



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Erja Huikari & Annulea Ojalehto

VAARATAPAHTUMAILMOITUSTEN
AIHEET JA JATKOTOIMENPITEET
PÄIVÄKIRURGIAN YKSIKÖSSÄ VUO-
DESTA 2007 – TOUKOKUUHUN 2011

Sosiaali- ja terveystieteiden
2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Erja Huikari, Annulea Ojalehto
Opinnäytetyön nimi	Vaaratapahtumailmoitusten aiheet ja jatkotoimenpiteet päiväkirurgian yksikössä vuodesta 2007 – toukokuuhun 2011
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	53 + 1 liite
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla vaaratapahtumailmoitusten aiheita ja niiden perusteella tehtyjä jatkotoimenpiteitä päiväkirurgian yksikössä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla päiväkirurgian yksikön henkilökunta voi kehittää potilasturvallisuutta. Tutkimusaineisto koostui vuodesta 2007 – toukokuuhun 2011 tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista, jotka oli kirjattu HaiPro-raportointijärjestelmään. Aineisto koostui 55 vaaratapahtumasta. Tutkimusaineiston analyysi suoritettiin induktiivisen sisällön analyysin avulla. Tutkimusaineisto analysoitiin erikseen vuosilta 2007-2008 ja 2009–toukokuuhun 2011 kohdeorganisaation pyynnöstä.

Vuosina 2007-2008 päiväkirurgian yksikössä ilmoitettiin yleisimmin lääkitysturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia (25 %), tuolloin yleisin suunniteltu jatkotoimenpide oli käsittely tulevissa kokoontumisissa ja yleisin toteutunut jatkotoimenpide oli yhteydenotto yhteistyötahoihin. Vuosien 2007-2008 aineistossa läheltä piti –tapahtumien osuus oli 63 %. Suunniteltu jatkotoimenpide tarkoitti sellaista suunnitelmaa, jonka toteutumasta ei ollut kuvausta.

Vuodesta 2009 - toukokuuhun 2011 yleisimmät ilmoitetut vaaratapahtumat liittyivät tiedonkulkuun (27 %), tuolloin yleisin suunniteltu jatkotoimenpide oli käsittely tulevissa kokoontumisissa ja yleisin toteutunut jatkotoimenpide oli asian käsittely kokoontumisissa. Vuosien 2009 - toukokuu 2011 aineistossa läheltä piti -tapahtumien osuus oli 50 %.

Vaaratapahtumailmoituksia oli tehty melko vähän vuosina 2007 - toukokuuhun 2011. Sitä ei tiedetä, oliko kaikista tapahtuneista vaaratapahtumista tehty ilmoitusta. Vaaratapahtumien ilmoittamiseen tulisikin kiinnittää huomiota potilasturvallisuuden edistämiseksi. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan tutkimusta, jossa selvitetään hoitohenkilökunnan käsityksiä siitä millaisista asioista vaaratapahtumailmoitus tulisi tehdä ja millaisilla asioilla vaaratapahtumailmoitusten tekemistä voitaisiin aktivoida.

Avainsanat	potilasturvallisuus, vaaratapahtuma, lyhytkirurgia, HaiPro
------------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Erja Huikari, Annulea Ojalehto
Title	The Causes for Patient Safety Incidents and Further Procedures in the Day Surgery Unit 2007- May 2011
Year	2011
Language	Finnish
Pages	53 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the causes for patient safety incidents and the further procedures after them in the day surgery unit. The objective of the study was to produce information that would help the staff of the day surgery unit to improve patient safety. The research material consisted of patient safety incident reports registered in the HaiPro reporting system between January 2007 and May 2011. The material consisted of total 55 patient safety incidents. The material was analysed with inductive content analysis method. Individual analyses were made of the years 2007 to 2008 and the years 2009 to 2011 by the request of the target organization.

In the years 2007 and 2008 the most common patient safety incidents concerned the safety of pharmacotherapy (25 %), and the most common planned follow-up measure was discussing the event at the next meeting and the most common implemented further procedure was contacting the co-operation partners. In the 2007 to 2008 material the percentage of near-miss situations was 63 percent. A planned further procedure refers to a plan, where the outcome and result have not been described.

From the year 2008 to May of 2009 the most common reported patient safety incidents were associated with communication (27 %), and the most common planned further procedure on those cases was discussing the event at the next meeting, which was also the most common implemented further procedure. The percentage of near-miss situations in the material between January 2009 and May 2011 was 50 %.

There were relatively few reports of patient safety incidents made between January 2007 and May 2011. It is not known whether all of the patient safety incidents that occurred, have been reported. Attention should be paid on reporting patient safety incidents. A further study could focus on finding out how the nursing personnel sees the patient safety incidents, what should be reported and how the staff could be encouraged to do reports on patient safety incidents.

Keywords	Patient safety, patient safety incident, day surgery, HaiPro
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	6
1 JOHDANTO	7
2 POTILASTURVALLISUUS	8
2.1 Potilasturvallisuuden määrittelyä	8
2.2 Vaaratapahtuma	10
3 HAIPRO-RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ	14
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	17
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	18
5.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa	18
5.2 Tutkimusaineisto	18
5.3 Tutkimusaineiston analysointi	19
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
6.1 Vuosien 2007–2008 vaaratapahtumailmoitusten aiheet ja jatkotoimenpiteet	22
6.1.1 Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen	24
6.1.2 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat	26
6.1.3 Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat	28
6.1.4 Potilaaseen kohdistunut onnettomuus	29
6.1.5 Pistotapaturmat	31
6.1.6 Laiteturvallisuuden vaarantuminen	32
6.2 Vuosien 2009-toukokuu 2011 vaaratapahtumailmoitusten aiheet ja jatkotoimenpiteet	33

6.2.1	Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat	35
6.2.2	Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen	36
6.2.3	Potilaan fyysisen turvallisuuden vaarantuminen.....	38
6.2.4	Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat	39
6.2.5	Potilasasiamiehen kautta ilmoitetut vaaratapahtumat	41
6.2.6	Laiteturvallisuuden vaarantuminen	42
6.2.7	Väärä leikkauskohde	42
7	POHDINTA	44
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	44
7.1.1	Vaaratapahtumailmoitusten aiheet	44
7.1.2	Vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpiteet.....	46
7.2	Tutkimuseettiset kysymykset	46
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	47
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	48
	LÄHTEET	50
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1 Esimerkki aineiston ryhmittelystä.....	21
Kuvio 2 Päiväkirurgian yksikössä ilmoitettujen vaaratapahtumien aiheet vuosina 2007-2008	23
Kuvio 3 Tapahtui potilaalle- ja läheltä piti –tapahtumien prosentuaaliset osuudet 2007-2008	23
Kuvio 4 Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet.....	25
Kuvio 5 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat -aiheen jatkotoimenpiteet.....	27
Kuvio 6 Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat –aiheen jatkotoimenpiteet.....	29
Kuvio 7 Potilaaseen kohdistuneet onnettomuudet -aiheen jatkotoimenpiteet	30
Kuvio 8 Pistotapaturmat -aiheen jatkotoimenpiteet.....	32
Kuvio 9 Laiteturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet	33
Kuvio 10 Päiväkirurgian yksikössä ilmoitettujen vaaratapahtumien aiheet vuodesta 2009-toukokuuhun 2011	34
Kuvio 11 Tapahtui potilaalle ja läheltä piti –tapahtumien prosentuaaliset osuudet 2009-toukokuu 2011	35
Kuvio 12 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat -aiheen jatkotoimenpiteet....	36
Kuvio 13 Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet.....	37
Kuvio 14 Potilaan fyysisen turvallisuuden vaarantuminen -aiheen jatkotoimenpiteet.....	39
Kuvio 15 Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat -aiheen jatkotoimenpiteet	40
Kuvio 16 Potilasasiamiehen kautta ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet.....	41
Kuvio 17 Laiteturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet	42
Kuvio 18 Väärä leikkauskohde –aiheen jatkotoimenpiteet.....	43
Taulukko 1 Esimerkki aineiston pelkistämisestä	20
Kuva 1 HaiPro raportointijärjestelmän ilmoittajan näkymä	54

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla vaaratapahtumailmoitusten aiheita ja niiden perusteella tehtyjä jatkotoimenpiteitä päiväkirurgian yksikössä. Opinnäytetyö kuuluu tekijöiden sairaanhoitajaopintoihin, joissa suuntautumisalana on perioperatiivinen hoitotyö.

Opinnäytetyön aihe saatiin tutkimuksen kohteena olevan organisaation potilasturvallisuuskoordinaattorilta. Aihe koettiin mielenkiintoiseksi, koska potilasturvallisuuden kehittäminen on yhteiskunnallisesti tärkeää. Potilasturvallisuuden kehittämisen avulla pystytään välttämään ylimääräisiä kustannuksia, jotka aiheutuvat hoitajaksojen pitkittymisistä, eriasteisista pysyvistä ja tilapäisistä vammoista ja potilasvahinkojen korvauksista. Haittatapahtumista aiheutuu myös inhimillistä kärsimystä potilaille ja heidän läheisilleen, joten potilasturvallisuuden kehittäminen on myös tästä näkökulmasta tärkeää. Potilasturvallisuuden kehittäminen on ajankohtainen aihe kansainvälisesti ja kansallisesti. (Snellman 2009: 31-32; Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007: 10.)

Kansainvälisten arvioiden mukaan 8-17 % potilaista kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman sairaalajakson aikana (Rintanen, Vuorenkoski & Hämäläinen 2010: 1131). Suomessa haittatapahtumista aiheutuvien kustannusten on arvioitu olevan noin 400 miljoonaa euroa vuodessa (Järvelin, Haavisto & Kaila 2010: 1123).

2 POTILASTURVALLISUUS

2.1 Potilasturvallisuuden määrittelyä

Tietokantahaussa tutkijat eivät löytäneet aikaisempia tutkimuksia päiväkirurgisissa yksiköissä tehdyistä vaaratapahtumista. Aikaisempaa tutkimustietoa haettiin eri tietokannoista yhdistelemällä hakusanoja potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö, vaaratapahtuma sekä patient safety, perioperative nursing, adverse event, day surgery ja near miss. Haussa käytettyjä tietokantoja olivat Medic, PubMed, Cinahl, EBSCO, Journals@Ovid ja Google Scholar. Myös käsinselauksella löydettiin joitakin tutkimuksia esimerkiksi Tutkiva Hoitotyö ja Hoitotiede-lehdistä.

Potilasturvallisuus tarkoittaa toimintoja, joilla pyritään varmistamaan hoidon turvallisuus ja potilaan vahingoittumattomuus. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon mahdollisimman vähin haitoin. Potilasturvallisuus pitää sisällään hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden sekä laiteturvallisuuden ja on osa hoidon laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 21; Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet 2010: 1134.)

Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuutta (Snellman 2009: 37-38). Laiteturvallisuus pitää sisällään laitteiden ja niiden käytön turvallisuuden. Laiteturvallisuudesta on olemassa laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (L629/2010.), jonka tarkoituksena on ylläpitää ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta. Lääkehoidon turvallisuus pitää sisällään lääke- ja lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuudella viitataan lääkkeen farmakologisiin ominaisuuksiin, laadukkaisiin lääkkeisiin ja niiden tuntemukseen. Lääkitysturvallisuus viittaa lääkkeiden käyttöön, lääkehoitojen toteuttamiseen ja lääkitysturvallisuus-käsitteen alla tarkastellaan myös lääkityspoikkeamia. Poikkeama on terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvä mikä tahansa poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama sanan sijaan usein käytetään sanaa virhe, mutta virhe on sisällöltään suppeampi. (Stakes ja lääkehoidon kehittämisskeskus Rohto 2006: 6-7.) Lääkehoidon turvallisuuden edistämiseksi on julkaistu

opas ”Turvallinen lääkehoito – valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa”. (Kinnunen & Peltomaa 2009c: 84.)

Potilasturvallisuuden parantamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009-2013. Sen tarkoitus on tukea organisaatioita, niiden potilaita, asiakkaita ja heidän omaisiaan turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamisessa. Potilasturvallisuusstrategian mukaan potilasturvallisuus tulee ottaa huomioon myös terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 3, 11.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) säädetään, että tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta on suunniteltava yhteistyössä potilaan kanssa. Potilasturvallisuuden edistämiseksi itse potilas ja omaiset ovat tärkeässä asemassa. Yhteistyö edellyttää potilaan aktiivista osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen, kysymysten esittämistä omasta hoidostaan sekä omien toiveiden, huolien ja oireiden esille tuomista. Potilaiden kanssa tulee keskustella rehellisesti hoitoon liittyvistä riskeistä. Luottamuksellisessa ilmapiirissä potilas uskaltaa tuoda esille turvallisuudessa havaitsemiaan puutteita muutenkin kuin tekemällä potilasvahinkoilmoituksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 15-16; Niemi-Murola & Mäntyranta 2011: 23.)

Potilasturvallisuuden edistämisen lähtökohtana on vaaratapahtumien ja riskien tunnistaminen sekä raportointi (Peltomaa 2010: 10-11). Tärkeää on myös syyllistämätön ja asianosaisia tukeva ilmapiiri, jossa voidaan luottamuksellisesti ja avoimesti käsitellä havaittuja poikkeamia, läheltä piti -tilanteita ja haittatapahtumia osana toiminnan kehittämistä. (Niemi-Murola ym. 2011: 23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 17.)

Yhdysvaltalainen Institute of Medicine julkaisi vuonna 1999 raportin ”To Err is Human: Building a Safer Health System”, jossa todettiin useiden virheiden johtuvan järjestelmävirheistä. Raportin mukaan sairaalahoidon aikana joka kymmenes potilas kohtaa haittatapahtuman, joista puolet olisi ehkäistävässä. (Kohn, Corrigan, Donaldson 2000.) Pohjoismaista Tanska ja Ruotsi ovat olleet potilasturvallisuus-

den edelläkävijöitä. Monilla mailla on olemassa kansallisia potilasturvallisuusorganisaatioita, jotka ohjaavat potilasturvallisuustyötä. (Peltomaa 2009: 20-21.)

Islantilaisessa tutkimuksessa on pyritty selvittämään millaisten asioiden leikkaussalihoitajat uskovat vaikuttavan potilasturvallisuuteen ja millaisena he näkevät roolinsa potilasturvallisuuden parantamisessa. Tutkimusaineisto kerättiin kahdessa eri osassa puolistrukturoidulla haastattelulla ja kahden eri ryhmän focus group -keskusteluilla. Tutkimuksen mukaan potilasturvallisuuden varmistaminen ja virheiden estäminen olivat kaikkien tutkimukseen osallistuneiden mielestä tärkeimpiä asioita perioperatiivisessa hoitotyössä. Kohderyhmäkeskusteluissa hoitajat tunnistivat, että leikkaussalissa on olemassa hoitokulttuuri, jossa ennaltaehkäistään ja suojellaan potilaita. Se on luonteenomaista ja elintärkeää leikkaussalihoitotyössä, kun parannetaan ja lisätään turvallisuutta. Myös leikkaussalitiimien järjestäminen erikoisalojen mukaan koettiin tärkeäksi. Tuottavuuden parantamiseksi lisääntynyt työtahti ja henkilökunnan riittämättömyys koettiin suurimmiksi turvallisuuden vaarantaviksi asioiksi. (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007.)

