Pakollisia tietoja ilmoituslomakkeessa ovat työyksikkö, tapahtumayksikkö, ilmoittajan ammattiryhmä, tapahtuma-aika, tapahtuman luonne ja tyyppi. Ilmoituksen tekijä kuvaa vapaaseen kenttään tapahtuman omin sanoin ilman, että ilmoituksesta käy ilmi kuka ilmoituksen on tehnyt tai ketä vaaratapahtumailmoitus koskee. (Knuutila ym. 2007, 9.)

HaiPro ei siis kerro mitä tapahtuu, vaan se kertoo mitä vaaratapahtumia havaitaan ja ilmoitetaan. Ilmoitukset ovat aina ilmoittajan näkökulma tapahtuneesta ja se ei aina välttämättä ole absoluuttinen totuus siitä mitä on tapahtunut.

Käsittelijä, joka käsittelee ilmoituksia, voi olla osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja. Vaaratapahtumailmoituksista, jotka ovat tapahtuneet käsittelijän yksikössä, tulee ilmoitus hänen sähköpostiinsa. Käsittelijä on koulutettu ja perehdytetty sekä vastuullinen, joten hänen tehtäviinsä kuuluu ilmoitusten jatkuuokitutukset ja toimenpiteiden ehdottaminen. Tarvittaessa käsittelijä voi pyytää lisätietoja ilmoittajalta sekä antaa hänelle palautetta. Ilmoitukset käsitellään yhteisesti työpaikalla, esimerkiksi osastotunnilla, niin ettei ketään syyllistetä tai lähdetä syyllistä etsimään. (Knuutila ym. 2007, 9.)

Vaaratapahtumien raportointimenettely on toiminnan jatkuvaa päivittäistä arviointia ja kehittämistä. Usein vaaratapahtumat pysäyttävät työntekijöitä vasta silloin kun jotain on jo tapahtunut. Pasternackin mukaan valtaosa vaaratapahtumista olisi estettävissä, mikäli tapahtumiin johtaneita tekijöitä kartoitettaisiin perusteellisesti. (Pasternack 2006, 2459.)

4 AIKAISEMPAA TUTKIMUSTIETOA AIHEESTA

Tietokantahaussa tutkijat eivät löytäneet aikaisempia tutkimuksia päivystyspoliklinikan vaaratapahtumista. Muita potilasturvallisuuteen ja vaaratapahtumiin liittyviä empiirisiä tutkimuksia löytyi kolme. Nämä aikaisemmat tutkimukset löydettiin Internetistä Googlen avulla yhdistelemällä hakusanoja potilasturvallisuus, vaaratapahtuma ja päivystyspoliklinikka. sekä PubMed- ja Medic –tietokannoista hakusanoilla patient safety, emergency department action ja adverse event vuosilta 2000-2010.

Yhdysvalloissa on tehty tutkimus potilasturvallisuudesta 107 akuuttihoitoa antavassa sairaalassa. Tutkimus tehtiin kahtena eri vuotena: ensin vuonna 2002 ja uudelleen vuonna 2004. Näiden vuosien tuloksia verrattiin keskenään. Potilasturvallisuussuunnitelma oli vuonna 74 % sairaaloista, mutta 9 % sairaaloista puuttui potilasturvallisuussuunnitelma vielä tutkimuksen päätyttyäkin. Lääkehoidossa oli paljon virheitä, mutta parannusta oli tapahtunut ja tarkkaavaisuus oli lisääntynyt vuodesta 2002 vuoteen 2004. Tutkimuksessa tuli myös esille, että sairaalat eivät olleet lähelläkään Institute of Medicine -järjestön antamaa suositusta (IOM-suosituksia). IMO on Yhdysvaltalainen terveydenhuollon laadun valvontajärjestö. (Longo, Hewett, Ge, Schubert 2005.)

Amos Pasternack toteaa, että suurin osa vaaratapahtumista olisi estettävissä, mikäli aiemmat vaaratapahtumat olisi kartoitettu perusteellisesti ja niistä olisi opittu. Hänen mukaansa ”Hoitovirheitä tapahtuu kaikille”. Ongelmat liittyvät hänen mukaansa potilaiden hoitoon, mutta syitä ovat usein myös järjestelmän häiriö tai heikkous. Hoitovahinkojen ehkäisemiseksi on osattava tunnistaa vahingot sekä se, miten ja missä olosuhteissa ne esiintyvät. Tärkeää on myös tunnistaa läheltä piti -tilanteet, jotka olisivat voineet aiheuttaa potilaalle haittaa. Vaaratapahtumien kirjaamisessa ei etsitä syyllistä, vaan pyritään parantamaan hoitoa koulutuksen ja keskustelun kautta. Luottamuksen säilyttämiseksi on tärkeää myöntää virhe. (Pasternack 2006, 2459–70.)

Yhdysvalloissa on käytössä vapaaehtoisuuteen perustuva virheraportointimenetelmä nimeltään MedMarx. Järjestelmä on kansallinen internetpohjainen järjestelmä, joka on suunniteltu sairaaloille ja terveyskeskuksille. Yhdysvaltalaiset kokevat eduksi sen, että jokainen hoitaja tai lääkäri voi itse päättää mistä vaaratapahtumasta tekee ilmoituksen. (MedMarx, U.S.Pharmacopela 2001.)

Ruotsalaisissa sairaaloissa on käytössä Lex Maria -niminen vaaratapahtumailmoitusten raportointijärjestelmä, joka on ollut käytössä vuodesta 1936. Lex Marian kautta ilmoitettavat vaaratapahtumat menevät Ruotsin sosiaalihuollon käsiteltäväksi. (Ödegård 2006.)

Synnöve Ödegård on ensimmäinen pohjoismaalainen, joka on tehnyt väitöskirjan potilasturvallisuudesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää tietoa siitä, mikä vaikuttaa potilasturvallisuuteen henkilökohtaisella sekä järjestelmätasolla. Tuloksissa tuli esiin, että vaara- ja vahinkoraportointi eivät antaneet tarpeeksi tietoa ennaltaehkäisevään potilasturvallisuuteen. Tutkimus osoitti myös, että tarvitaan lisää huomiota terveydenhuollon tukitoimiin ja järjestelmällistä suunnittelua potilasturvallisuuteen. (Ödegård 2006,7.)

Etelä-Ruotsissa tehtiin vuonna 2004 tutkimus kuuden yliopistollisen sairaalan ja lääninsairaalan päivystyspoliklinikalla. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää näiden akuuttiyksiköiden potilasturvallisuutta sekä hoidon laatua. Yksiköihin lähetettiin haastattelulomakkeita, joita käytiin yhdessä läpi osaston henkilökunnan kanssa. Nämä lomakkeet ja viimeisin toimintakertomus, toimintasuunnitelma ja organisaatiosuunnitelma lähetettiin Ruotsin sosiaalihuoltoon. Sosiaalihuollon haastattelijat haastatteli kahdessa eri ryhmässä toiminnasta vastaavaa sekä yksikön sihteerä, lähihoitajaa, sairaanhoitajaa ja lääkäriä. Potilasturvallisuusriskinä koettiin puutteelliset tilat, sairaaloiden erilaiset potilastietojärjestelmät, lääkityksessä rinnakkaislääkkeiden käyttö sekä puutteet potilastietojen siirrossa eri hoitoyksiköiden välillä. (Socialstyrelsen 2004.)