2.2 Vaaratapahtuma

Vaaratapahtuma tarkoittaa tapahtumaa, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden. Vaaratapahtumat ovat haittatapahtumia tai läheltä piti -tapahtumia. (Snellman 2009: 38.) Vaaratapahtumia voidaan raportoida internet-pohjaiseen vaaratapahtumien raportointi- ja käsittelyjärjestelmään eli HaiPro-raportointijärjestelmään (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011: 21).

Haittatapahtuma on vaaratapahtuma, josta aiheutuu potilaalle haittaa (Himanen & Kinnunen 2010: 6). Haittatapahtumat aiheuttavat kärsimystä potilaalle ja hänen lähipiirilleen ja joskus jopa potilaan kuoleman (Snellman 2009: 31).

Eräiden arvioiden mukaan leikkaussaliympäristössä tapahtuu lähes puolet kaikista haittatapahtumista ja ehkäistävissä niistä olisi yli puolet (Kinnunen ym. 2009c: 94). Terveystieteille ja sen ulkopuolelle aiheutuu merkittäviä kustannuksia haittatapahtumista. Ulkomaisten tutkimusten perusteella on arvioitu, että haittata-

pahtumista aiheutuu Suomen terveydenhuollolle noin 400 miljoonan euron kustannukset vuodessa. (Järvelin ym. 2010: 1123.)

Läheltä piti –tapahtumat eivät aiheuta potilaille haittaa, koska haitalta vältytään sattumalta tai poikkeama tai vaaratilanne sekä mahdolliset haitalliset seuraukset pystytään estämään ajoissa (Snellman 2009: 38; Himanen ym. 2010: 6).

Peltomaan (2008) tutkimuksessa tarkasteltiin potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Tutkimuksen aineisto oli kerätty aikaisemmista tutkimuksista, kansallisen anestesia- ja leikkaustoiminnan vertaisarviointipalvelun tietokannasta, Potilasvakuutuskeskuksen ratkaistuista anestesiatyöhön liittyvistä potilastapauksista ja anestesiasairaanhoitajien haastatteluista. Aikaisemmista tutkimuksista kerätyn tiedon mukaan potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät liittyivät lääkehoitoon, hermovaurioihin, hengitystietapahtumiin, aseptiikkaan, anestesiasairaanhoitajan valppauden puutteeseen ja puutteelliseen anestesiahoitotyöhön valmistautumiseen. Yleisin haittatapahtuma, josta haettiin korvausta Potilasvakuutuskeskukselta, oli hammasvaurio. Muita haittatapahtumia olivat esimerkiksi ylä- ja alaraajojen puutumisoireet ja päänsärky. Anestesiasairaanhoitajien haastatteluissa koettiin potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi laitteet ja niihin liittyvät viat, potilastietojärjestelmän ongelmat, työrauhan puute, kommunikaatioon liittyvät ongelmat sekä ongelmat aseptiikassa, kiire, päivystysaika, puutteellinen kirjaaminen, sekä akuutissa tilanteessa anestesiasairaanhoitajan yksin jättäminen vastuuseen potilaasta. Anestesiasairaanhoitajat kokivat koulutuksen tarpeen suureksi.

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin haittatapahtumailmoituksista kuinka paljon ja millaisia potilasturvallisuuden vaarantavia tapahtumia ja haittatapahtumia on tapahtunut perioperatiivisessa hoitotyössä. Tämän lisäksi tutkija oli pyrkinyt selvittämään ilmoituksista potilaan iän, sukupuolen, tapahtumapaikan ja –ajan, samankaltaisten tapahtumien esiintymistiheyden, seuraamukset potilaalle, jatkotoimenpiteet ja ehdotukset vastaavan tapahtuman estämiseksi tulevaisuudessa. Tutkimus tehtiin kuudessa eri leikkaushoitoa antavassa hoitolaitoksessa. Aineisto kerättiin kolmen vuoden aikana, jona aikana vaaratapahtumia ilmoitettiin

863. Tutkimustulosten mukaan 25 % ilmoitetuista vaaratapahtumista oli väärin tehtyjä tai laiminlyötyjä leikkausvälineiden laskuja, joista hieman alle 50 %:ssa oli jatkotoimenpiteenä tehty röntgenkuvaus. Toiseksi yleisin (10 %) vaaratapahtumailmoituksen aihe oli välineiden toimintahäiriö. Lääkitysvirheet olivat kolmanneksi yleisin (9 %) vaaratapahtumailmoituksen aihe. Niistä 68 % oli tapahtunut preoperatiivisesti ja 4 % intraoperatiivisesti. (Chappy 2006.)

Silén-Lipposen (2008) tutkimuksessa kuvattiin suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia leikkaustiimin virheistä. Tutkimukseen osallistui 30 leikkaushoitajaa ja tutkimusaineisto oli osana laajempaa kansainvälistä tutkimusta. Tutkimuksen tavoitteena oli, että turvallisuuden ylläpidosta tulisi yhteinen asia ammattialasta riippumatta. Hoitajien kokemusten kuvausten pohjalta tutkimuksen tuloksena muodostuivat pääkategoriat vaativa tiimityö ja jaettu vastuu tiimeissä. Vaativa tiimityö kuvasi virheille altistavia tekijöitä ja se koostui alakategorioista virheiden pelko, vaihtuvat tiimit, osaamattomuus, ylityöt ja henkinen paine. Pääkategoria jaettu vastuu tiimeissä ilmeni haluna tarjota leikkauspotilaille hyvä ja sujuva hoito. Se koostui alakategorioista aikatauluttaminen, tiimin jäsenten tuttuus, turvallisuuden kontrollointi ja työn fyysinen ympäristö. Kehitetäessä hoitotyötä tulisi kannustaa hoitajia jakamaan kokemuksensa virheistä ja enemmän kiinnittämään huomiota virheistä oppimiseen eikä niinkään yksittäisiin virheisiin. Tärkeää olisi myös ottaa käyttöön tehokkaampia virheiden tai läheltä piti –tilanteiden ilmoittamiskäytäntöjä.

Kuisman (2010) tutkimuksessa kuvattiin yhdessä organisaatiossa ilmoitettuja potilashoidon vaaratapahtumia, niihin vaikuttaneita taustatekijöitä sekä mitä seurauksia ja vaikutuksia vaaratapahtumilla on ollut sekä potilaille että yksiköille. Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esiin kohteena olevan organisaation keskeisimmät potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueet. Tutkimuksen aineisto koostui erikoissairaanhoidon, geriatrian ja psykiatrian laitoshoidon sekä vanhainkotihoidon yksiköistä tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista. Tutkimusaineistona käytettiin vaaratapahtumailmoituksista kerättyjä tietoja. Tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidossa noin 60 % ilmoitetuista vaaratapahtumista tehtiin tilanteista, jois-

sa potilaalle oli aiheutunut haittaa. Läheltä piti –tilanteita aineistosta oli lähes 40 %. Yleisin ilmoitettu vaaratapahtuma (52 %) liittyi lääke- ja nestehoitoon, veren siirtoon tai varjo- ja merkkiaineeseen. Potilaaseen kohdistunutta tapaturmaa tai onnettomuutta koski 29 % vaaratapahtumailmoituksista. Eroavaisuutta löytyi toimialoittain. Erikoissairaanhoidossa vaaratapahtumailmoitusten aiheista 83 % liittyi lääkehoitoon ja toiseksi eniten (10 %) vaaratapahtumailmoituksista tehtiin tiedonkulkuun ja –hallintaan liittyvistä aiheista. Keskeisimmiksi esille tulleiksi potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueiksi organisaatiossa muodostuivat informointi, henkilökunnan henkilökohtaiset ominaisuudet, dokumentointi ja raportointi, toimintatavat sekä niihin liittyvä ohjeistus, työnjako ja yhteistyö, perehdytys ja koulutus, potilaiden liikkumisen rajoittaminen ja tekninen valvonta, hoitotyön ympäristö sekä johtaminen. Kuitenkin toimi- ja osa-alueittain esiintyi selkeitä eroavaisuuksia potilasturvallisuuden kehittämistarpeissa.

Tanskalainen Sundhesstyrelsen (2008) keräsi Dansk Patient-Sikkerheds-database –järjestelmän avulla vaaratapahtumailmoituksia, joita oli tehty yhteensä 22 261 vuoden 2007 aikana. Eniten ilmoituksia tehtiin lääkehoitoon liittyen (34 %). Toiseksi suurimman luokan muodosti ”Muut vaaratapahtumat” (19 %). Kolmanneksi eniten ilmoituksia oli tehty kaatumisista (14 %) ja tiedonkulusta ja kommunikatiosta (14 %).

3 HAIPRO-RAPORTOINTIJÄRJESTELMÄ

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kehittäminen alkoi Suomessa vuonna 2005 Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen eli VTT:n aloitteesta. HaiPro-projektin tavoitteena oli luoda toimintamalli ja työkalu turvallisuutta vaarantavien poikkeamien, virheiden ja vaaratilanteiden käsittelyyn terveydenhuollon yksiköissä. HaiPro-raportointijärjestelmä on tietotekninen työkalu, jolla vaaratapahtumat raportoidaan. (Knuutila ym. 2007: 11, 42.) Nykyään HaiPro-raportointijärjestelmä on käytössä yli sadassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (HaiPro 2011).

Vaaratapahtumailmoituksia voivat tehdä eri ammattiryhmiin kuuluvat työntekijät ja opiskelijat. Lisäksi organisaatioissa on menettelytavat, joilla potilaat ja asiakkaat voivat kertoa turvallisuudessa havaitsemistaan puutteista. Vaaratapahtumien raportointi HaiPro-järjestelmään on vapaaehtoista ja ilmoitukset käsitellään luottamuksellisesti. Ilmoituksista saatua tietoa ei myöskään käytetä virheen tehneen yksilön rankaisemiseen. Ilmoituksen voi tehdä nimettömänä tai nimellä. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009b: 12.)

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta (Kinnunen 2009a: 117). Raportoitujen vaaratapahtumien analysoinnilla saadaan tärkeää tietoa, joka auttaa selvittämään vaaratapahtumaan johtaneita syitä (Niemi-Murola ym. 2011: 21). Raportoinnin tarkoituksena ei ole löytää yhden työntekijän tekemää vahinkoa, vaan tarkoituksena on löytää ongelmat organisaation toimintatavoista tai rakenteista eli raportointijärjestelmä on organisaation apuväline virheestä oppimiselle. (Kinnunen 2009a: 117-118.)

Vaaratapahtumista ilmoittaminen voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen. Raportointiprosessin ensimmäisessä vaiheessa vaaratilanne tunnistetaan. Raportointijärjestelmään on laadittu tapahtumatyyppien luokitukset helpottamaan ilmoitettavien tapahtumien tunnistamista. Tapahtumat on luokiteltu pääluokkiin sen mukaan, mihin terveydenhuollon toimialueeseen, tehtävään tai prosessivaiheeseen ilmoitettavat asiat liittyvät. Toisena vaiheena on ilmoituksen teko, joka tehdään sähköisel-

lä lomakkeella. Lomakkeessa on valmiina vaihtoehdot, joista valitaan ilmoitettava tapahtuma. Koska tapahtumien syntyyn vaikuttavien tekijöiden kuvaaminen on tärkeää, on valmiiden vaihtoehtojen lisäksi lomakkeessa kolme avointa kysymystä, joihin kuvataan tapahtuma, sen seuraukset ja ehdotus siitä, kuinka vastaavalta tilanteelta voitaisiin tulevaisuudessa välttyä. (Liite1.) (Kinnunen 2009a: 124-125; Knuuttila ym. 2007: 42-43.)

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.

Kolmannessa vaiheessa prosessissa on ilmoituksen vastaanotto, luokittelu ja analysointi. Käsittelijä saa HaiPro-järjestelmässä tiedon ilmoituksen saapumisesta. Käsittelijä, joka voi olla esimerkiksi osastonhoitaja, luokittelee ja analysoi tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. Tapahtumista saatavan tiedon hyödyntäminen ja muutoksen seuranta ovat raportointiprosessin kaksi viimeistä vaihetta. Tiedon hyödyntämistapana voi olla yksittäisiin tapauksiin liittyvät välittömät muutokset tai käsittelijä voi seurata tapahtumatyyppien yleisyyttä ja toistuvuutta reaaliaikaisista tilastoista. Tiedon hyödyntämisessä on tärkeää, että koko työyhteisö saa tietoa järjestelmään kootuista tiedoista sekä potilasturvallisuuteen vaikuttavista ja vaarantavista yksittäisistä tapahtumista. (Kinnunen 2009a: 127; Knuuttila ym. 2007: 43-47.)

Koivusen, Kankkusen ja Suomisen (2007) tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön käsityksiä virheiden ja poikkeamien ilmoittamisesta ja niiden synnystä. Lisäksi tutkittiin miten poikkeamien käsittelylomakkeen käyttöönotto vaikutti hoitovirheistä ilmoittamiseen. Tutkimus tehtiin eräessä eteläsuomalaisessa sairaalassa ja se oli osa sairaalan interventiotutkimusta, jonka tarkoituksena oli testata havaittujen virheiden systemaattista ilmoittamista ja niiden analysointia. Kohderyhmään kuuluivat kymmenen erikoisalalan toimintayksiköiden lääkärit, sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat, lääkintävahtimestarit ja osastoavustajat. Aineisto kerättiin kahdella eri kyselykerralla neljän kuukauden välein vuonna 2004. Molemmissa mittauksissa hoitovirheiden syyksi arvioitiin kiire, liian

vähäinen henkilökunnan määrä, riittämätön perehdytys ja työpaikkakoulutus sekä kokemattoman henkilökunnan riittämätön tuen saanti. Jokaisessa ammattiryhmässä arvioitiin, että eniten hoitovirheilmoituksia jää tekemättä kiireestä johtuvan unohtamisen takia.

Ruuhilehdon, Kailan, Keistisen, Kinnusen, Vuorenkosken ja Walleniuksen (2011) tutkimuksessa kuvattiin HaiPro-raportointijärjestelmän ilmoituksia ja pohdittiin yksiköiden sisäiseen kehittämiseen tähtäävän raportointimenettelyn roolia ja mahdollisuuksia potilasturvallisuuden kansallisessa kehittämisessä ja seurannassa. Tutkimusaineiston muodostivat HaiPro-tietokantaan kertyneet 64 405 ilmoitusta potilasturvallisuuden vaarantumisesta 36 eri organisaatiosta vuosilta 2007-2009. Tutkimustulosten mukaan suurin osuus ilmoitetuista tapahtumista liittyi lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin (51 %). Kirjaamis-, jako- ja antovirheet olivat yleisimpiä lääkityspoikkeamia. Tiedonvälityksen puutteiden ja tapaturmien osuus ilmoituksista oli yhteensä noin neljännes. Väkivalta-luokassa (5 %) suurin osa oli tilanteita, joissa väkivaltaa oli kohdistettu henkilökuntaan. Tutkimuksen mukaan kommunikoinnissa ja tiedonkulussa havaittiin varsin usein ongelmia. Toimenpideehdotus vastaavan tapahtuman estämiseksi oli 56 %:ssa tapahtumista informointi tapahtuneesta. 17 %:ssa tapahtumista yksittäisen ilmoituksen ei katsottu edellyttävän mitään toimenpidettä. Ilmoitetuista tapahtumista 7 %:ssa esitettiin kehittämistoimia. Ilmoituksista 41 % olivat olleet läheltä piti –tapahtumia, yli puolet (59 %) olivat tapahtui potilaalle –tapauksia.

Toisessa suomalaisessa tutkimuksessa on myös tutkittu HaiPro-järjestelmään ilmoitettuja vaaratapahtumia. Tutkimusaineisto kerättiin 12 kuukauden ajalta yhdestä sairaanhoitopiiristä, jossa vaaratapahtumailmoituksia kertyi yhteensä 1212. Ilmoituksia oli tehty eniten lääke- ja nestehoidosta (34,2 %) ja ne olivat jako-, anto-, kirjaamis- ja määräämisvirheitä. Toiseksi suurin luokka oli tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät ilmoitukset (20,4 %). Tapaturmat olivat kolmanneksi suurin luokka (12,1 %). Ilmoituksista 51,2 % oli läheltä piti –tapahtumia ja haittatapahtuma aiheutui 48,8 prosentissa tapauksista. (Keistinen, Kinnunen & Holm 2008.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUKSEN TAVOITTE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla vaaratapahtumailmoitusten aiheita ja niiden perusteella tehtyjä jatkotoimenpiteitä päiväkirurgian yksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla päiväkirurgian yksikön henkilökunta voi kehittää potilasturvallisuutta.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Mistä aiheista vaaratapahtumailmoituksia on tehty päiväkirurgian yksikössä?
2. Mitä jatkotoimenpiteitä päiväkirurgian yksikössä on suunniteltu ja tehty vaaratapahtumailmoitusten johdosta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tutkimusongelmia lähestyttiin kvalitatiivisella tutkimusotteella. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä soveltui tähän tutkimukseen, koska haluttiin selvittää ilmoittajien laatimista vaaratapahtumakuvauksista millaisia vaaratapahtumia oli tapahtunut ja millaisia jatkotoimenpiteitä päiväkirurgian yksikössä oli tehty niiden perusteella. Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltui tähän tutkimukseen hyvin, koska siinä analysoitiin ilmoittajien laatimia vaaratapahtumakuvauksia, jotka eivät olleet yksiselitteisiä ja tarkoituksena ei ollut tuottaa yleistettävää tietoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 161-162; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 41.)

Tässä opinnäytetyössä laadullisen tutkimuksen lähtökohtana oli induktiivisuus. Induktiivisessa päättelyssä havaintoja tehdään yksittäisistä tapauksista kohti laajempaa kokonaisuutta. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä eikä analyysia ohjaa tarkasti mikään teoreettinen lähtökohta. Induktiivisessa sisällön analyysissa siis luokitellaan tekstin sanoja ja niistä muodostuvia ilmaisuja niiden merkityksen perusteella, sisältöä kuvaavat luokat ohjautuvat aineistosta käsin. Induktiivisessa sisällön analyysissa haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimusongelmiin. (Kylmä & Juvakka 2007: 22-23, 112-113.)

5.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto koostui 1.1.2007 - 31.5.2011 välisenä aikana tehdyistä vaaratapahtumailmoituksista eräässä päiväkirurgian yksikössä. Tutkimuslupa haettiin keskussairaalan operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta ja aineisto saatiin keskussairaalan potilasturvallisuuskoordinaattorin avustuksella. Tutkimusaineistona toimineet vaaratapahtumailmoitukset tulivat keskussairaalan päiväkirurgian yksikön työympäristöstä. Ilmoituksia olivat tehneet yksikön työntekijät, siellä hoidetut potilaat sekä joissain tapauksissa muiden yksiköiden työntekijät. Vaaratapahtumailmoituksia oli yhteensä 61 kappaletta, mutta kaksi ilmoitusta oli tehty samasta

tapahtumasta ja niiden tekijä oli sama, joten nämä ilmoitukset yhdistettiin. Kaikki vaaratapahtumailmoitukset eivät olleet vaaratapahtumia ($f=5$) ja ne jätettiin aineiston analyysin ulkopuolelle. Näin ollen lopullisen aineiston koko oli 55 vaaratapahtumailmoitusta.

Päiväkirurgia on suunniteltua leikkaustoimintaa ja sillä tarkoitetaan lyhytkestoista, korkeintaan 12 tuntia sairaalassa viivyttävää aikaa toimenpiteen tai hoidon vuoksi. Potilaiden soveltuvuutta päiväkirurgiseen toimenpiteeseen arvioidaan potilaskriteerien avulla. Potilaskriteereissä huomioidaan anestesiologiset, operatiiviset, fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 10, 12-14.) Päiväkirurgisten potilaiden valinnalla pyritään minimoimaan vakavat anestesiakomplikaatiot, kirurgiset ongelmat ja kotiutumisen jälkeiset sairastumiset ja kuolemat. Onnistuneella potilasvalinnalla pyritään myös vähentämään peruutuksia, lieviä anestesiakomplikaatioita, intraoperatiivisia pienempiä kirurgisia ongelmia, suunnittelemattomia osastohoitoja sekä potilaiden altistumista kohtuuttomille jälkikivuille ja epämiellyttäville jälkioireille. (Kangas-Saarela 2005, 457.)

Potilaat saapuvat päiväkirurgiseen yksikköön toimenpideaamuna eivätkä yövy sairaalassa suunnitellusti (Hautakangas ym. 2003: 10). Päiväkirurgisen potilaan toimenpidepäivä ei juuri eroa muiden kirurgisten potilaiden kirurgisesta hoidosta ja seurannasta. Päiväkirurgisten potilaiden seurannassa korostuu toipumisen edistymisen tarkkailu ja arviointi. Kotihoito-ohjeiden selkeys ja monipuolinen viestintä ovat tärkeitä jatkohoidon turvaamiseksi. (Hautakangas ym. 2003, 12.)

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysillä voidaan analysoida erilaisia aineistoja systemaattisesti ja objektiivisesti ja samalla kuvata niitä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3; Kankkunen ym. 2009; 133.) Sisällön analyysissä pyritään tutkittava ilmiö esittämään tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, analyysin lopputuloksena syntyy esimerkiksi ilmiötä kuvaavia kategorioita. (Kyngäs ym. 1999, 4.)

Tutkimusaineiston sisältö analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Induktiivinen sisällön analyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja käsitteellistetään. (Kankkunen ym. 2009: 135.) Analyysi toteutettiin manuaalisesti.

Analyysi aloitettiin lukemalla aineisto läpi useita kertoja. Aineistoon tutustumisen jälkeen tutkijat alkoivat pelkistää aineistoa kysymällä siltä tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä (taulukko 1). (Kankkunen ym. 2009: 134, 136; Kyngäs ym. 1999: 5.)

Taulukko 1 Esimerkki aineiston pelkistämisestä

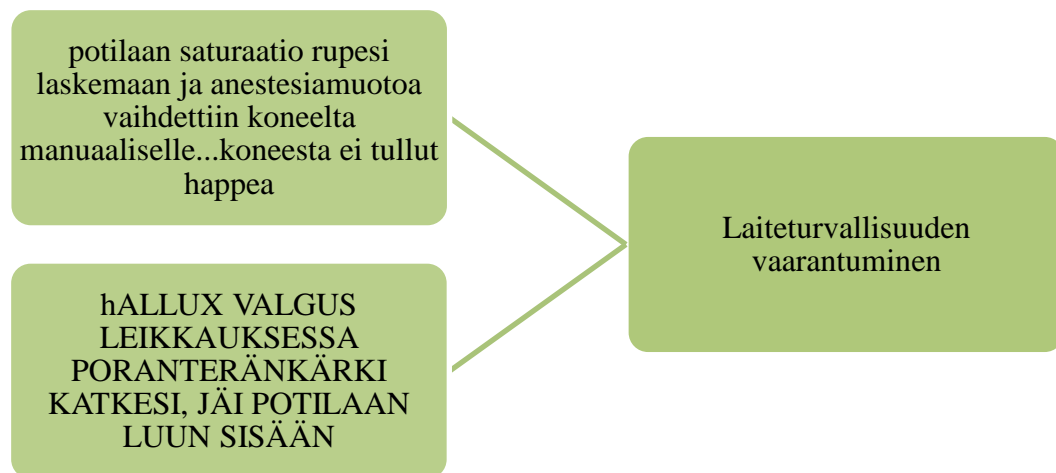
Alkuperäinen ilmaisu

- Potilaan tekstissä määrättiin dormicum 10 ml po. Ei ollut merkitty lääkkeen vahvuutta. Koska vahvuutta ei oltu merkitty ja lääkettä on kaksi eri vahvuutta, potilas sai vaan normaalisti 7,5 mg tablettiä ja pamol f 1g. Kahteen kohtaan oli merkitty sama määräys, mikä oli hyvin epämääräinen. Keskustelin toisen hoitajan kanssa ja päätimme antaa lääkkeen normaalin tavan mukaan. Kerroin potilaalle, että hän saa salissa tarv. lisää rentouttavaa lääkettä.
- Spinaalipuudutusta laittaessa, potilaan ollessa kylkiasennossa potilaan lonkkaproteesi luksoitui. Potilas joutui jäämään osastolle odottelemaan läpivalaisua ja repositiota. Hoitoaika pitkittyi. Potilas reumaatikko ja ylipainoinen, asennon saanti oli hankalaa. Kaikilla hoitohenkilökunnasta ei ollut tietoa lonkkaproteesin olemassaolosta.
- Leikkauspotilas joka alun perin Somaliasta, ei ymmärrä hyvin Suomea, Ruotsia eikä Englantia. Tulkki lähtenyt ennen kuin anestesiaalääkäri päässyt haastattelemaan potilasta ylipäänsä. Täytyi nukkuttaa potilasta tarkistamatta potilaan tietoja, joita muutenkin niukasti potilaan papereissa.

Pelkistetty ilmaisu

- Potilaan tekstissä määrättiin dormicum 10 ml po. Ei ollut merkitty lääkkeen vahvuutta.
- Spinaalipuudutusta laittaessa reumapotilaan lonkkaproteesi luksoitui, koska kaikilla hoitohenkilökunnasta ei ollut tietoa lonkkaproteesin olemassaolosta.
- Tulkki lähtenyt ennen kuin anestesiaalääkäri päässyt haastattelemaan potilasta. Täytyi nukkuttaa potilasta tarkistamatta potilaan tietoja.

Aineiston pelkistämisen jälkeen tutkijat ryhmittelivät aineiston (kuvio 1) yhdistäen samaa tarkoittavat ilmaisut samoihin kategorioihin ja nimesivät ne käsitteellistämisvaiheessa. (Kyngäs ym. 1999: 6.)



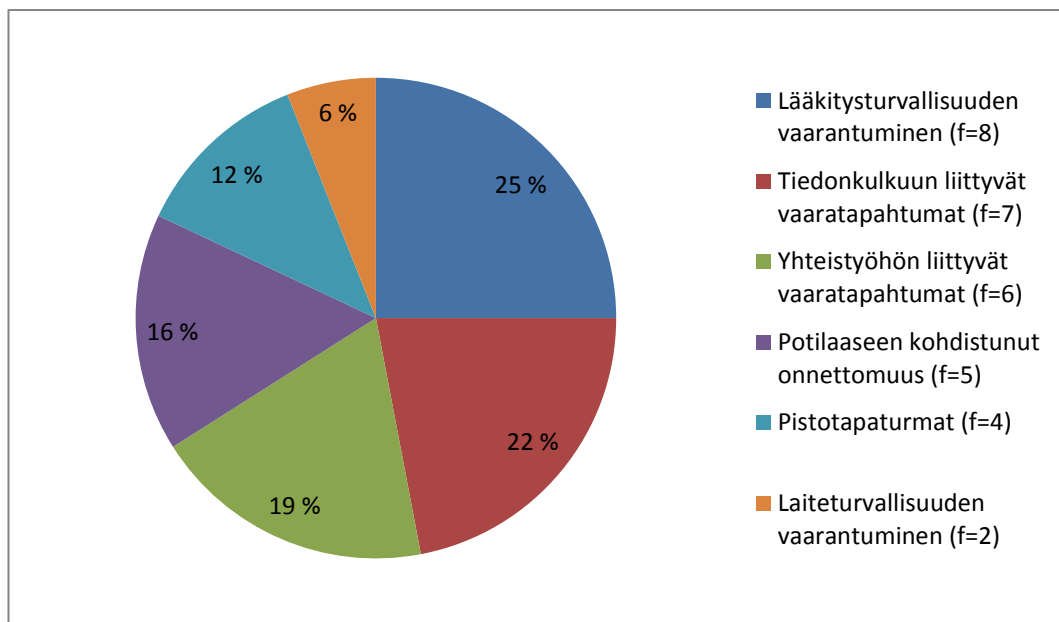
Kuvio 1 Esimerkki aineiston ryhmittelystä

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimusaineisto sisälsi alun perin yhteensä 60 vaaratapahtumailmoitusta, joista viisi jouduttiin jättämään aineiston ulkopuolelle. Lopullinen aineisto koostui 55 vaaratapahtumailmoituksesta. Niistä 43 % (f=25) oli tapahtui potilaalle – tapahtumia ja 57 % (f=33) oli läheltä piti –tapahtumia. Vuosien 2007-2008 aineisto ja vuosien 2009-2011 (31.5.2011 asti) aineisto analysoitiin erikseen tutkimuksen kohdeorganisaation pyynnöstä. Vaaratapahtumailmoitusten aiheista muodostettiin pääluokat ja niiden perusteella jatkotoimenpiteet luokiteltiin suunniteltuihin ja toteutuneisiin jatkotoimenpiteisiin. Jos suunniteltu jatkotoimenpide oli toteutunut, sitä ei ole merkitty suunniteltuihin jatkotoimenpiteisiin vaan se on merkitty ainoastaan toteutettuihin jatkotoimenpiteisiin.