Anne Suikkanen on kuvannut tutkimuksessaan yhden keskussairaalan lääkityspoikkeamia, niihin yhteydessä olevia tekijöitä sekä lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyä. Tutkimustuloksista käy ilmi, että lääkityspoikkeamia tapahtui kaikissa lääkehoidon prosesseissa. Keskeisimpiä lääkehoidon poikkeamia olivat epäselvät ja ristiriitaiset lääkemääräykset potilasdokumenteissa. Lisäksi lääkehoidon toteutuksessa oli tapahtunut poikkeamia, joissa potilas sai eri syistä väärää lääkettä. Työuran alkuvaihe, työntekijän eri syistä johtuva ylikuormitus, työrauhan puute lääkehoidon toteutuksessa, puutteet opiskelijoiden työn valvonnassa sekä tietojärjestelmiin liittyvät epäselvyydet olivat keskeisimpiä tekijöitä lääkityspoikkeamissa. Lääkityspoikkeamien ennaltaehkäisyssä keskeisintä olivat huolellisuuden ja tarkkaavaisuuden lisääminen lääkehoitoon liittyvien työtehtävien suorittamisessa sekä osaamisen päivittäminen. Lääkityspoikkeamia voidaan lisäksi ennaltaehkäistä riittävällä henkilöresursseilla, perehdytyksellä, työrauhalla ja palautemenetelmillä. (Suikkanen, Anne 2008, 53–54.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE

JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla yhden keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ilmoitettuja vaaratapahtumia vuoden 2009 aikana. Tavoitteena oli tuottaa tietoa riskitekijöistä, jotka ovat vaikuttaneet siihen, että potilasturvallisuus ei ole toteutunut. Tutkimuksen tuloksista hyötyvät terveydenhuoltoalan työntekijät, organisaatioiden johtajat sekä terveysalan koulutus. Kaikkien on hyvä pysähtyä miettimään, minkälaisia virheitä tai läheltä piti -tilanteita tapahtuu, jotta vastaavia virheitä ei pääsisi tapahtumaan uudelleen.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Mitä asioita vaaratapahtumista ilmoitetaan päivystyspoliklinikalla?
2. Mitkä asiat vaikuttavat ilmoittajien mielestä siihen, että vaaratapahtumia syntyy?
3. Mitkä ovat ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet?
 - 3.1 Mitä jatkotoimenpiteitä vaaratapahtumista ilmoittajat ovat ehdottaneet?
 - 3.2 Mitä jatkotoimenpiteitä vaaratapahtumien jälkeen on tehty?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tutkimusongelmaa lähestyttiin kvalitatiivisellä tutkimusotteella. Kvalitatiivinen tutkimus on laadullinen menetelmä. Kvalitatiivisen tutkimuksen yksi aineistotyyppi on erilaiset dokumentit. Laadullinen lähestymistapa soveltui tähän tutkimukseen, koska siinä analysoitiin avointa tekstiä, jossa vastaukset eivät olleet yksiselitteisiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009,162.)

Tässä opinnäytetyössä laadullisen tutkimuksen lähtökohtana oli induktiivisuus. Induktiivisessa päättelyssä edetään aineiston yksittäisistä tapauksista kohti laajempaa kokonaisuutta. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä, eikä aineiston analyysia ohjaa tarkasti mikään teoreettinen lähtökohta. Induktiivisessa päättelyssä aineistosta ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan analysoinnin tarkoituksena on hakea vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmiin. Laadullisen tutkimuksen tutkimustehtävät voivatkin tarkentua vielä aineiston keruun ja analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23.)

6.2 Tutkimusaineisto

Tutkimuksen aineistona ovat vuoden 2009 aikana raportoidut vaaratapahtumailmoitukset yhden keskussairaalan päivystyspoliklinikalta. Vaaratapahtumailmoitukset hankittiin keskussairaalaan laatupäällikön avustuksella ja niissä oli ilmoitettu yhteensä 88 vaaratapahtumasta.

Aineistona toimineet vaaratapahtumailmoitukset tulivat keskussairaalan päivystyspoliklinikan työympäristöstä, sen työntekijöiltä. Päivystyspoliklinikalla työskentelee perushoitajia, sairaanhoitajia, apulaisosastonhoitajia, osastonhoitajia, lääkintävahtimestari, potilaskuljettajia sekä lääkäreitä.

Tutkimuksen kohteena olevalla keskussairaallalla on käytössä vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro, joka otettiin käyttöön keskussairaalaan 61 yksikössä toukokuussa 2007. Käytöönoton tavoitteena on tuoda esille toiminnassa tapahtuneet vaaratapahtumat ja läheltä piti- tilanteet mahdollisimman kattavasti, jotta vastaavia virheitä voitaisiin ehkäistä. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008,3787).

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan käytettävissä olevan tutkimusaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että käsitteiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Tutkimusaineistona olleet tekstit kopioitiin sähköisesti HaiPro -ohjelmasta Word-tiedostoksi, joka tallennettiin tutkijoiden tiedostoksi, joka säilytettiin salatussa paikassa. Aineistosta tuli 30 liuskaa tekstiä, rivinvälillä 1,5, Times New Roman - kirjaintyyllillä jossa käytettiin fonttikokoa 12. Aineisto analysoitiin manuaalisesti.

Tutkimusaineiston sisältöä analysoitiin tässä opinnäytetyössä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Induktiivinen sisällönanalyysi on kolmevaiheinen prosessi, johon kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2004,108.)

Analyysi aloitettiin aineiston lukemisella. Pelkistämisvaiheessa (taulukko 1) tutkijat ryhtyivät koodaamaan aineistosta merkityksellisiä ilmauksia tutkimusongelmien mukaisesti. Ryhmittelyvaiheessa (kuvio 1) pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien perusteella alakategorioihin ja abstrahointivaiheessa annettiin niille sisältöä kuvaava nimi. Alakategorioista muodostettiin yläkategorioita. Aineisto kvantifioitiin laskemalla manuaalisesti kuinka monesta pelkistetystä ilmauksesta kukin luokka muodostui. Niiden prosenttiosuudet laskettiin Exel-ohjelmalla.

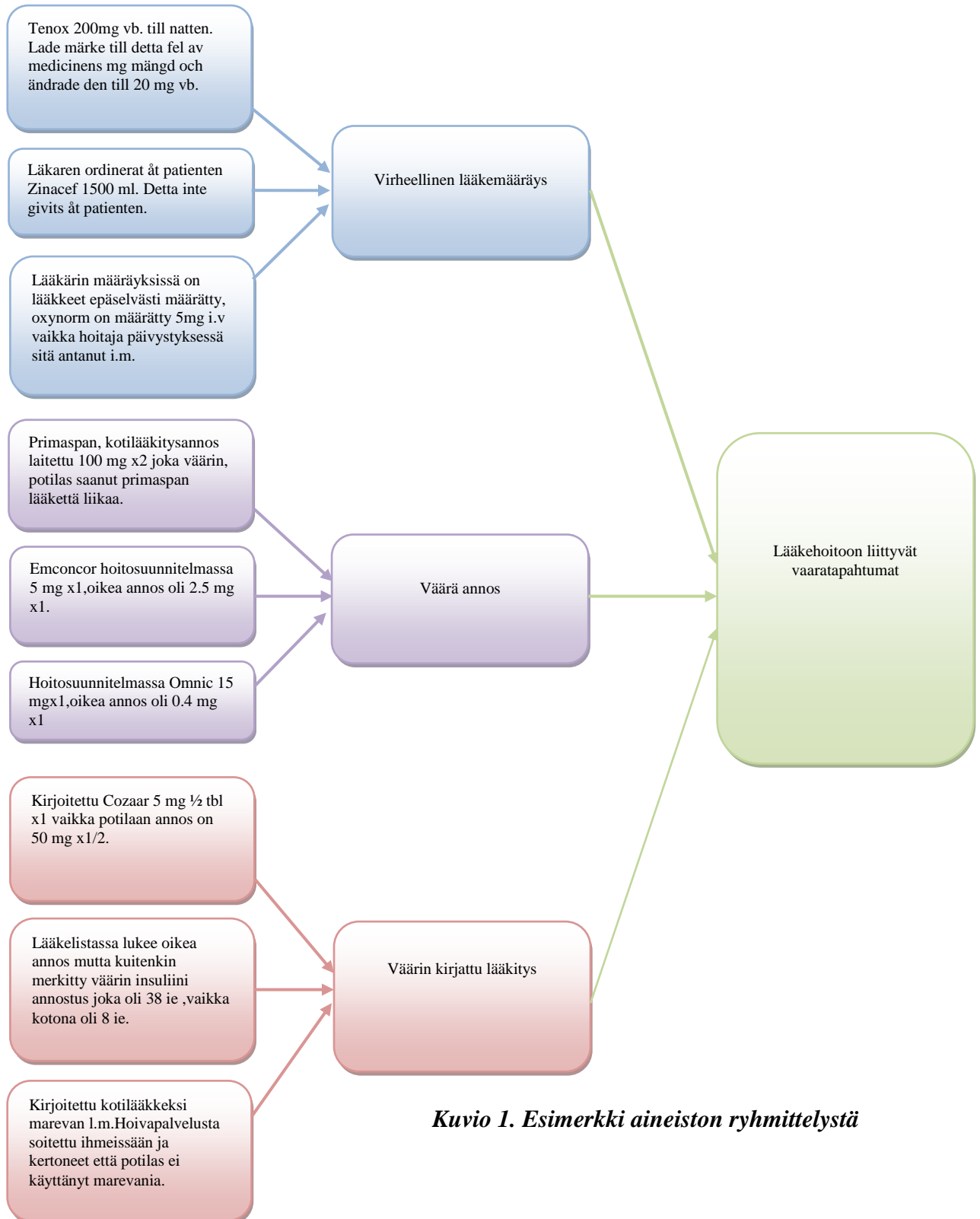
Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen aineisto