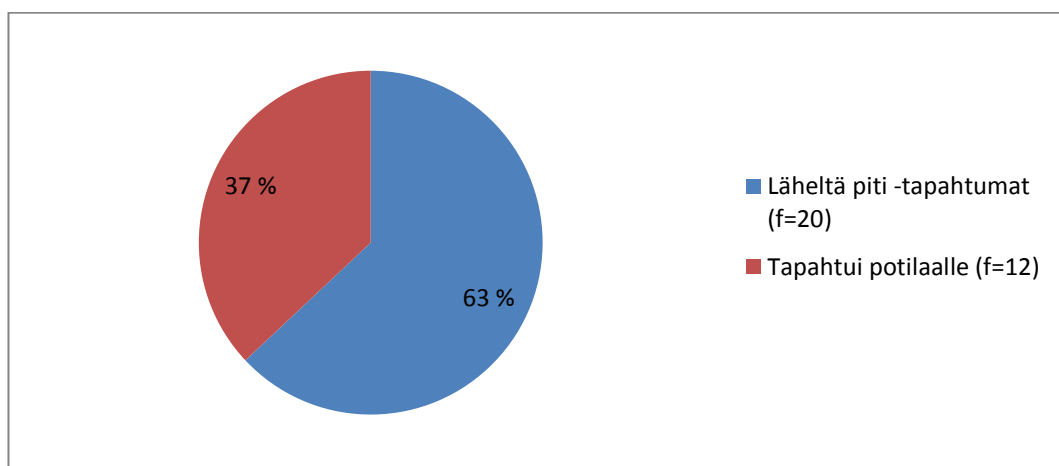
6.1 Vuosien 2007–2008 vaaratapahtumailmoitusten aiheet ja jatkotoimenpiteet

Vuosien 2007-2008 aineisto koostui 34 ilmoituksesta. Aiheita oli 35, sillä yksi ilmoitus sisälsi kaksi vaaratapahtumaa. Niistä kolme ei ollut vaaratapahtumailmoituksia, joten ne suljettiin aineiston analyysin ulkopuolelle. Lopullisen aineiston määrä oli 31 vaaratapahtumailmoitusta (32 aihetta). Päiväkirurgian yksikön vaaratapahtumailmoitusten aiheita kuvaavista pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin sisällön analyysissä luokat yhdistävien tekijöiden perusteella. Analyysin lopputuloksena luokkia syntyi kuusi: lääkitysturvallisuuden vaarantuminen, tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat, yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat, potilaaseen kohdistunut onnettomuus, pistotapaturmat ja laiteturvallisuuden vaarantuminen. Kuviossa 2 esitetään näiden luokkien prosentuaaliset osuudet.



Kuvio 2 Päiväkirurgian yksikössä ilmoitettujen vaaratapahtumien aiheet vuosina 2007-2008

Vuosien 2007-2008 vaaratapahtumailmoitusten aiheista 63 prosenttia oli merkitty läheltä piti –tapahtumiksi (Kuvio 3.).



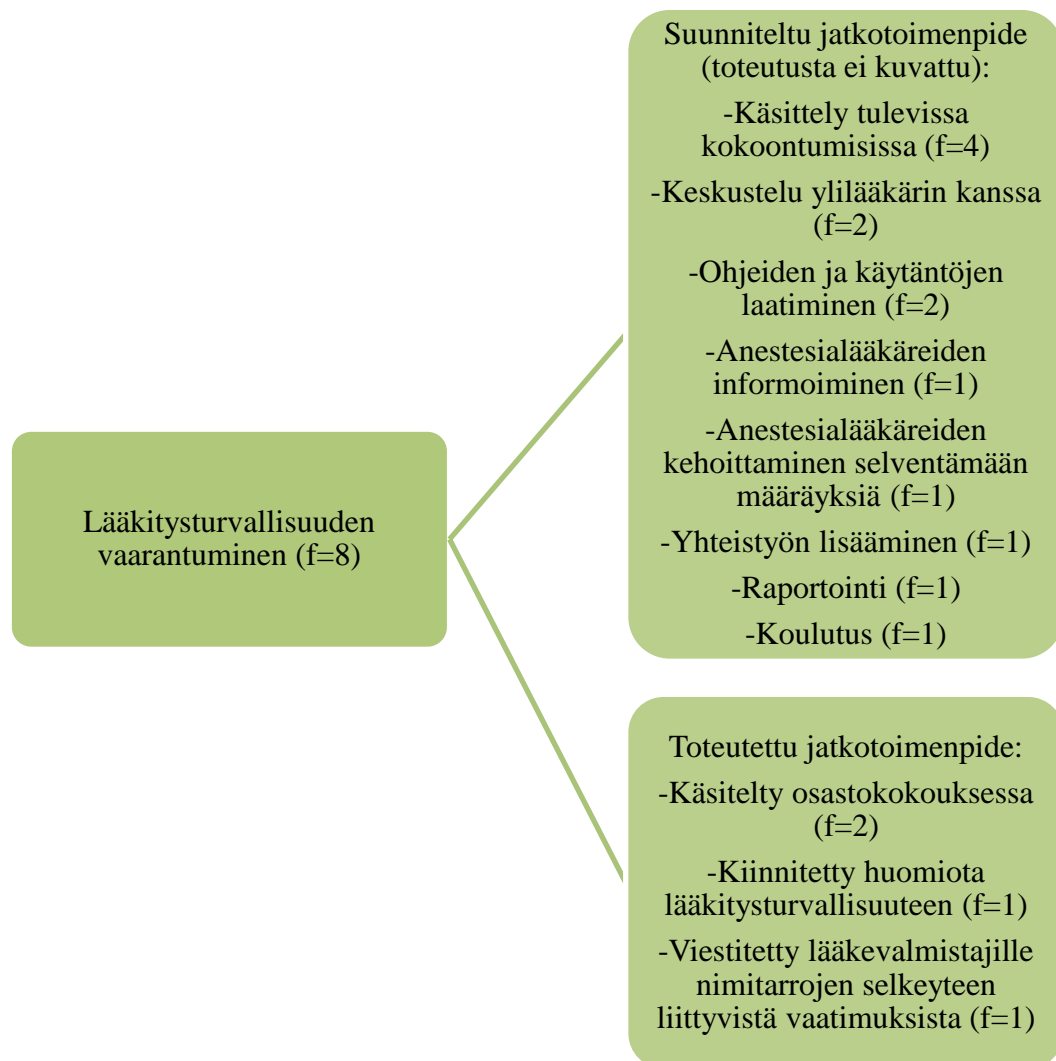
Kuvio 3 Tapahtui potilaalle- ja läheltä piti –tapahtumien prosentuaaliset osuudet 2007-2008

Seuraavassa tarkastellaan analysissa muodostettuja luokkia tarkemmin.

6.1.1 Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen

Lääkitysturvallisuuden vaarantumista kuvasi 25 % (f=8) ilmoitetuista vaaratapah-
tumista. Lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen liittyvät vaaratapahtumailmoituk-
set tarkoittivat tilanteita, joissa potilaalle oli annettu väärän vahvuista lääkettä
(f=1), väärää lääkettä tai puuduteainetta (f=3), lääkkeellinen kivunhoito oli viiväs-
tynyt tai jäänyt toteutumatta (f=3) tai lääkäri oli kirjoittanut samalla reseptillä po-
tilaalle kahta lääkettä joita ei tulisi käyttää samanaikaisesti ilman mainintaa asiasta
(f=1). Osa ilmoituksista oli läheltä piti –tapahtumia (f=5, 63 %), eivätkä ne aiheut-
taneet potilaalle haittaa. (Kuvio 4.) Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

*”Potilaalle tehtiin toimenpide johtopuudutuksessa, kun piti puudut-
taa lisää kirurgi pyysi puud.aineen ilman adrenaliinia, jolloin tajut-
tiin aikaisemman puudutteen olleen adrenaliinipitoista, puudutusai-
neen olisi pitänyt olla ilman adrenaliinia.”* (Läheltä piti –tapahtuma)



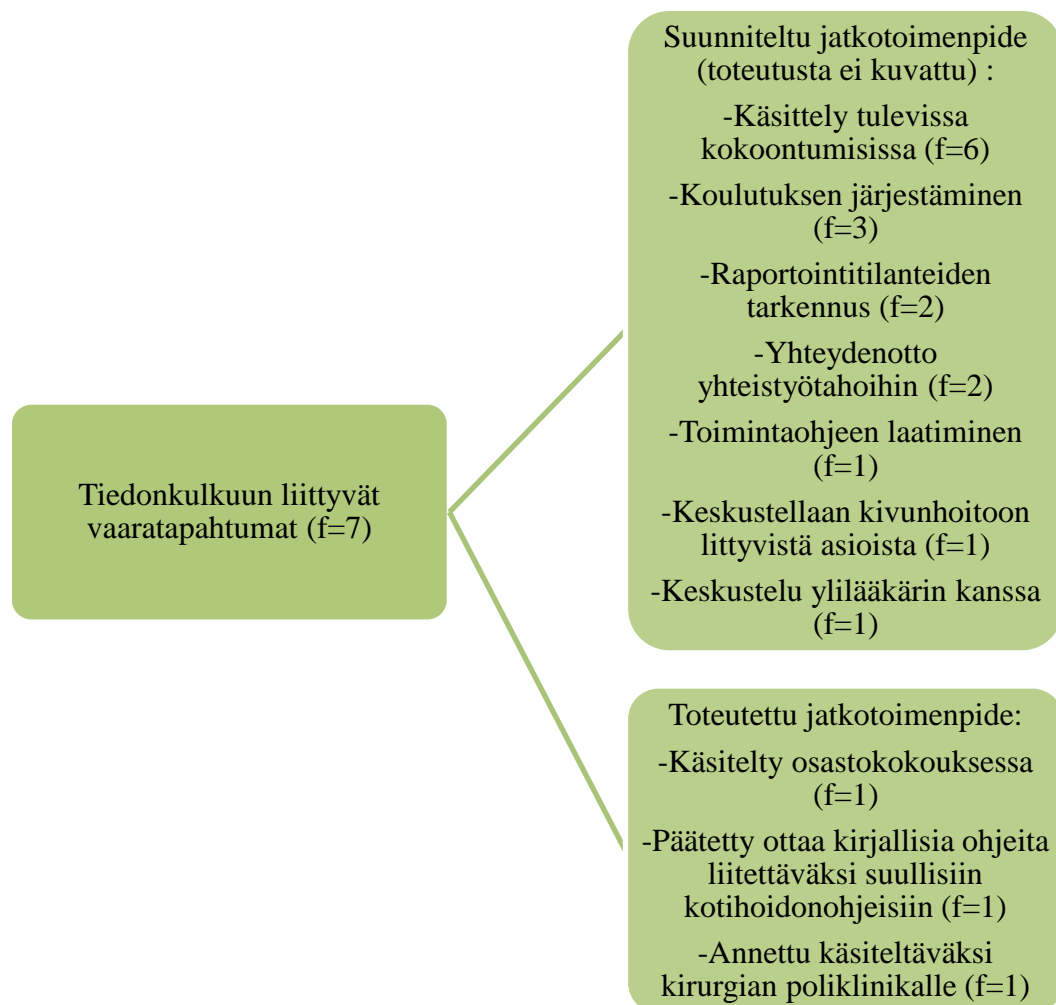
Kuvio 4 Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet

Yleisin suunniteltu jatkotoimenpide lääkitysturvallisuuden vaarantumisen jälkeen oli asian käsittely tulevissa kokoontumisissa kuten osastokokouksessa tai yhteistyökouksessa. Muita yleisiä suunnitelmia jatkotoimenpiteiksi olivat myös keskustelut ylilääkäreiden kanssa sekä ohjeiden ja käytäntöjen laatiminen. Yleisin toteutunut jatkotoimenpide oli asian käsittely osastokokouksessa. (Kuvio 4.)

6.1.2 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat

Tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumailmoituksia oli aineistossa 22 % (f=7). Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumailmoitukset tarkoittivat tilanteita, joissa henkilökunnalla ei ollut tarvittavaa tietoa potilaan hoidon kannalta (f=2), raportointi oli ollut riittämätöntä (f=2), potilas oli saanut riittämättömän kotihoidon ohjauksen (f=1), potilaan osastosiirron yhteydessä sisäänkirjoittaminen epäonnistui (f=1) ja potilas tuli preoperatiiviselle käynnille, mutta lääkäri oli vapaalla (f=1). (Kuvio 5.) Läheltä piti –tapahtumia näistä vaaratapahtumailmoituksista oli kolme (f=3, 43 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Ingen i teamet hade uppmärksammat att patienten var latexallerfiker trots uppgift i anestesijournalen, utan hade på sig normala latexhandskar etc.” (Läheltä piti –tapahtuma)



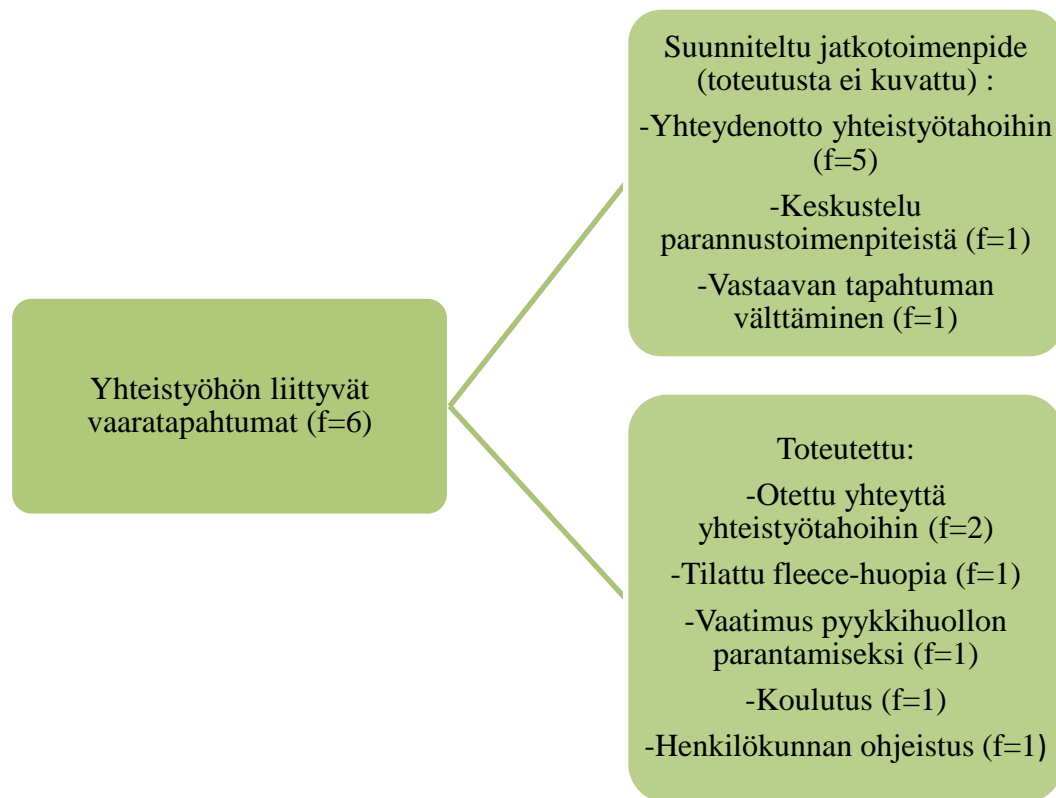
Kuvio 5 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat -aiheen jatkotoimenpiteet

Yleisin suunniteltu jatkotoimenpide tiedonkulkuun liittyvissä vaaratapahtumissa oli käsittely tulevissa kokoontumisissa (f=6), kuten osastokokouksessa tai aamupalaverissa. Koulutuksen järjestäminen oli toiseksi yleisin jatkotoimenpidesuunnitelma. Toteutettuja jatkotoimenpiteitä olivat käsittely osastokokouksessa, päätös ottaa kirjallisia ohjeita liitettäväksi suullisiin kotihoidonohjeisiin ja asian antaminen kirurgian poliklinikalle käsiteltäväksi. (Kuvio 5.).

6.1.3 Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat

Vaaratapahtumailmoitusten aiheista 19 % (f=6) kuvasi yhteistyöhön liittyviä vaaratapahtumia. Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat tarkoittivat tilanteita, joissa yhteistyö pyykkihuollon kanssa ei toiminut (f=4), potilaasta otettuja näytteitä ei laboratorion mukaan ollut otettu (f=1) ja lainainstrumentit eivät olleet saapuneet ajallaan (f=1). (Kuvio 6.) Kaikki yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat olivat läheltä piti –tapahtumia (f=6, 100 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Keskuspesulasta ei ole palautunut osastolle merkittyjä fleecpeittoja, nostolakanoita, liukulakanoita...Toiminta hidastuu materiaalin puuttuessa, potilaat palelevat toimenpiteen jälkeen jos ei ole peittoja. Nostolakanoiden ja siirtolakanoiden puuttuessa hoitajien ergonomia vaarantuu.” (Läheltä piti –tapahtuma)



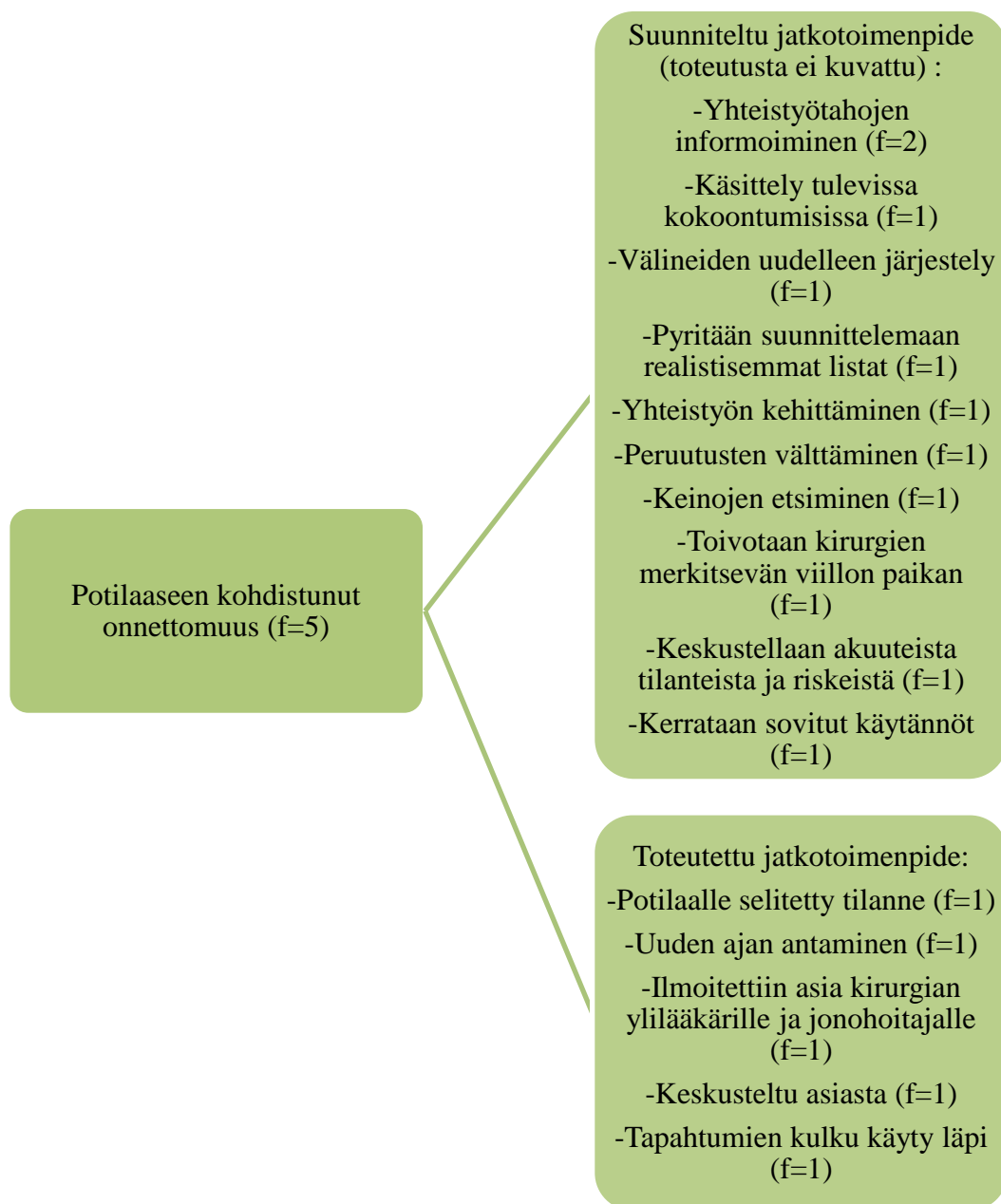
Kuvio 6 Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat –aiheen jatkotoimenpiteet

Suunnitelluin jatkotoimenpide oli yhteydenotto yhteistyötahoihin (f=5), esimerkiksi pesulatoiminnasta vastaavaan henkilöön tai yhteys laboratorioon. Toteutettiin jatkotoimenpide oli yhteydenotto yhteistyötahoihin (f=2). (Kuvio 6.).

6.1.4 Potilaaseen kohdistunut onnettomuus

Potilaaseen kohdistuneita onnettomuuksia kuvasi 16 % (f=5) vaaratapahtumailmoitusten aiheista. Potilaaseen kohdistuneet onnettomuudet tarkoittivat tilanteita, joissa kahdessa tapauksessa lapsipotilas oli saanut larynxspasmin ja kahdessa tapauksessa potilaalle oli aiheutunut haittaa leikkauksen peruuntuessa. Yhdessä tapauksessa kirurgi oli tehnyt viillon väärään kohtaan, mutta tämä huomattiin ajoissa ja väärää kohtaa ei operoitu. (Kuvio 7.) Läheltä piti –tapauksiksi oli merkitty kaksi ilmoitusta (f=2, 40 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Korvalapsipotilaan tullessa leikkaussalista heräämään sai lapsi lsrynxspasmeja. Ambu oli lähellä, mutta muiden tarpeellisten välineiden löytäminen huoneessa oli aikaa vievää.” (Läheltä piti – tapahtuma)



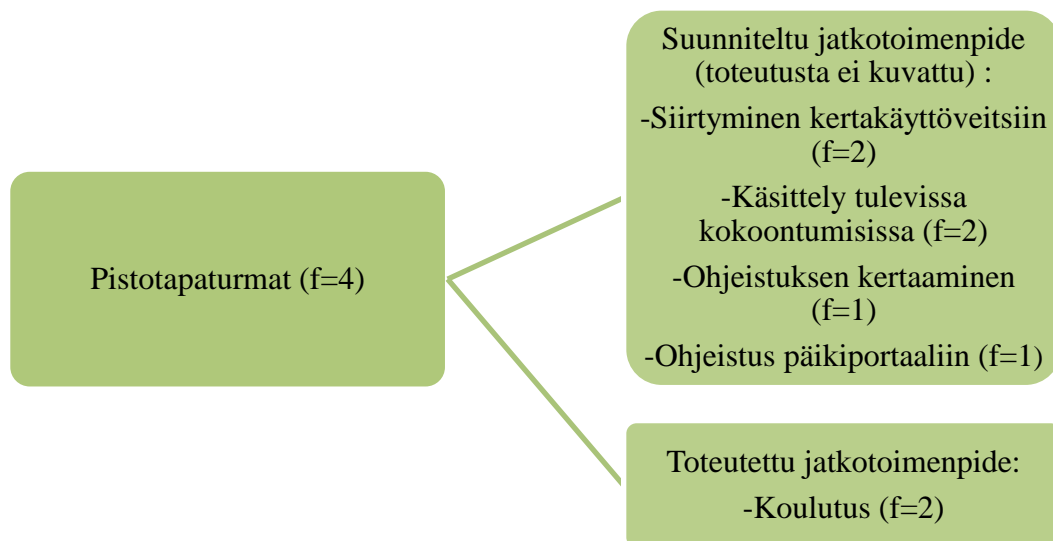
Kuvio 7 Potilaaseen kohdistuneet onnettomuudet -aiheen jatkotoimenpiteet

Yleisin suunniteltu jatkotoimenpide oli yhteistyötahojen informointi (f=2). Muita suunniteltuja jatkotoimenpiteitä olivat esimerkiksi käsittely tulevissa kokoontumisissa ja realistisempien listojen suunnittelu. Toteutuneita jatkotoimenpiteitä olivat esimerkiksi tilanteen selittäminen potilaalle ja asiasta keskustelu. (Kuvio 7.).

6.1.5 Pistotapaturmat

Pistotapaturmia kuvasi 12 % (f=4) vaaratapahtumailmoitusten aiheista. Ne olivat enimmäkseen tapauksia, joissa hoitajan irroittaessa kertakäyttöistä veitsenterää veitsenvarresta ote oli livennyt ja veitsenterä oli tehnyt haavan hoitajan sormeen (f=3). Yhdessä tapauksessa sairaala-apulainen oli saanut siivotessaan pistohaavan suojaamattomasta infuusioletkustosta. (Kuvio 8.). Kaikki pistotapaturmat olivat läheltä piti –tapahtumiksi merkittyjä (f=4, 100 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Hoitaja teki etusormeen haavan poistaessaan veitsenterää veitsenvarresta. Kun piti poistaa veitsen terä varresta, crile lipsahti terästä ja terä pökkäsi hoitajan sormeen johon tuli vuotava haava.” (Läheltä piti –tapahtuma)

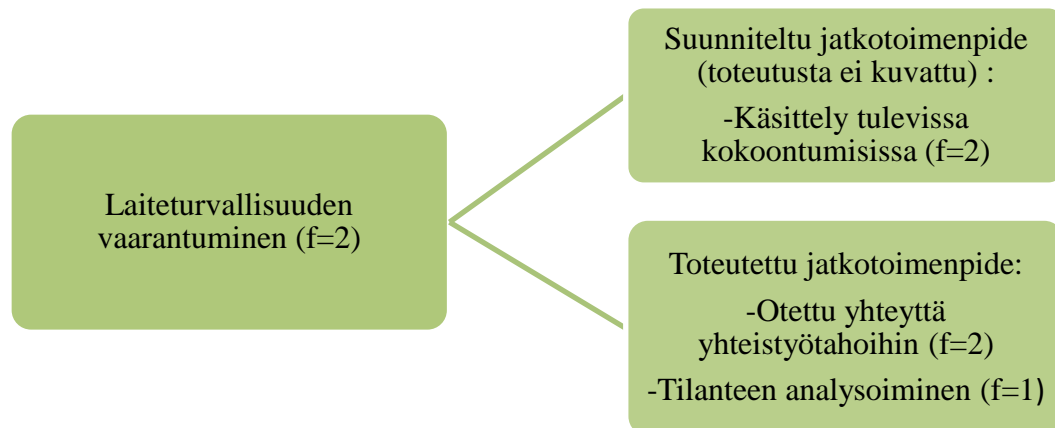


Kuvio 8 Pistotapaturmat -aiheen jatkoimenpiteet

Yleisimmät suunnitellut jatkoimenpiteet pistotapaturmien jälkeen olivat siirtyminen kertakäyttöveitsiin ja asian käsittely tulevissa kokoontumisissa (Kuvio 8.). Kahdessa tapauksessa oli toteutettu jatkoimenpide, joka molemmissa tapauksissa oli koulutus.

6.1.6 Laiteturvallisuuden vaarantuminen

Laiteturvallisuuden vaarantumista kuvasi 6 % ilmoituksista (f=2) (Kuvio 9.). Toinen laiteturvallisuuden vaarantumiseen liittyvä ilmoitus oli tehty anestesiakoneesta, josta ei tullut happea. Toisessa tapauksessa poranterän kärki oli katkennut ja jäänyt potilaan luun sisään. Kaikki olivat tapahtui potilaalle –tapahtumia (f=2, 100 %).

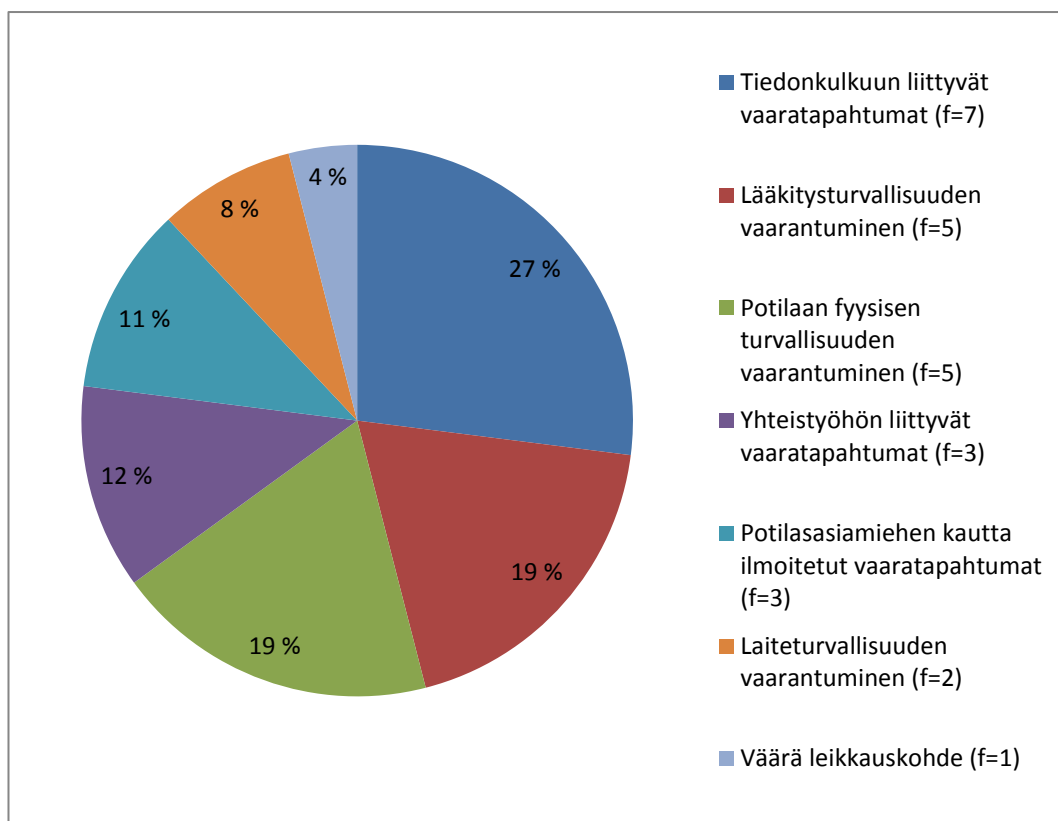


Kuvio 9 Laiteturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet

Suunniteltu jatkotoimenpide laiteturvallisuuteen liittyvissä ilmoituksissa oli asian käsittely tulevissa kokoontumisissa. Yleisempi toteutunut jatkotoimenpide oli yhteydenotto yhteistyötahoihin (f=2) kuten anestesiakoneen toimittaneeseen yritykseen. Toinen toteutettu jatkotoimenpide oli tilanteen analysoiminen. (Kuvio 9.)