- ❖ Potilaan hoitosuunnitelmaan molempina päivinä 6.10 ja 7.10 kirjoitettu Cozaar 5mg ½ tbl x1 vaikka potilaan annos on 50mg ½x1!!! Potilas ei saanut näin pientä annosta koska hoitaja huomasi asian, että näin pientä vahvuutta ei ole olemassa.
- ❖ Dementiaa poteva potilas tuotiin röntgeniin. Potilaskuljettaja ei tiennyt potilaan nimeä eikä potilaalla ollut nimilappua. Potilas ei myöskään kyennyt itse sanomaan nimeään.
- ❖ Potilaalla happiviikset ja laitettu 4l päälle, mutta happipullo oli jäänyt avaamatta. Potilaskuljettaja avasi pullon kun oli viemässä potilasta takaisin polille röntgenistä. Potilas oli kyllä hyvävointinen eikä tapaturmasta aiheutunut suurempaa haittaa potilaalle.
- ❖ Lääkelistassa lukee oikea annostus mihin viitataan hoitosuunnitelmassa, mutta kuitenkin merkitty väärin insuliiniannostus joka 38IU vaikka kotiannos oli 8IU.
- ❖ Primaspan kotilääkeannos laitettu 100mg x 2 joka väärin. Potilas saanut Primaspan lääkettä liikaa. Kotilääkkeenä menee 50mg x 2. Kotilääkitys jatkuu lääkärin määräyksestä. Ei huomioitu primaspan annosta.
- ❖ Potilas lähetetty päivystykseen illalla sattuneen poissaolo-kohtauksen vuoksi. sairaalasta soitti päivystävälääkäri, joka suullisesti lupasi laittaa hoito-ohjeita mukaan ja lisäsi, ettei mitään oikeastaan ole muutettu. Potilas saapui takaisin klo 02 ambulanssienkylökunnan saattamana. Potilaan mukana ei tullut minkäänlaisia papereita.
- ❖ Tambocor 100mg. Patientens medicindosering skrivits av receptet 100mg x3 p.o Men patientens dosering är 100mg 1½+1 p.o och denna dosering har patienten haft åtminstone sedan 4.6.2008.

Pelkistetty ilmaisu

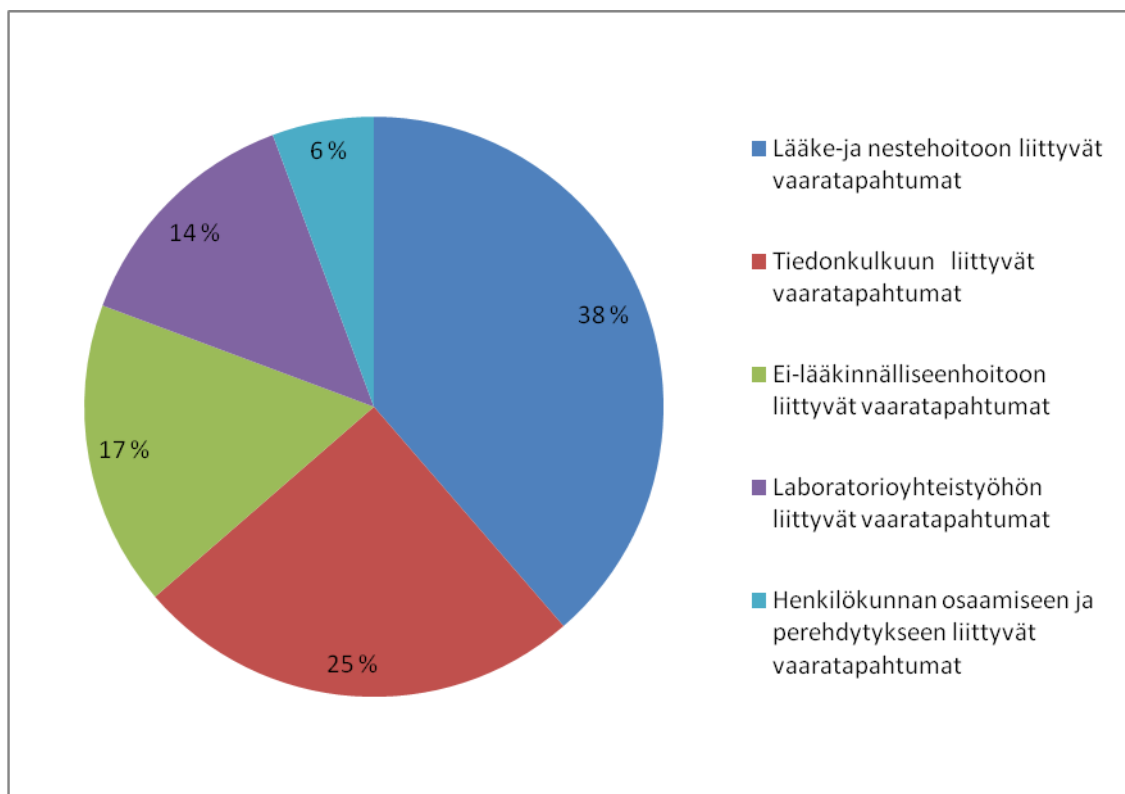
- ❖ Kirjoitettu Cozaar 5mg ½ tbl x1 vaikka potilaan annos on 50mg ½x1!!
- ❖ Ei tiennyt potilaan nimeä eikä potilaalla ollut nimilappua. Potilas ei myöskään kyennyt itse sanomaan nimeään.
- ❖ Potilaalle happiviikset ja laitettu 4l päälle, muuta happipullo oli jäänyt avaamatta.
- ❖ Lääkelistassa lukee oikea annostus, mutta hoitosuunnitelmassa merkitty väärin insuliiniannostus.
- ❖ Primaspan kotilääkeannos laitettu 100mg x 2 joka väärin. Potilas saanut Primaspan lääkettä liikaa.
- ❖ Päivystävälääkäri, joka suullisesti lupasi laittaa hoito-ohjeita mukaan. Potilaan mukana ei tullut minkäänlaisia papereita.
- ❖ Patientens medicindosering skrivits av receptet 100mg x3 p.o Men patientens dosering är 100mg 1½+1 p.o

*Pelkistetty ilmaisu**Alakategoria**Yläkategoria***Kuvio 1. Esimerkki aineiston ryhmittelystä**

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Päivystyspoliklinikalla ilmoitetut vaaratapahtumat

Tutkimusaineisto sisälsi yhteensä 88 vaaratapahtumailmoitusta. Päivystyspoliklinikalla ilmoitettujen vaaratapahtumien sisällöstä muodostettiin sisällön analyysissä useita alakategorioita, joista yhdistävien tekijöiden perusteella muodostettiin viisi yläkategoriaa: lääke- ja nestehoitoon liittyvät vaaratapahtumat, tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat, ei-lääkinnälliseen hoitoon liittyvät vaaratapahtumat, laboratorioyhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat sekä henkilökunnan osaamiseen ja perehdytykseen liittyvät vaaratapahtumat. Kuviossa 1 esitetään kunkin vaaratapahtumatyyppin prosentuaalinen osuus koko aineistosta.