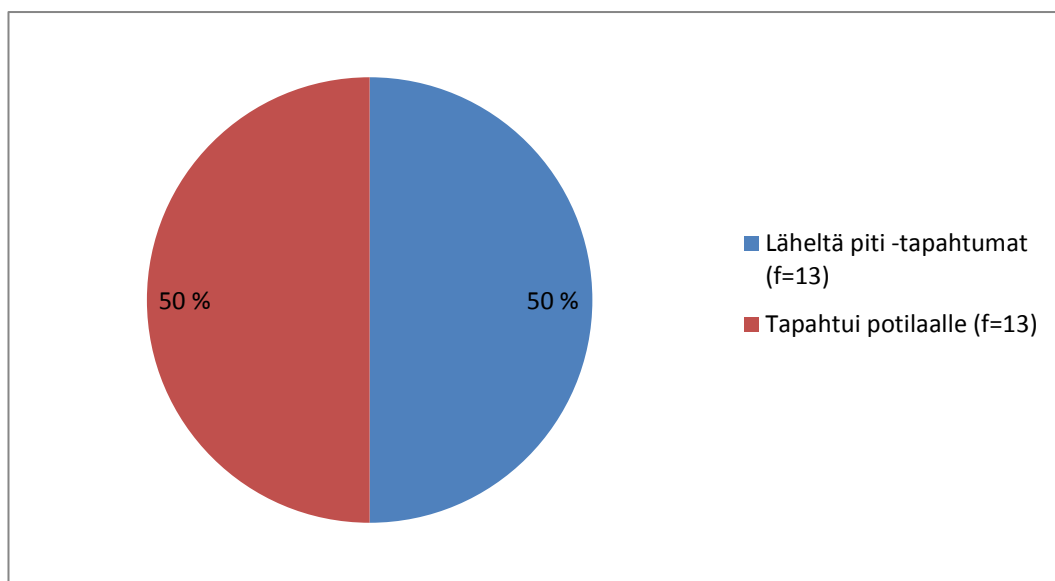
6.2 Vuosien 2009-toukokuu 2011 vaaratapahtumailmoitusten aiheet ja jatkotoimenpiteet

Vuosien 2009-toukokuu 2011 aineisto koostui 26 ilmoituksesta. Aiheita oli 28, sillä kaksi ilmoitusta sisälsi kaksi vaaratapahtumaa. Niistä kaksi ei ollut vaaratapahtumailmoituksia, joten ne suljettiin aineiston analyysin ulkopuolelle. Lopullisen aineiston määrä oli 24 vaaratapahtumailmoitusta (26 aiheetta). Vaaratapahtumailmoitusten aiheita kuvaavista pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin sisällön analyysissa luokat yhdistävien tekijöiden perusteella. Analyysin lopputuloksena muodostettiin seitsemän luokkaa: tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat, lääkitysturvallisuuden vaarantuminen, potilaan fyysisen turvallisuuden vaarantuminen, yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat, potilasasiamiehen kautta ilmoitetut vaaratapahtumat, laiteturvallisuuden vaarantuminen ja väärä leikkauskohde. Kuviossa 10 esitetään näiden luokkien prosentuaaliset osuudet.



Kuvio 10 Päiväkirurgian yksikössä ilmoitettujen vaaratapahtumien aiheet vuodesta 2009-toukokuuhun 2011

Vuosien 2009-toukokuu 2011 vaaratapahtumailmoitusten aiheista 50 prosenttia oli merkitty läheltä piti -tapauksiksi. (Kuvio 11).



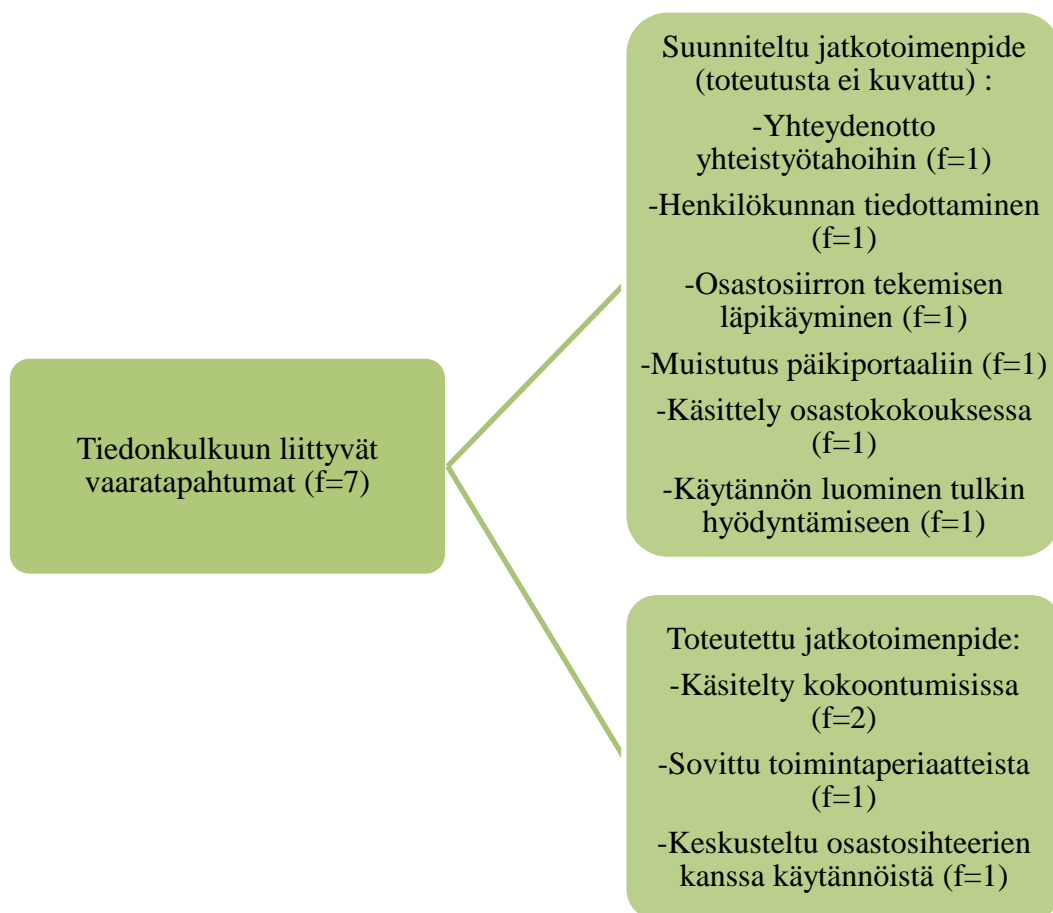
Kuvio 11 Tapahtui potilaalle ja läheltä piti –tapahtumien prosentuaaliset osuudet 2009-toukokuu 2011

Seuraavassa tarkastellaan analyysissä muodostettuja luokkia tarkemmin.

6.2.1 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat

Tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia kuvasi aineistosta 27 % (f=7). Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat tarkoittivat tilanteita, joissa potilaan anestesia- ja jouduttiin ottamaan turhia riskejä, koska potilaan tietoja ei tarkistettu kunnolla (f=2), potilaan osastosiirtoon liittyvässä informaatiossa oli ongelmia (f=2), potilas oli laitettu leikkauslistalle informoimatta leikkaavaa yksikköä (f=1), potilastietojärjestelmä oli leikkauksen aikana auki väärän potilaan kohdalta (f=1) tai toisen hoitoyksikön hoitosuunnitelma oli suljettu päiväkirurgialla. (Kuvio 12.). Kaikki tiedonkulkuun liittyvistä vaaratapahtumista oli merkitty läheltä piti –tapahtumiksi (f=7, 100 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Pienten korvaleikkauspotilaiden viimeisen potilaan kohdalla todettiin viime tipassa että listassa mainittiin äsken sairastettu laryngiitti, jonka takia ei mielellään olisi nukuttanut lasta ihan vielä. Lapsi kuitenkin oli odottanut tuntikausia kenenkään reagoimatta asiaan, jouduttiin ottamaan tämän lapsen nukutuksessa turhia riskejä.” (Läheltä piti –tapahtuma)



Kuvio 12 Tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat -aiheen jatkotoimenpiteet

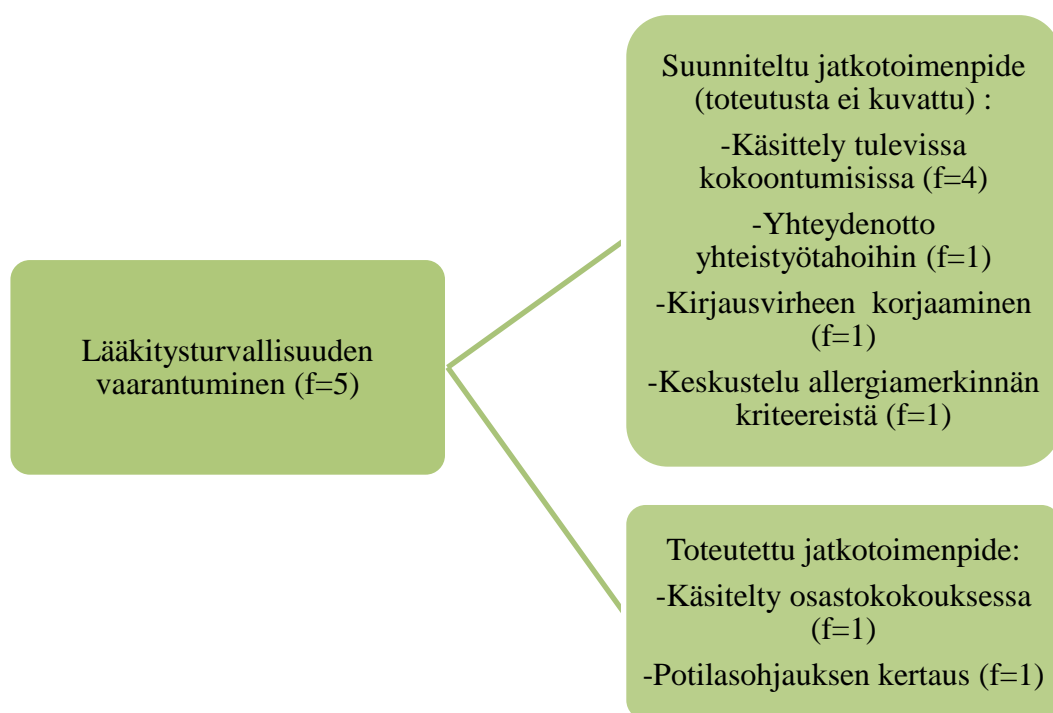
Jatkotoimenpiteiksi oli suunniteltu tiedonkulkuun liittyvissä vaaratapahtumissa esimerkiksi yhteydenottoa yhteistyötahoihin ja henkilökunnan tiedottamista. Yleisin toteutunut jatkotoimenpide oli asian käsittely tulevissa kokoontumisissa kuten osastokokouksessa. Yksi ilmoituksista odotti analyysin aikana edelleen käsittelyä, joten siitä ei ollut saatavilla tietoa suunnitelluista tai toteutuneista jatkotoimenpiteistä. (Kuvio 12.).

6.2.2 Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen

Lääkitysturvallisuuden vaarantumista kuvasi 19 % (f=5) vaaratapahtumailmoitusten aiheista. Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen tarkoitti tilanteita, joissa potilas oli saanut puutteellisen lääkehoidon kotiohjauksen (f=1) tai potilaan kotilääki-

tystä ei ollut tarkistettu kunnolla (f=1), määrätyn lääkkeen vahvuus oli jätetty kirjaamatta (f=1), lääkäri oli määrännyt potilaalle antibioottia, jolle hän oli allerginen (f=1) tai kahta lääkettä annosteleva laite oli ohjelmoitu väärin, niin että se annosteli lääkkeitä ristiin (f=1). (Kuvio 13.). Lääkitysturvallisuuden vaarantaneista vaaratapahtumailmoituksista neljä oli merkitty läheltä piti –tapahtumiksi (f=4, 80 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Ajattelin ”nopeuttaa/auttaa” anestesiahoitajaa antamalla lääkärin määräämän Staflocil 2g jo ennen saliin menoa. Myöhemmin, kun antibiootti oli mennyt hoitajaparini huomasi, että potilaan papereissa lukee penisilliiniallergia.” (Läheltä piti –tapahtuma)



Kuvio 13 Lääkitysturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet

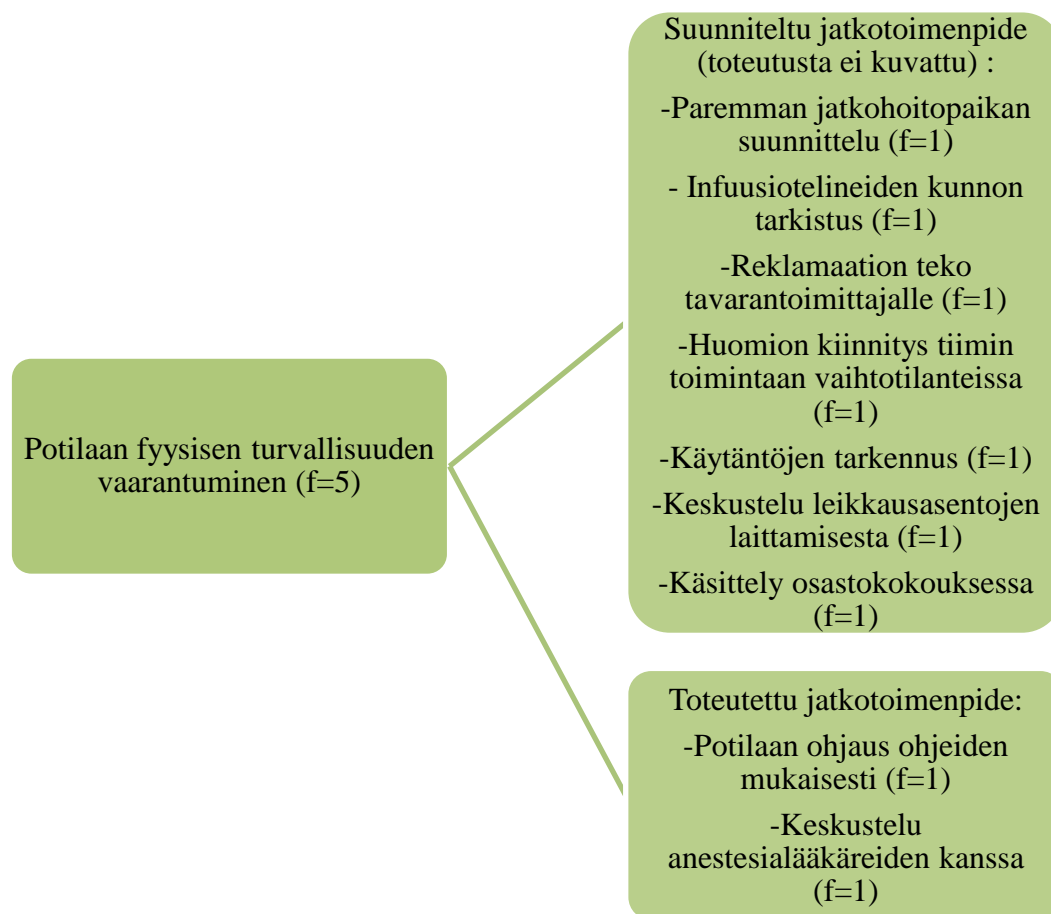
Yleisin suunniteltu jatkotoimenpide lääkitysturvallisuuden vaarantumisen jälkeen oli asian käsittely tulevissa kokoontumisissa (f=4), kuten osastokokouksessa tai

osastotunnilla. Toteutettuja jatkotoimenpiteitä olivat asian käsittely osastokokouksessa ja potilasohjauksen kertaus. (Kuvio 13.).