Kuvio 1. Päivystyspoliklinikalla ilmoitetut vaaratapahtumat (n=88).

7.1.1 Lääke- ja nestehoitoon liittyvät vaaratapahtumat

Suurin osa ilmoitetuista vaaratapahtumista oli lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumia, joita oli 38 % aineistosta. Ne jaettiin kolmeen alakategoriaan: lääkemääräykseen liittyvä, lääkelistaan liittyvä ja lääkkeen antoon liittyvä vaaratapahtuma.

Lääkemääräykseen liittyvät vaaratapahtumat liittyivät lääkeannokseen, lääkemääräyksen kirjaamiseen, virheelliseen lääkemääräykseen, puutteelliseen lääkemääräykseen, epäselvään lääkemääräykseen tai väärään infuusioon. Epäselvyydet lääkemääräyksen antotavassa ilmenivät lääkemääräyksissä ristiriitaisina ja puutteellisina merkintöinä, jolloin lääkehoidon toteuttajan oli mahdotonta tietää oikeaa lääkitystä. Seuraavassa esitetään sitaatti yhdestä ilmoituksesta:

”Kun potilas tuli osastolle oli kotilääkitys cardace 50mg ½ tbl. x1 eli 10 kertainen annostus. Huomattiin se kun oli vanha lääkelista ”

Läakelistaan liittyviä vaaratapahtumia olivat väärin tarkastettu lääkelista, virheellinen lääkelista, puuttuva lääketieto tai kokonaan puuttuva potilaan lääkelista. Potilaalla saattoi olla useampi lääkelista tai lääkemääräys oli unohdettu kirjata lääkelistaan, sekä potilaalla käytössä oleva lääkitys saattoikin löytyä vaihtelevasti eri dokumenteista, mikä lisäsi virhemahdollisuuksia. Seuraavassa sitaatteina esimerkkejä ilmoituksista:

”Kirjattu hoitosuunnitelmaan vain lääkkeen nimi ja vahvuus”

”En sjukskötare skrivit upp hemmedicinerna, utan styrka, och läkaren har skrivit ”Kotilääkitys jatkuu ”

”Hade skrivit att patienten har Tenox 200mg vb till natten”

(Hoitaja huomasi tämän virheen ja vaihtoi lääkitysannoksen 20 mg:ksi tarvittaessa. Tästä ei aiheutunut potilaalle haittaa.)

Lääkkeiden antoon liittyvät vaaratapahtumat olivat väärin määrätty lääkkeen antotapa tai lääke annettu väärin. Väärin määrätty antotapa syntyi, kun potilaalle oli määrätty väärä antoreitti. Väärin annettu lääke tarkoitti sitä, että potilaalle annettiin oikeaa lääkettä, mutta annos oli virheellinen. Seuraavassa sitaatteja kahdesta ilmoituksesta:

”Läkaren ordinerat åt patienten Zinacef 1500 ml iv. (olisi pitänyt olla Zinacef 1.5 g i.v)

”Perfalgan 10 mg i.m. klo16.45.”

(olisi pitänyt olla Perfalgan 1g i.v klo.16:45)

7.1.2 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat

Tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia oli 25 % ilmoitetuista vaaratapahtumailmoituksista. Ne jaettiin kahteen alakategoriaan: suullisen raportoinnin vaaratapahtumat ja kirjallisen dokumentoinnin vaaratapahtumat.

Suullisen raportoinnin vaaratapahtumat olivat usein puhelimitse annetun siirtoraportoinnin yhteydessä tapahtuneita virheitä, joissa ei ollut ilmoitettu potilaalla olevaa tartuntatautiä tai tarvetta seurantamonitoinnista, tai oli jätetty välittämättä tärkeä tieto. Seuraavassa esitetään sitaatteja kolmen ilmoittajan teksteistä:

”Päivystys soitti uuden potilaan, josta kerrottiin diagnoosit pneumonia ja clostridium. Meille ei annettu tietoa, että päivystykseen tullessa diagnooseina olivat myös dehydraatio ja aivoinfarkti (vasemman puoleinen heikkous?).”

”På akuten har H1N1-prov blivit taget och det visar sig att pat. ska vara isolerad för ev. svininfluensa. Inte ett ord om detta blev rapporterat till avd.”

”Inhimillinen unohdus raportoinnissa”

Kirjalliseen dokumentointiin liittyvät vaaratapahtumat käsittivät lääkäritekstin puuttumisen, epäselvät tai puutteelliset esitiedot, ristiriitaiset kirjaamiset hoitajan ja lääkärin teksteissä tai kokonaan kirjaamatta jättämisen. Seuraavassa esimerkkeinä sitaatteja ilmoituksista:

”Viimeisen parin viikon aikana neljältä potilaalta puuttunut tuloteksti”

”Ingen anteckning av läkare i Esko. Inga ordinationer. Ingen diagnos. Läkare hade inte skrivit någonting alls. Och med.text hade inte hunnit skrivas. Kunde inte kontroller vilka prov som ev. skulle beställas till nästa morgon.”

7.1.3 Laboratorioyhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat

Laboratorioyhteistyöhön liittyviä vaaratapahtumia oli 14 % aineistosta. Laboratorioyhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat jaettiin kolmeen alakategoriaan: laboratorionäytteisiin liittyviin, laboratoriotilauksiin liittyviin ja laboratorio- lähetyksiin liittyviin vaaratapahtumiin.

Laboratorionäytteisiin liittyviä vaaratapahtumat tarkoittivat sitä, että laboratorionäyte oli virheellisesti otettu, laboratorionäyte oli jäänyt ottamatta, näytteen otto oli viivästynyt, näyte oli jäänyt lähettämättä, näyte oli ilman potilaan identifiointitietoja tai näyte oli väärän potilaan.

Muutamit ilmoittajat kuvasivat tilanteita seuraavasti:

”Potilaan papereiden välistä löytyi x-testi+ veriryhmätarrat, joita ei ollut otettu”

”Lab.prover blev beställda på fel pat. B.l.a. svininfluensa-prover”

”Potilaalle oli myös kirjoitettu lähete väärän potilaan henkilötiedoilla”

Laboratoriotilauksiin liittyvä vaaratapahtuma oli sellainen, että pyydetty tutkimus oli tilattu väärällä tutkimuspyynnöllä.

Seuraavassa esitetään sitaatti yhdestä ilmoituksesta:

”Lääkäri määrännyt H1N1 näyte kahdella potilaalla otettavaksi, ja oli sittenkin otettu RvirAg”

Laboratoriolähetysliittymä liittyvä vaaratapahtuma tarkoitti, että näyte oli toimitettu väärin laboratorioon.

Seuraavassa esitetään sitaatti yhdestä ilmoituksesta:

”Det kom en provtagningssticka (transpocult) till laboratoriet, beställningen var Ps-StrAAg Denna undersökning kan inte göras från transpocultsticken”

7.1.4 Henkilökunnan osaamiseen ja perehdytykseen liittyvät vaaratapahtumat

Henkilökunnan osaamiseen ja perehdytykseen liittyviä vaaratapahtumia oli 6 % ilmoitetuista vaaratapahtumista. Nämä vaaratapahtumat jaettiin kahteen alakategoriaan: tiedot ja taidot sekä perehdytys ja ohjaus.

Tiedot ja taidot tarkoittivat sitä, että vaaratapahtumailmoituksessa kävi ilmi, että jotkut henkilökunnan jäsenet olivat potilaan hoitoa koskevissa asioissa epävarmoja, eivät osanneet sanoa, olivat unohtaneet oppimansa, kokemuksesta oli puutetta, tai henkilökunta tulkitsi tuloksia väärin.

Seuraavassa esimerkkeinä sitaatteja ilmoituksista:

”Kun häneltä kysyttiin että pitääkö hänelle antaa se, niin hän vastasi että hän ei tiedä ja on hieman unohtanut sen.”