6.2.3 Potilaan fyysisen turvallisuuden vaarantuminen

Potilaan fyysisen turvallisuuden vaarantumista kuvasi 19 % (f=5) vaaratapahtumailmoitusten aiheista. Potilaan fyysisen turvallisuuden vaarantuminen tarkoitti tilanteita, joissa potilassiirto oli tehty ilman, että leikkauspotilaan siirtokriteerit olivat täyttyneet (f=2), potilaan jalkaan tuli puutumisoireita johtuen huonosta leikkausasennosta (f=1), olkapäälleikkauksen lopussa potilaan leikattu käsi oli päässyt putoamaan alas (f=1) ja tilannetta, jossa potilaan kasvoille oli poskionteloikkauksen jälkeen kaatunut katkennut infuusioteline (f=1). (Kuvio 14.) Kaikki olivat ”Tapahtui potilaalle” -tapahtumia (f=5, 100 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”pat. blev opererad, plats hade ordnats på bädden samma dag. Pat anlände till bädden, ingen läk epikris eller sköt-sköt rapport med skickats. Pat hade själv en lab blankett, där framkom att HB var 75. En pat som har ett hb på 75 o blivit opererad samma dag är ingen bäddavdelnings patient på hälsocentral.” (Tapahtui potilaalle)



Kuvio 14 Potilaan fyysisen turvallisuuden vaarantuminen -aiheen jatkotoimenpiteet

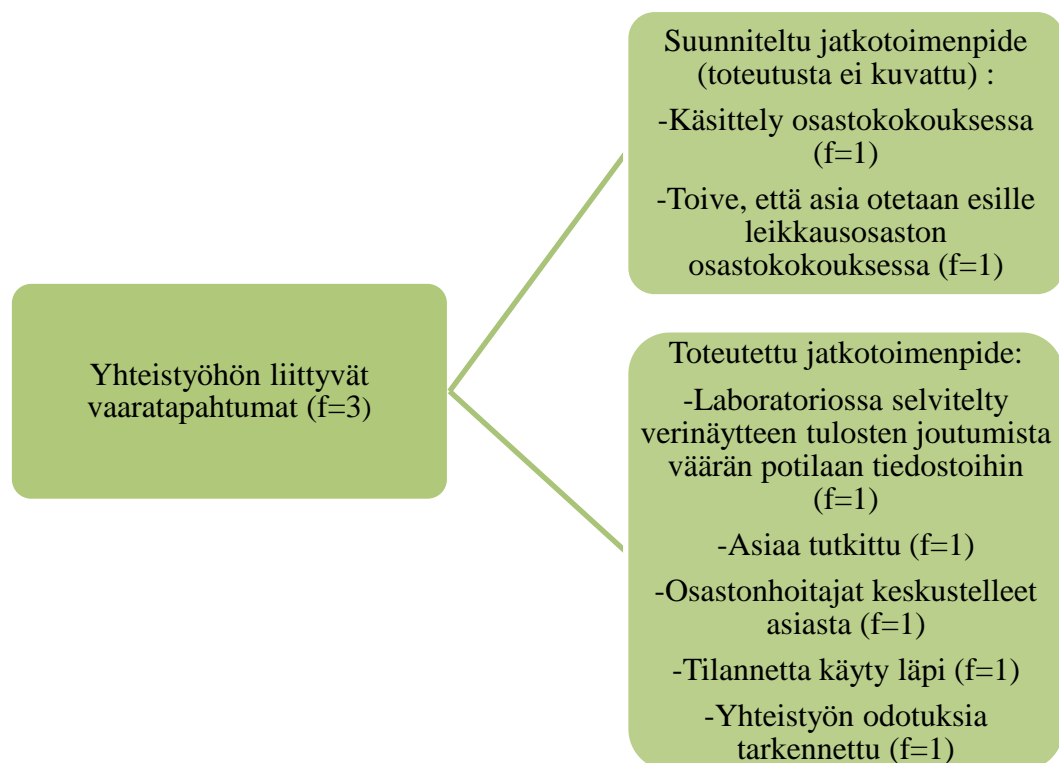
Jatkotoimenpiteiksi oli suunniteltu fyysisen turvallisuuden vaarantumisissa esimerkiksi paremman jatkohoitopaikan suunnittelu ja keskustelu leikkausasetojen laittamisesta. Toteutettuja jatkotoimenpiteitä olivat potilaan ohjaus ohjeiden mukaan ja keskustelu anestesia lääkeiden kanssa. (Kuvio 14.)

6.2.4 Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat

Yhteistyöhön liittyviä vaaratapahtumailmoituksia aineistosta oli 12 % (f=3). Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat tarkoittivat tilanteita, joissa väärän potilaan laboratoriovastaukset olivat joutuneet potilaan tiedostoihin (f=1), potilaan preoperatiivinen hoitosukkamittaus oli jäänyt tekemättä (f=1) ja tilannetta, jossa leikka-

uosaston päivystyssali oli huonosti täytetty päiväkirurgian käytettyä salia (f=1). (Kuvio 15.) Yksi ilmoituksista oli merkitty läheltä piti –tapahtumaksi (f=1, 33 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Sal 3 dåligt påfylld...sal 3 fungerar ändå som dej.sal.” (Läheltä piti –tapahtuma)



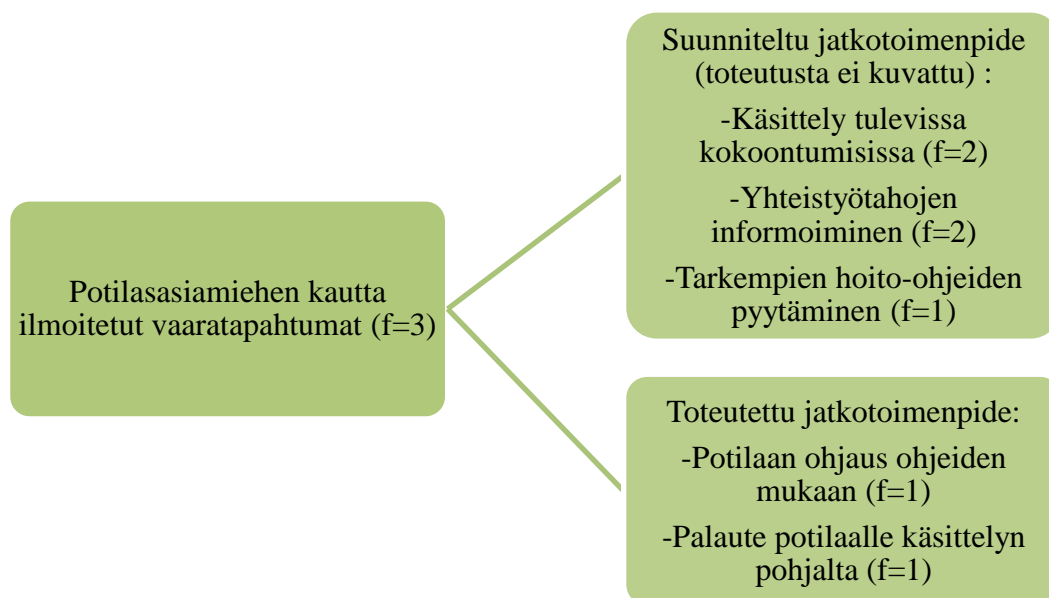
Kuvio 15 Yhteistyöhön liittyvät vaaratapahtumat -aiheen jatkotoimenpiteet

Jatkotoimenpiteiksi yhteistyöhön liittyvissä vaaratapahtumissa (Kuvio 15.) oli suunniteltu käsittely osastokokouksessa ja esitetty toive, että asia otetaan esille leikkausosaston osastokokouksessa. Toteutuneita jatkotoimenpiteitä olivat esimerkiksi tilanteen läpikäyminen ja yhteistyön odotusten tarkentaminen.

6.2.5 Potilasasiamiehen kautta ilmoitetut vaaratapahtumat

Potilasasiamiehen kautta tehtyjä vaaratapahtumailmoituksia oli 11 % (f=3) aineistosta. Kahdessa ilmoitetussa tapauksessa potilas oli ollut tyytymätön saamaansa hoitoon päiväkirurgian yksikössä ja yhdessä tapauksessa potilaan leikkaus oli epäonnistunut. (Kuvio 16.) Kaikki olivat ”Tapahtui potilaalle” –tapahtumia (f=3, 100 %). Seuraavassa lainaus yhdestä ilmoituksesta:

”Patienten varit inne för en knäoperation, knäet blev ej bra, därför skulle patienten kunna göra en patientskadeanmälan.”

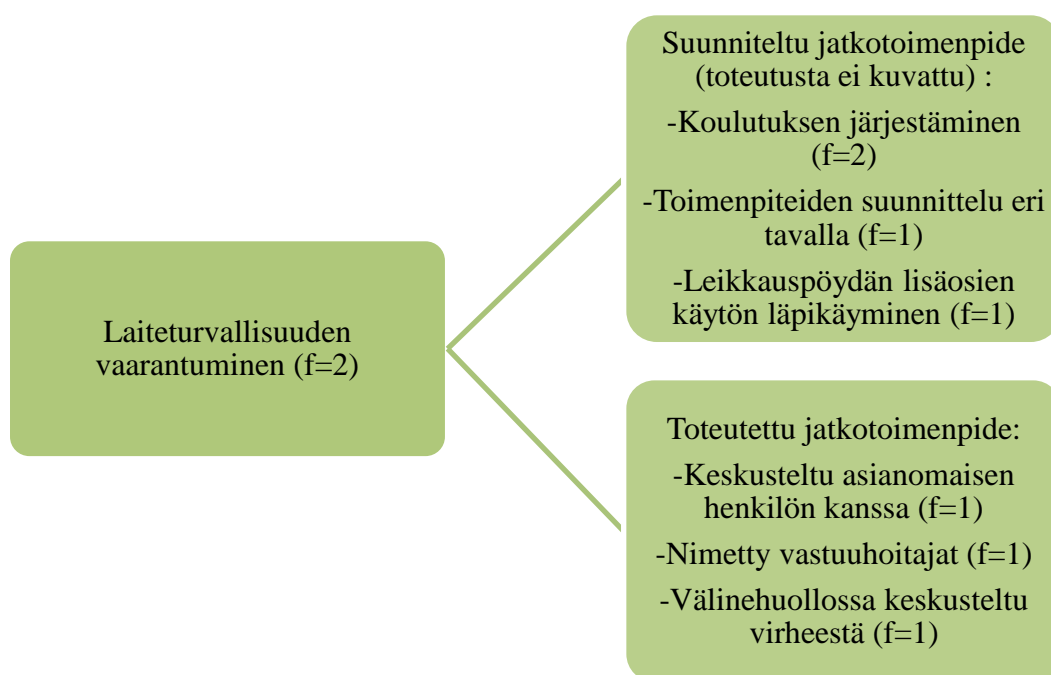


Kuvio 16 Potilasasiamiehen kautta ilmoitettujen vaaratapahtumien jatkotoimenpiteet

Yleisimpiä suunniteltuja jatkotoimenpiteitä potilasasiamiehen kautta ilmoitettuihin vaaratapahtumiin olivat käsittely tulevissa kokoontumisissa ja yhteistyötahojen informoiminen. Toteutuneet jatkotoimenpiteet olivat potilaan ohjaus ja palautteen antaminen potilaalle käsittelyn pohjalta. (Kuvio 16.). Yksi ilmoituksista odotti edelleen käsittelyä analysoinnin aikana, joten tietoa jatkotoimenpiteistä ei ollut saatavilla.

6.2.6 Laiteturvallisuuden vaarantuminen

Laiteturvallisuuden vaarantumista kuvasi 8 % (f=2) vaaratapahtumailmoituksista. Toinen laiteturvallisuuden vaarantumiseen liittyvä tapahtuma oli leikkauspöydän lisäosan tippuminen hoitajan jalalle, tämän yrittäessä kiinnittää sitä. Toisessa tapauksessa containerin (kannellinen laatikko, johon pakataan leikkauksessa käytettävät välineet) sisältö oli väärä. (Kuvio 17.) Toinen ilmoituksista oli läheltä piti – tapahtuma (f=1, 50 %).



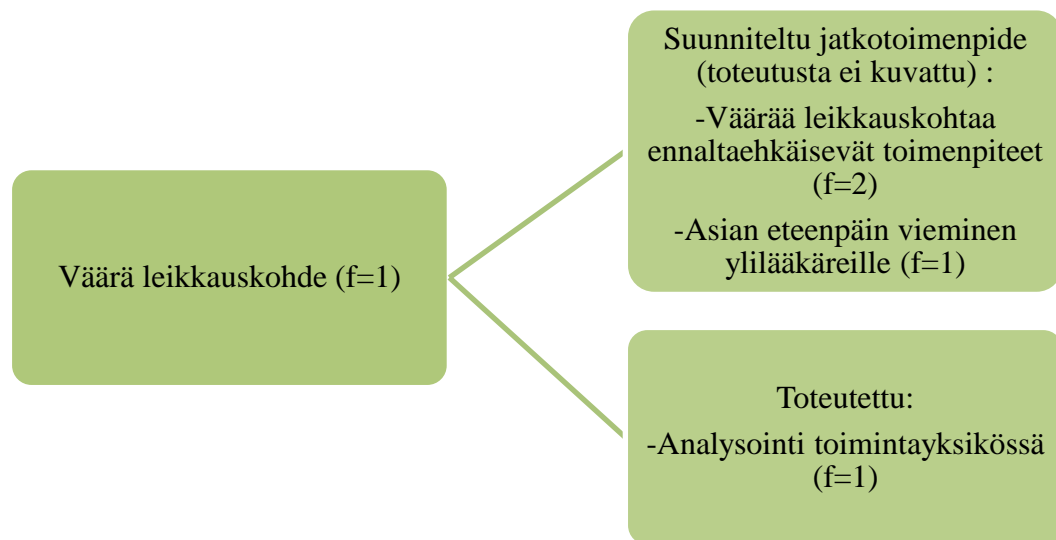
Kuvio 17 Laiteturvallisuuden vaarantuminen –aiheen jatkotoimenpiteet

Laiteturvallisuuden vaarantumisen jatkotoimenpiteiksi oli suunniteltu koulutuksen järjestämistä ja leikkauspöydän lisäosien käytön läpikäymistä. Toteutunut jatkotoimenpide oli esimerkiksi vastuuhoidajien nimeäminen. (Kuvio 17.).

6.2.7 Väärä leikkauskohde

Vaaratapahtumailmoituksista 4 % (f=1) kuvasi tilannetta, jossa leikkauskohta oli väärä. Väärä leikkauskohde oli tapahtui potilaalle –tapahtuma (f=1, 100 %). (Ku-

vio 18.) Ilmoituksen perusteella oli suunniteltu kaksi väärää leikkauskohtaa ennaltaehkäisevää toimenpidettä: leikkauskohdan tarkistus ja leikkauskohdan merkitseminen ennen toimenpidettä sekä kehoitus käyttää kirurgista tarkistuslistaa. Toteutettu jatkotoimenpide oli asian analysointi toimintayksikössä.