”Kysyttäessä Klexanesta, lääkäri ei osannut sanoa kuinka sen kanssa tehdään, hän kysyi, että mikä on teidän rutiini sen suhteen”

Perehdytykseen ja ohjaukseen liittyviä vaaratapahtumia olivat sellaiset, että henkilökunnan perehdytys oli ollut puutteellista tai opiskelijan ohjaus oli laiminlyöty, jolloin vaaratapahtuma pääsi syntymään. Seuraavassa sitaatteina esimerkkejä ilmoituksista:

”Studeraende har tagit en 1ml glasampull utan att läsa på ampullen och satt innehållet i spiran”

”Opiskelija ei tietenkään kokemuksen puutteen vuoksi voinut osata ottaa vastaan ennakoilmoitusta... Ohjaavan sh:n kiire tilanteessa?”

*”alarmerades till medicinjouren via återupplivningsalarmet.....
Läkaren uppfattade inte alarmet (visste inte vad det var?)”*

7.1.5 Ei-lääkinnälliseen hoitoon liittyvät vaaratapahtumat

Ei-lääkinnälliseen hoitoon liittyviä vaaratapahtumailmoituksi oli 17 % aineistosta. Ne jaettiin kolmeen alakategoriaan: potilas ei saanut tarvitsemaansa hoitoa, potilaan henkilöllisyyden tunnistamisongelma ja aseptiikan puutteesta.

Potilas ei saanut tarvitsemaansa hoitoa silloin, kun hän ei lainkaan saanut

tarvitsemaansa hoitoa tai tutkimusta, sai odottaa kauan hoitoa, tarvittavat esivalmistelut puuttuivat tai lääkäri ei käynyt tapaamassa potilasta ennen määräyksen antamista. Seuraavassa esimerkkeinä sitaatteja ilmoituksista:

”Minulla oli kovat hermolliset oireet jaloissa ja käsissä sekä pintatunto oli jo kadonnut kokonaan jaloista. Kerroin oireeni, mutta en saanut apua.”

”Sisätautien etupäivystäjä oli määrännyt potilaalle keuhkokuvan aamuun ilman, että edes kävi tutkimassa potilasta”

Potilaan henkilöllisyyden tunnistamisongelma syntyi kun potilas oli jätetty ilman tunnisteranneketta eikä potilas itse voinut ilmaista kuka oli. Seuraavassa esimerkkeinä sitaatteja ilmoituksista:

”Sängpatient hade lämnats i korridoren utan namnarmband.

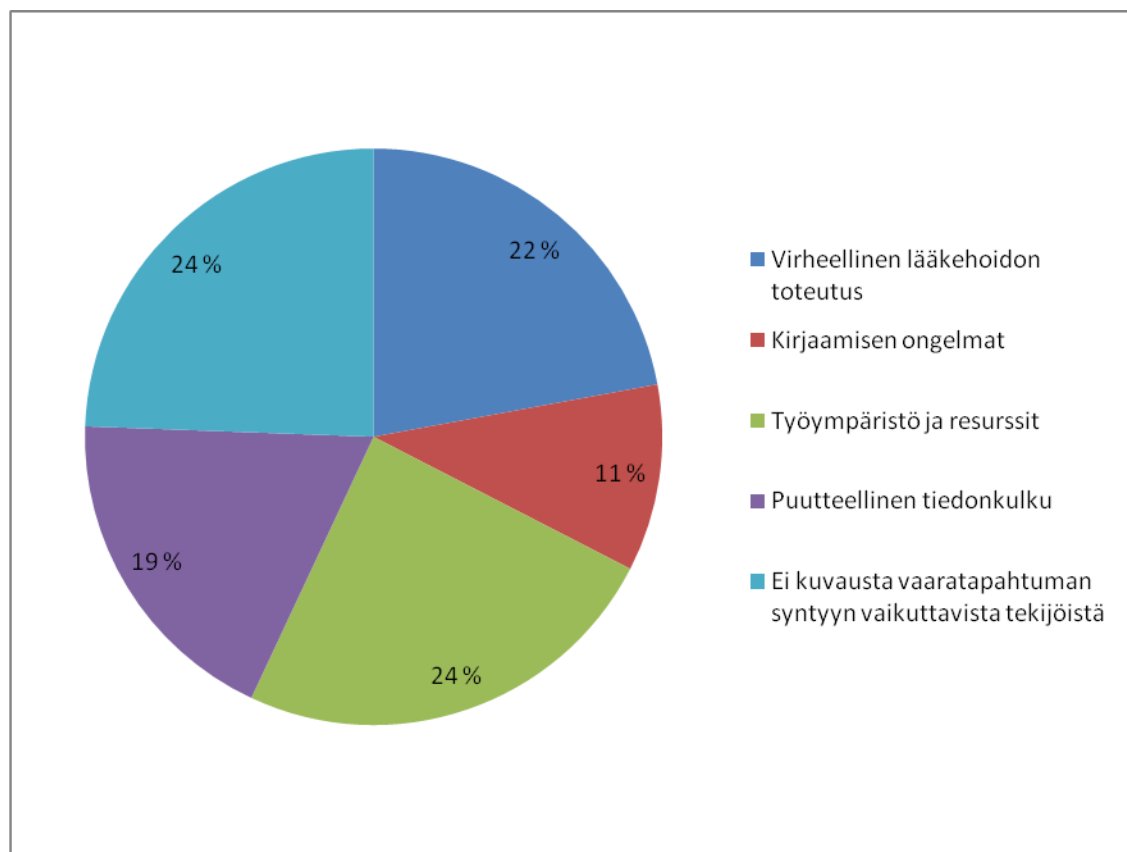
”Patienten visste inte sitt eget namn.”

Potilaan näkemys aseptiikan puutteesta tarkoitti tilannetta, jossa potilaan näkemyksen mukaan hänet oli ohjattu likaiseen vuoteeseen.

7.2 Ilmoittajien näkemykset vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista

tekijöistä

Vaaratapahtumien ilmoittajien näkemykset niiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä jaettiin analyysissä viiteen eri yläkategoriaan, joita olivat virheellinen lääkehoidon toteutus, puutteellinen tiedonkulku, kirjaamisen ongelmat, työympäristö ja resurssit sekä kategoria ”ei kuvausta vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavista tekijöistä”.(Kuvio 2.)



Kuvio 2. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät ilmoittajien mielestä. (n=88)

7.2.1 Virheellinen lääkehoidon toteutus

Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä 22 % johtui ilmoittajien mukaan virheellisestä lääkehoidon toteutuksesta. Tämä käsitti potilaan lääkelistaan liittyviä virheitä, lääkemääräyksiin liittyviä virheitä, lääkitystä ei ollut tarkastettu sekä sen, että lääkäri ei ollut ottanut kantaa lääkehoitoon. Seuraavaksi esitetään sitaatteja tehdyistä ilmoituksista:

”Potilaalle oli kirjoitettu kotilääkkeeksi marevan l.m.

Potilas kotiutui ja oli laitettu lääkelista mukaan jossa oli marevan listalla. Hoivapalvelusta soitettiin ihmeissään/kauhistuneena ja kerrottiin että potilas ei käytä Marevania”

”Tredje gången på två dagar som akutens läkare ej skrivit i medicinstyrkor På medicinerna ej heller hur mycket av medicinerna som skall ges.”

7.2.2 Puutteellinen tiedonkulku

Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä 19 % johtui ilmoittajien mukaan puutteellisesta tiedonkulusta. Se tarkoitti katkoksia tiedonkulussa potilaan siirtyessä päivystyspoliklinikalta toiseen hoitoyksikköön tai osastolle, sekä henkilökunnan puutteellista kommunikointia yksikössä. Raportointi oli puutteellista tai sitä ei ollut ollenkaan. Potilaan esitiedot oli huolimattomasti täytetty tai niissä oli puutteita. Myös potilaan diagnoosi saattoi puuttua. Seuraavassa esitetään sitaatteja tehdyistä ilmoituksista:

”Potilaalla asa allergia, mutta hoitajalta ei saatu raporttia tästä , Eikä myöskään mitään muuta informaatiota potilaasta.”

”Potilaan lääkityksen annostukset puuttuvat. Ensiapu-pkl:lta kirjattu hoitosuunnitelmaan vain lääkkeen nimi ja vahvuus. Potilas mennyt suoraan leikkaukseen, eikä potilaalta saatu lääkitystä tarkistettua.”

7.2.3 Kirjaamisen ongelmat

Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä 11 % johtui ilmoittajien mukaan kirjaamisen ongelmista, mikä tarkoitti sitä, että potilaan sairauskertomuksiin oli kirjattu virheellisesti tai puutteellisesti. Lääkärin teksti saattoi puuttua tai olla puutteellinen. Seuraavassa sitaatteja tehdyistä ilmoituksista:

”Potilas siirtynyt akuutista osastosta. Akuutin tekstejä selvitettäessä huomataan ristiriitaa hoitajan ja lääkärin teksteissä.: kotilääkkeenä potilaana pahoinvointilääke, hoitaja kirjoittanut nimen väärin, jolloin lääke tarkoittikin sokerilääkettä. Virhe havaitaan antotavasta; sokerilääkettä ei voi antaa suppona.”

”Päivystyksessä kirjoitettu kotilääkelista oli täysin vanha. Ilmeisesti lääkelista katsottu suoraan koneelta vanhalta hoitojaksolta,, eikä nykyistä lääkitystä ollut tarkistettu potilaalta Lääkelistalla oli vanhoja lääkkeitä, joita potilas ei enää käytä, lääkkeitä joiden annostusmäärä oli vaihtunut ja puolet nykyisistä lääkkeistä puuttui listalta.”

”Potilaalle oli myös kirjoitettu lähete väärän potilaan henkilötiedoilla.”

7.2.4 Työympäristö ja resurssit

Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä 24 % johtui ilmoittajien mukaan työympäristöstä ja resursseista. Niillä viitattiin kiireeseen ja siihen, että potilaita oli paljon henkilöstöön nähden. Seuraavat sitaatit edustavat ilmoituksia:

”Väldigt många patienter på akuten, ca 20–25 i kö hela tiden på Medicin sidan. Personalstyrkan för liten den här dagen.”

”Akuutissa ilmeisesti ollut kiireinen päivä.”

”Hon märker att de förväxlat patienter med samma namn... brådskan och personalbrist hade en klar påverkan i detta fall”

”Päivystyksessä oli tuolloin potilaita aivan liikaa, hoitajia ja lääkäreitä liian vähän työmäärään nähden. Kaikki, jotka osallistuivat potilaan hoitoon, eivät kyenneet tekemään enempää, resurssit eivät riittäneet”

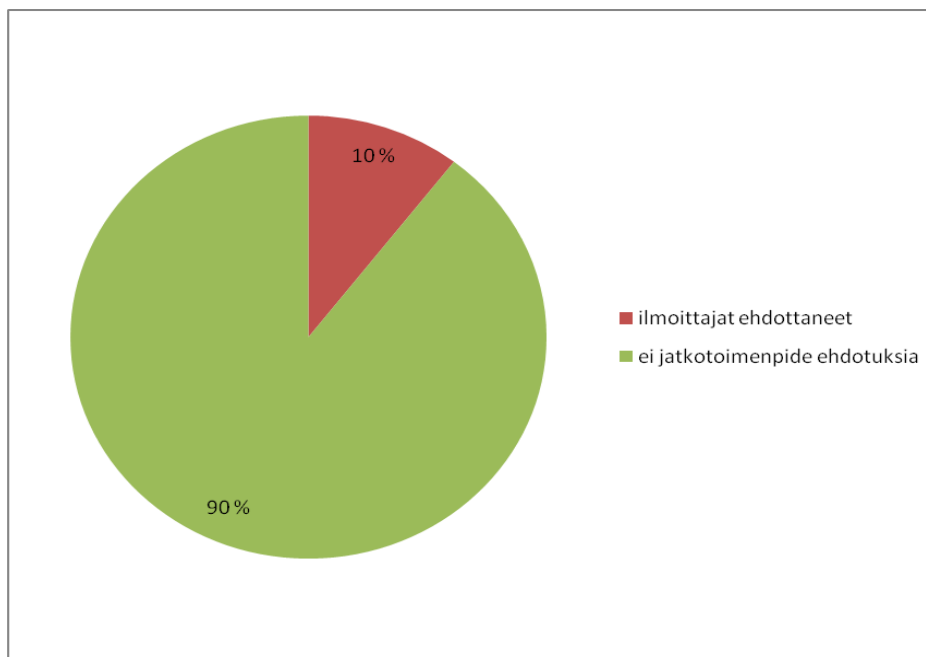
7.2.5 Ei kuvausta vaaratapahtumaan vaikuttavista tekijöistä

Vaaratapahtumailmoituksista 24 % oli ilman kuvausta siitä, mikä ilmoittajan mielestä olisi mahdollisesti voinut vaikuttaa tapahtuman syntyyn. Niistä muodostettiin yläkategoria ”ei kuvausta vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavista tekijöistä”.

7.3 Vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpiteet

7.3.1 Vaaratapahtumailmoitusten tekijöiden ehdotukset jatkotoimenpiteeksi

Vaaratapahtumailmoitusten tekijöistä 10 % oli antanut oman ehdotuksensa jatkotoimenpiteeksi (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpide- ehdotukset.(n=88)

Yleisin jatkotoimenpide-ehdotus liittyi lääkehoitoon. Ilmoittajat olivat ehdottaneet lääkityksen tarkistamista päivystyspoliklinikalla tai potilaalta itseltään. Yksikön etukäteen informointia potilaan lääkehoidosta oli ehdotettu lähettävästä yksiköstä käsin joissain ilmoituksissa. Laboratorionäytteisiin liittyvissä vaaratapahtumailmoituksissa jatkotoimenpiteeksi oli ehdotettu lisäohjeistusta näytteiden otossa.

Seuraavassa esitetään sitaatteja kolmen ilmoittajan tekstistä:

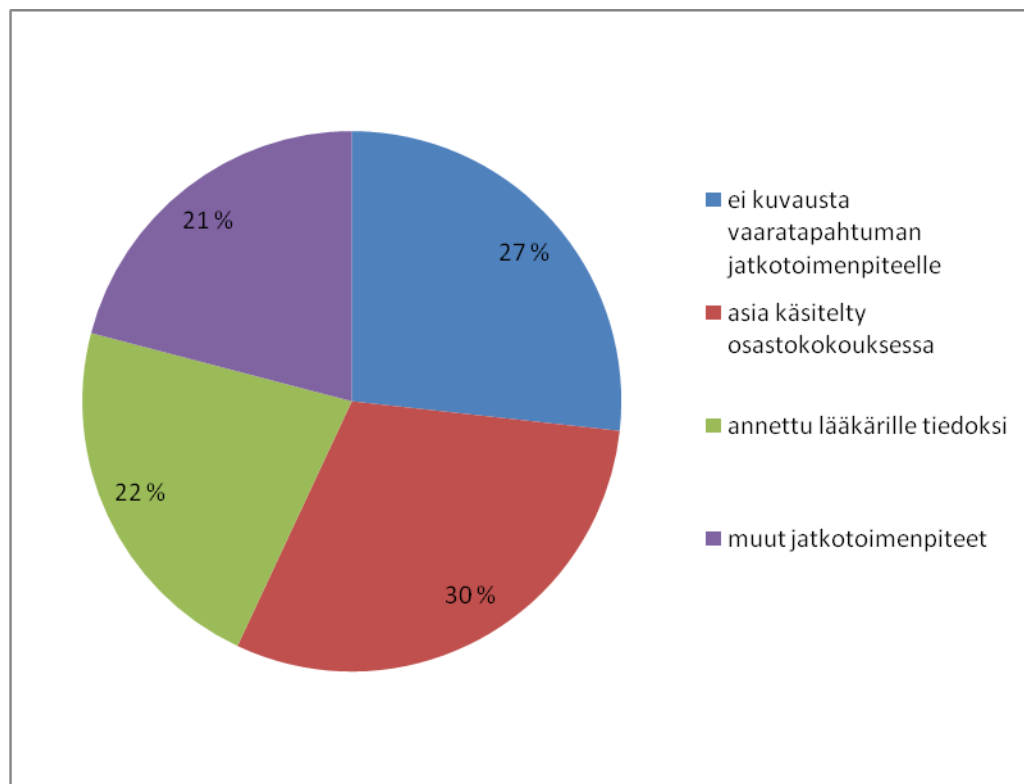
”Pyydetään ystävällisesti ottamaan InfvNhO jatkossa, kuin sitä on kerran pyydetty.”

”Potilas täysin kykenevä vastaamaan insuliinin kotiannostuksesta, joten häneltä olisi pitänyt tarkastaa lääkelista myös suullisesti.”

”Ohjeen mukaan päivystyspoliklinikan hoitaja pyrkii käymään lääkelistan potilaan tai asiasta tietävän saatavan omaisen kanssa läpi. Lääkelistaa voidaan kysyä myös lähettävästä tahosta mahdollisuuksien mukaan, jollei tämä onnistu osasto jatkaa selvittelyä”

7.3.2 Vaaratapahtumailmoitusten toteutetut jatkotoimenpiteet

Vaaratapahtumailmoitusten perusteella oli toteutettu neljäntyyppisiä jatkotoimenpiteitä. Vaaratapahtumia oli jatkokäsitelty osastokokouksessa 30 %:ssa tapauksista. Ilmoituksista oli joissain tapauksissa annettu tietoa lääkärille (22 %). Muita jatkotoimenpiteitä edusti 21 % tapauksista. Niissä vaaratapahtumailmoitus oli käsitelty tapauskohtaisesti. Ilmoituksista 27 %:ssa ei ollut kuvausta vaaratapahtuman jatkotoimenpiteistä. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Vaaratapahtumailmoitusten toteutetut jatkotoimenpiteet

Seuraavassa sitaatteja ilmoituksista, joissa oli kuvattu osastokokouksessa käsittelyä toteutettuna jatkotoimenpiteenä:

”Osaston sairaanhoitaja jatkaa lääkelistan tarkistamista osastolla informoidaan asiasta osastokokouksissa”

”Asia otetaan käsittelyyn osastokokouksessa”

Lääkäreille tiedoksi antamista jatkotoimenpiteenä kuvaavat esimerkiksi seuraavat sitaatit:

*”Samtidigt alarmera till medicinjouren via återupplivningsalarmet
Som går direkt till läkaren på akuten...(Dect-puhelin)
Läkaren uppfattade inte alarmet (visste inte vad det var?)
Sis-aamumeetingissä käydään Dect puhelimen hälytysäänät läpi”*

*”Jaettiin kirjallinen tiedote kaikille lääkäreille
trombolyysin suorittamisesta”*

Tapauskohtaista käsittelyä kuvaavat seuraavat sitaatit:

”Ilmoituksen tekijälle soitettu”

”Informoitu kyseistä opiskelijaa”

”Annettu käsiteltäväksi korkeammalle taholle”

”Kysymys atk-osastolle”

8 POHDINTA

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustuloksia tarkastellaan seuraavassa tutkimusongelmittain. Ensimmäisessä tutkimusongelmassa kysyttiin, mitä asioita vaaratapahtumista ilmoitetaan päivystyspoliklinikalla. Aineistosta kävi ilmi, että lääke- ja nestehoidon vaaratapahtumista oli raportoitu vuoden 2009 aikana eniten. Vaikka viime vuosina lääkehoidon turvallisuuteen on kiinnitetty erityisen paljon huomiota, ovat puutteet lääkehoidon turvallisuudessa edelleen suurin potilasturvallisuutta vaarantava tekijä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 3).

Toisessa tutkimusongelmassa haettiin vastausta, mitkä asiat vaikuttavat siihen, että vaaratapahtumia syntyy. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttivat ilmoittajien mielestä muun muassa lääkkeen jakamiseen liittyvät virheet. Myös Suikkanen (2008) on todennut, että lääkityspoikkeamia tapahtuu kaikissa lääkehoidon prosesseissa. Yksittäinen työntekijä voisi tehostaa omalla toiminnallaan virheiden välttämistä tekemällä esimerkiksi lääkkeitä jakaessaan kaksoistarkastuksen, jolloin toinen työntekijä jakaa lääkkeet ja toinen tarkistaa ne.

Kolmannessa tutkimusongelmassa tarkasteltiin yhtäältä sitä, mitä jatkotoimenpiteitä ilmoittajat ovat ehdottaneet ja toisaalta sitä, mitä jatkotoimenpiteitä vaaratapahtumien jälkeen on tehty. Vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpiteitä oli enimmäkseen käsitelty joko osastokokouksessa tai annettu lääkäreille tiedoksi. Toisaalta kuitenkin 27 %:ssa ei kuvattu minkäänlaisia jatkotoimenpiteitä. Tutkijat pohtivat, oliko ehdotusten tekeminen vaikeaa vai vaikuttiko asiaan kiire tai eikö HaiPro-ilmoitusten tekemiseen ollut harjaannuttu riittävästi.

Osin puutteellisesti täytetyt HaiPro-ilmoitukset eivät anna tarkkaa tietoa päiväyspoliklinikan vaaratapahtumiin vaikuttavista tekijöistä. Näin ollen

toiminnan kehittäminen ja vaaratapahtumien estäminen vaikeutuvat ja järjestelmästä ei saada täydellistä hyötyä. Ilmoittajan kirjoittaman kuvauksen pohjalta ilmoitusten käsittelijä, jatko luokittelee tapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät. Puutteellisesti täytetyt ilmoitukset vaikeuttavat ilmoitusten käsittelijöiden työtä. (Knuutila ym. 2007, 35.)

8.2 Tutkimuseettiset kysymykset ja luotettavuus

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkijoiden tulee pohtia, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja mitä tutkimuksella halutaan saavuttaa. Tutkimustietoa ei tule käyttää tutkittavia vastaan tai siitä ei saa olla haittaa tutkittavalle yksikölle tai organisaatiolle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla päivystyspoliklinikalla ilmoitettuja vaaratapahtumia vuoden 2009 aikana. Tutkimusaineistona käytettiin HaiPro-ilmoituksia, jotka analysoitiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineisto oli riittävä, joten tutkijat saivat hyvän kuvan siitä, millaisia vaaratapahtumia päivystyspoliklinikan työympäristössä oli tapahtunut, mitkä asiat ilmoittajien mielestä vaikuttavat vaaratapahtumien syntyyn sekä siihen, mitkä ovat olleet vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpiteet.

Ennen tutkimusaineiston hankkimista tutkijat saivat tutkimusluvan. Tutkimusaineistona käytetyt HaiPro-ilmoitukset ovat anonyymejä eli niistä ei käy ilmi kenenkään henkilötietoja, ei ilmoituksen tekijän eikä vaaratapahtumaan osallisten. Tutkimustulokset raportoitiin avoimesti ja rehellisesti. Tutkimustulosten esittämisen yhteydessä käytettiin suoria lainauksia HaiPro-ilmoitusten teksteistä. Ilmoituksien lainauksista ei ilmene tapahtuman ajankohtaa tai tapahtumapaikkaa, jolloin niitä ei voida yhdistää henkilöihin. Tutkimusaineisto eli HaiPro-ilmoitukset säilytettiin datatiedostona tutkimuksen teon ajan. Opinnäytetyön valmistuttua datatiedosto tuhottiin ja siihen saakka huolehdittiin,

että tiedot pysyivät salassa ulkopuolisilta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 161.)

Tässä tutkimuksessa luotettavuuskriteereinä käytetään uskottavuutta ja siirrettävyyttä. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tutkimustulokset on kuvattu lukijalle selkeästi ja ymmärrettävästi. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkijat ovat kuvanneet, kuinka analyysi on edennyt alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 160.) Aineiston analyysia on havainnollistettu taulukossa 1 ja kuviossa 1.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkijan arvioita siitä, missä määrin tutkimustuloksia voidaan siirtää muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkijoiden mielestä tämän tutkimuksen aineistossa kuvatut päivystyspoliklinikalla tapahtuneet vaaratapahtumat olivat hyvin samankaltaisia kuin mitä tutkijat olettavat tapahtuvan myös muissa vastaavanlaisissa toimintayksiköissä. Ilmoituksissa ei havaittu mitään tyypillistä poikkeamaa, joka liittyisi ainoastaan päivystyspoliikkatoimintaan tai – yksikköön.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että aineistoa on analysoinut kaksi tutkijaa. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 159) mukaan yksin työskentelevä saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen.

Sitaateissa esitettiin autenttisia lainauksia alkuperäisaineistosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Tämä helpottaa luotettavuuden arviointia.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa päivystyspoliklinikan vaaratapahtumat potilasturvallisuudessa liittyvät erityisesti lääke- ja nestehoitoon, tiedonkulkuun sekä henkilökunnan osaamiseen ja perehdytykseen liittyviin vaaratapahtumiin. Lääke- ja nestehoitoon liittyviä vaaratapahtumia oli eniten. Aina potilaalle ei ollut ehtinyt tulla haittaa, vaan mukana oli paljon myös läheltä piti – tilanteita. Tosin kaikista kuvauksista mahdollista haittaa ei käynyt lainkaan ilmi.

Tiedonkulussa vaaratapahtumia oli toiseksi suurin määrä. Useissa päivystysprosessin vaiheissa korostuivat tiedonsiirron ongelmat, erityisesti kun kysymyksessä oli päivystyspoliklinikan ja osastojen välinen potilassiirto.

Vaaratapahtumilla on suuri merkitys potilaan terveydelle. Lisäksi ne aiheuttavat terveydenhuollolle suuria kustannuksia. Päivystyksessä tulee kehittää riskien ennakoivaa arviointia ja hallintaa sekä vakiinnuttaa virheiden raportointia, kuten myös Himanen ja Kinnunen (2010) painottavat kirjoittaessaan ennakoivasta varmistamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä ehdottaa, että jokaisella päivystyspoliklinikalla tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma, jonka toteutumista arvioidaan vuosittain ja jonka pohjalta tarvittavia täsmennyksiä tehdään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c, 38.)

Vaaratapahtumailmoituksissa oli otettu esille henkilökunnan osaamiseen ja perehdytykseen liittyviä asioita. Inhimillisten erehdysten määrää voidaan vähentää kirjallisesti sovitulla toimintatavoilla, perehdytyksellä ja koulutuksella. Organisaation tulisi pyrkiä esimerkiksi takaamaan tuleville hoitajille riittävän pitkä perehdytys, jolloin kiireellisessä työssä olevalla hoitajalla olisi valmiudet hoitaa potilaita. Vaaratapahtumien syntyyn vaikutti ilmoittajien mielestä suuresti myös resurssien puute.

Lähes neljännesosassa varatapahtumailmoituksia ei ollut kuvattu vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavia tekijöitä. Joissakin ilmoituksissa niitä oli kuvattu puutteellisesti tai epäselvästi. Jatkotoimenpide-ehdotuksia eivät ilmoittajat olleet juurikaan tehneet. Tutkijoiden mielestä oli kuitenkin positiivista, että 88 vaaratapahtumasta oli ilmoitettu vuoden aikana.

Tutkijat pohtivat, voisiko potilasturvallisuutta parantaa tai motivaatiota HaiPro-ilmoitusten tekemiseen lisätä sillä, että potilaskertomuksiin lisättäisiin potilasturvallisuusosio, johon potilaan hoitajaksolla kirjattaisiin päivittäin, toteutuuko potilaan hoito potilasturvallisuuden osalta.

Jatkotutkimuksenaiheeksi ehdotetaan potilasturvallisuuden mittaamista päivystyspoliklinikalla potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan hoitajien ja lääkäreiden välisen tiedonkulun tarkastelua potilasturvallisuuden näkökulmasta.

LÄHTEET

Aaltonen Leena-Maija, Mattila Kimmo, Mäkijärvi Kimmo & Saario Ilkka 2008. Aina roiskuu kun rapataan, mutta virheistä tulee oppia. Suomen Lääkärilehti. Vol 44,vsk 63,3792.

Castrén Maaret, Aalto Sakari, Rantala Elina, Sopenan Pertti & Westergård Airi. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. WSOY. Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Himanen, Marjo-Riitta & Kinnunen, Marina 2010. Vaaratapahtumat -osa terveydenhuoltoa. Kätilölehti 6/2010.

Hirsijärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2009. Tutki ja kirjoita 15p. Helsinki.Tammi.

Janhonen ,Sirpa & Nikkonen Merja 2001.

Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä, 135 WSOY pro Oy.

Keistinen Timo, Kinnunen Marina & Holm Tarja 2008. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen Lääkärilehti 44/2008, 3785–3789.

Kinnunen, Marina 2009. Hoitotyön vuosikirja 2009. Teoksessa Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.). Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Knuuttila, Jari 2008. HaiPro-projekti potilasturvallisuuden kehittäjänä. VTT [viitattu 16.9.2009]. Saatavilla www-muodossa:http://haipro.vtt.fi/aineisto/haipro_projektin_loppuseminaari_aineisto.pdf.

Knuuttila Jari, Ruuhilehto Kaarina & Wallenius Jarkko 2007. Terveystuon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Helsinki: Lääkelaitos.

Knuuttila Jari, Ruuhilehto Kaarina & Wallenius Jarkko. HaiPro vaaratapahtumien raportointijärjestelmä potilasturvallisuuden edistämiseen.

Esite [viitattu 11.2.2009]. Saatavilla www-muodossa:

<URL :http://haipro.vtt.fi/aineisto/HaiPro_esite_200508.pdf.

Koponen, Leena. & Sillanpää, Kirsi. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Tammi, Jyväskylä.

Kylmä, Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11, nro 1, 5-7.

Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S 2005. The long road to patient safety: a status report on patient safety systems. 294, 2858-2865.

Niinistö Leena. Potilasvahinkolaki nyt. Duodecim 2003;119:1715-6.

Patient safety/Medmark 2001. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.usp.org/hqi/patientSafety/medmarx>.

Pasternack Amos, Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 2006;122:2459-70.

Sosiaali - ja terveystuonministeriö 2010a. Kansanterveystuonlaki 783/2009, 43 (Finlex).

Sosiaali- ja terveystuonministeriö 2010b. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (Finlex).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009- 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3. Yliopistopaino. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö oppaita 2005:32. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki. Yliopistopainos.

Sosialstyrelsen 2004. Patientsäkerhet vid akutmottagningar. Saatavilla [www-muodossa:<URL:http://www.sosialstyrelsen.se/patientsakerhet vid akutmottagningar 2004.](http://www.sosialstyrelsen.se/patientsakerhet-vid-akutmottagningar-2004)

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes,työpapereita 28/2006. Helsinki. Stakes.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti. Saatavilla [www-muodossa:<URL:http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T6-2007-VERKKO.pdf.](http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T6-2007-VERKKO.pdf)

Suikkanen, Anne 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro Gradu – tutkielma.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2005. Katsaus hoitolaitoksien lääketieteellisten vaaratapahtumien ilmoitusmenetelmistä. Saatavilla [www muodossa:<URL:http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=332.](http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=332)

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Gummerus.

Ödegård, Synnöve 2006. Säker Vård – patientskador, rapportering och prevention, Doktorsavhandling vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.

LIITE1




[Ohje](#)

In English | På svenska

HaiPro - Demokohde - Potilasturvallisuusilmoitus

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Ilmoituksen pvm: 14.10.2009

Osasto/yksikkö	Lomakkeen täyttäjän yksikkö (*) Valitse	
	Yksikkö, jossa tapahtui Valitse	
Ilmoittajan ammattiryhmä (*)	Valitse 	
Tapahtuna	Tapahtuna-aika (*) Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> 00 <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Tapahtunapaikka Valitse	Tapahtunan luonne (*) <input type="radio"/> Läheltä piti  <input type="radio"/> Tapahtui potilaalle 
Tapahtunan tyyppi	Ei tiedossa	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää? 	

Tallenna

[Tulosta ilmoitus](#)