Kuvio 18 Väärä leikkauskohde –aiheen jatkotoimenpiteet

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla vaaratapahtumailmoitusten aiheita ja niiden perusteella tehtyjä jatkotoimenpiteitä päiväkirurgian yksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla päiväkirurgian yksikön henkilökunta voi kehittää potilasturvallisuutta. Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan tutkimusongelmittain erikseen vuosilta 2007-2008 ja 2009-toukokuuhun 2011.

7.1.1 Vaaratapahtumailmoitusten aiheet

Ensimmäisessä tutkimusongelmassa tarkoitus oli selvittää mistä aiheista vaaratapahtumailmoituksia oli tehty päiväkirurgian yksikössä. Vuosien 2007-2008 aikana yleisimmin ilmoitettu vaaratapahtuma liittyi lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen. Luokka käsitti neljäsosan kaikista vaaratapahtumailmoitusten aiheista. Tulos on vastaavanlainen verrattuna useiden tutkimuksien tuloksiin, joissa lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat ovat olleet yleisimpiä. (Ruuhilehto ym. 2011; Keistinen ym. 2008; Kuisma 2010; Sundhesstyrelsen 2008.) Toiseksi yleisin ilmoitettu vaaratapahtuma liittyi tiedonkulkuun (22 %). Myös Kuisman (2010) ja Keistisen ym. (2008) tutkimuksissa tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat olivat toiseksi yleisimpiä. Ruuhilehdon ym. (2011) ja Sundhesstyrelsen (2008) tutkimuksissa todettiin myös melko usein kommunikoinnissa ja tiedonkulussa ongelmia.

Vuosien 2009-toukokuu 2011 aikavälillä yleisin ilmoitettu vaaratapahtuma liittyi tiedonkulkuun (27 %). Kuisman (2010) tutkimuksessa tiedonkulkuun liittyvät vaaratapahtumat olivat toiseksi yleisimpiä erikoissairaanhoidossa. Keistisen ym. (2008) tutkimuksessa tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvät ilmoitukset olivat olleet myöskin toiseksi yleisimpiä. Myös Ruuhilehdon ym. (2011) ja Sundhesstyrelsen (2008) tutkimuksissa tiedonvälityksen puutteet olivat melko yleisiä. Tässä tutkimuksessa lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen liittyvät vaaratapahtumailmoitukset olivat 2009- toukokuu 2011 aineistossa toiseksi yleisin vaaratapahtumailmoituksen aihe, kun taas Ruuhilehdon ym. (2011), Keistisen ym. (2008),

Kuisman (2010) ja Sundhesstyrelsen (2008) tutkimuksissa lääke- ja nestehoitoon liittyvät vaaratapahtumat olivat yleisimpiä.

Molemmista aineistoista (2007-2008 ja 2009-toukokuu 2011) suurimmat vaaratapahtumailmoitusten aiheita kuvaavat luokat liittyivät lääkitysturvallisuuden vaarantumiseen ja tiedonkulun ongelmiin. Yhteensä nämä luokat käsittivät lähes 50 % molemmista aineistoista. Samantyyppisiin tuloksiin ovat päätyneet myös Ruuhilehto ym. (2011), Keistinen ym. (2008) ja Kuisma (2010).

Vuosien 2007-2008 ja 2009-toukokuu 2011 aineistojen yhteenlaskettu läheltä piti -tapahtumien osuus oli 57 %, kun taas Keistisen ym. (2008) tutkimuksessa niiden osuus oli ollut 51,2 %, sekä Ruuhilehdon ym. (2011) ja Kuisman (2010) tutkimuksissa noin 40 %.

Läheltä piti -tapahtumiksi oli merkitty vuosien 2007-2008 aineistosta 63 %. Kuisman (2010) ja Ruuhilehdon ym. (2011) tutkimuksissa läheltä piti -tapahtumien osuus oli ollut 40 prosentin luokkaa. Suurempi läheltä piti -tapahtumien määrä tässä voi johtua siitä, että tässä aineistossa oli ilmoitettu esimerkiksi hoitajille tapahtuneita vaaratapahtumia kuten pistotapaturmat, jotka oli merkitty läheltä piti -tapahtumiksi, vaikka hoitajalle tapahtuneesta oli aiheutunut haittaa. Aineistossa oli myös muita läheltä piti -tapahtumiksi merkittyjä vaaratapahtumailmoituksia, jotka analyysin tekijöiden arvion mukaan olisi ehkä mieluummin kuulunut merkitä tapahtui potilaalle -tapahtumaksi.

Läheltä piti -tapahtumiksi oli merkitty vuosien 2009-toukokuu 2011 aineistossa 50 %, eli tapahtui potilaalle -tapahtumien prosentuaalinen osuus oli noussut edellisistä vuosista. Tämä voisi johtua siitä, että vuosien 2009-toukokuu 2011 aineistoon ei ollut ilmoitettu yhtä paljon henkilökunnalle tapahtuneita vaaratapahtumia, jotka merkitään aina läheltä piti -tapahtumiksi. Vaikka tapahtui potilaalle -ilmoitusten prosentuaalinen osuus oli noussut, se ei siis välttämättä merkitse, että potilasturvallisuus olisi heikentynyt.

7.1.2 Vaaratapahtumailmoitusten jatkotoimenpiteet

Toisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää millaisia jatkotoimenpiteitä vaaratapahtumailmoitusten johdosta oli suunniteltu ja tehty. Analyysissa eriteltiin kuvaukset suunnitelluista jatkotoimenpiteistä, joiden toteutuksesta ei ollut kuvausta, sekä kuvaukset toteutetuista jatkotoimenpiteistä. Vuosien 2007-2008 vaaratapahtumailmoitusten yleisin suunniteltu jatkotoimenpide oli asian käsittely tulevaisissa kokoontumisissa kuten osastokokouksissa. Toiseksi yleisin suunnitelma oli yhteydenotto yhteistyötahoihin ja kolmanneksi yleisin oli lääkäreiden informoiminen ja keskustelu heidän kanssaan. Koulutusta oli myös suunniteltu järjestettävän suunnitelluissa jatkotoimenpiteissä. Ruuhilehdon ym. (2011) tutkimuksessa yleisin ehdotus vastaavan tapahtuman estämiseksi oli informointi tapahtuneesta (56 %), mutta tutkimuksessa ei ollut eritelty mitä informointi tapahtuneesta pitää sisällään. Tässä tutkimuksessa suunnitellut jatkotoimenpiteet olivat käsittely tulevaisissa kokoontumisissa, yhteydenotto yhteistyötahoihin ja lääkäreiden informoiminen ja keskustelu heidän kanssaan. Yleisin toteutettu jatkotoimenpide oli yhteydenotto yhteistyötahoihin. Aiempaa tutkimusta muissa organisaatioissa toteutetuista jatkotoimenpiteistä ei löytynyt.

Vuosien 2009-toukokuu 2011 yleisin suunniteltu jatkotoimenpide oli käsittely tulevaisissa kokoontumisissa. Toinen yleinen suunniteltu jatkotoimenpide oli yhteydenotto yhteistyötahoihin. Ruuhilehdon ym. (2011) tutkimuksessa yleisin ehdotus vastaavan tapahtuman estämiseksi oli informointi tapahtuneesta. Tässä tutkimuksessa suunnitellut jatkotoimenpiteet olivat käsittely tulevaisissa kokoontumisissa ja yhteydenotto yhteistyötahoihin. Yleisimmät toteutetut jatkotoimenpiteet olivat käsitelty kokoontumisissa ja yhteydenotto yhteistyötahoihin. Aiheesta ei löytynyt aiempaa tutkimusta.

7.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Kaikessa tieteellisessä toiminnassa keskeinen aihe on tutkimuksen eettisyys (Kankkunen ym.2009: 172). Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu (Kankkunen ym. 2009: 176). Tämän tutkimuksen aihe-ehdotus saatiin sen

kohdeorganisaatiolta ja sen tekemiseen saatiin tutkimuslupa organisaatiosta ennen tutkimusaineiston saantia. Tutkimusaineistona käytetyt HaiPro-ilmoitukset olivat anonyymejä, joten niistä ei selvinnyt ilmoituksen tekijä, eivätkä muut tapahtumaan osalliset henkilöt. Opinnäytetyöraportissa ei mainita tietoja, joista organisaatio voitaisiin tunnistaa. Tällä tavoin varmistettiin, ettei tutkittavalle organisaatiolle aiheudu tutkimuksesta vahinkoa. (Kankkunen ym.2009: 176, 180.) Tulosten raportoinnissa käytetyt suorat lainaukset on valikoitu etiikan näkökulman mukaan siten, että niistä ei voi tunnistaa ilmoittajaa tai muita osallisia. (Kankkunen ym. 2009: 160.) Tutkimusaineisto eli HaiPro-ilmoitukset olivat paperiversioita ja ne säilytettiin salassa pidetyssä paikassa (Kankkunen ym. 2009: 179). Opinnäytetyön valmistuttua tutkimusaineisto tuhottiin.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus on ollut huolenaihe monissa metodikirjoissa. Holistisista harhaluuloista tai virhepäätelmistä varoitetaan tutkimuskirjallisuudessa, sillä kvalitatiivista tutkimusta tekevä työskentelee yleensä yksin ja tällöin voi tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. (Kankkunen ym. 2009: 159.) Tässä tutkimuksessa aineistoa on analysoinut kaksi opinnäytetyön tekijää, jolloin tutkimuksen luotettavuus lisääntyy. Toinen analysoi vuosien 2007-2008 aineiston ja toinen tutkija arvioi analyysin tulokset. Vastaavasti toinen analysoi 2009-toukokuu 2011 aineiston ja toinen arvioi sen analyysin tulokset. Aineiston pelkistämävaiheessa vaikeimpien pelkistettävien alkuperäisilmauksien kohdalla molemmat pelkistivät alkuperäisilmaukset erikseen ja niitä verrattiin toisiinsa. Tällä tavoin varmistettiin, että pelkistämävaihe oli mahdollisimman luotettava.

Luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden ja siirrettävyyden näkökulmista. Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että aineiston analyysiprosessi on kuvattu ja sitä on havainnollistettu (taulukko 1 ja kuvio 1). Raportoinnissa on pyritty täsmälliseen sanalliseen kuvailuun ja tuloksia on havainnollistettu kuvioin. Uskottavuutta lisäävät myös tutkimuksen raportissa käytetyt autenttiset, suorat lainaukset. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, missä määrin tutkimuksen tulokset voisivat päteä jossain muussa kontekstissa (Kankkunen 2009: 160). Samantyyppisiä tulok-

sia kuin tässä tutkimuksessa voitaisiin mahdollisesti saada esimerkiksi muiden suomalaisten sairaaloiden päiväkirurgian yksiköissä.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta heikentää suhteellisen pieni aineiston määrä, keskimäärin 13 ilmoitusta vuodessa. Kaikki ilmoitetuista vaaratapahtumista eivät olleet vaaratapahtumailmoituksia vaan lähinnä tilannekuvauksia ja niistä ei selvinnyt vaaratapahtumailmoituksen aihetta, joten nämä ilmoitukset jouduttiin jättämään aineiston analyysin ulkopuolelle. Näiden ilmoitusten analyysin ulkopuolelle jättäminen pienensi aineistoa edelleen. Aineiston pienuudesta johtuen tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voidaan pitää suuntaa antavina ja ne kuvaavat mitä vaaratapahtumia tutkimuksen kohteena olleessa päiväkirurgian yksikössä ilmoitetaan, ja mitä jatkotoimenpiteitä niiden johdosta suunnitellaan ja toteutetaan.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Vuosien 2007-toukokuu 2011 välisenä aikana vaaratapahtumailmoituksia oli tehty HaiPro-raportointijärjestelmään melko vähän tutkimuksen kohteena olevassa päiväkirurgian yksikössä. Vähäinen vaaratapahtumien määrä on hyvä asia. Toisaalta voi pohtia, onko kaikista vaaratapahtumista tehty ilmoitusta. Jos kaikista ei ole tehty ilmoitusta, voi pohtia saattaisiko syynä vähäiseen ilmoittamiseen olla se, ettei vaaratapahtumia tunnisteta tai koetaanko HaiPro-raportointijärjestelmä hankalakäyttöiseksi tai liikaa aikaa vieväksi. Päiväkirurginen hoitotyö on luonteeltaan kiireistä, jonka takia vaaratapahtumailmoitus saattaa unohtua tehdä kuten Koivunen ym. (2007) ovat tutkimuksessaan todenneet.

Vaaratapahtumien ilmoittamisaktiivisuutta saattaisi lisätä tieto siitä, millaisista asioista vaaratapahtumailmoituksia tulisi tehdä ja miksi niiden ilmoittaminen on tärkeää. Koivunen ym. (2007) mukaan yksi syy vaaratapahtuman ilmoittamatta jättämiseen on turhautuminen, koska ilmoittamisesta huolimatta parannuksia organisaation työtapoihin ei tehdä. Myös ilmoittamisen hankaluus ja aikaa vievyys olivat Koivunen ym. (2007) tutkimuksessa syynä ilmoittamatta jättämiseen.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan tutkimusta, jossa selvitetään hoitohenkilökunnan käsityksiä siitä, millaisista asioista vaaratapahtumailmoitus tulisi tehdä ja miten vaaratapahtumailmoitusten tekemistä voitaisiin aktivoida. Jatkossa olisi myös hyvä selvittää hoitohenkilökunnan asenteiden vaikutusta vaaratapahtumien ilmoittamiseen HaiPro-raportointijärjestelmään, koska tässä tutkimuksessa niiden vaikutus ei selvinnyt. Mielenkiintoista olisi myös tehdä tämän tutkimuksen kanssa vastaavanlainen tutkimus leikkausosastolla. Näin voitaisiin selvittää, ovatko vaaratapahtumat samantyyppisiä leikkausosastolla kuin päiväkirurgian yksikössä.

Potilasturvallisuuden edistämisen kannalta vaaratapahtumat olisi tärkeää ilmoittaa HaiPro-raportointijärjestelmään, tällä tavoin organisaatio saisi tiedon tapahtuneista vaaratapahtumista ja niiden syitä pystyttäisiin analysoimaan ja estämään niiden tapahtumista tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Alfredsdottir, Herdis & Bjornsdottir, Kristin (2007). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 61, nro 1, 29-37.

Chappy, Sharon (2006). Perioperative Patient Safety: A Multisite Qualitative Analysis. *AORN Journal*. Vol 83, nro 4, 871-897.

HaiPro. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. [viitattu 8.9.2011]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa:) <URL: <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>>.

Hautakangas, Anna-Liisa & Horn, Tiina & Pyhälä-Liljeström, Paula & Raappana, Maarit (2003). *Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla*. 1.painos. Porvoo.

Himanen, Marjo-Riitta & Kinnunen, Marina (2010). Vaaratapahtumat-osa terveydenhuoltoa. *Kättilölehti*. Nro 6, 6-7.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. Uudistettu painos. Hämeenlinna. Tammi.

Järvelin, Jutta & Haavisto, Ermo & Kaila, Minna (2010). Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkärilehti*. Vol 65, nro 12, 1123-1127.

Kangas-Saarela, Tuula (2005). Kenelle päiväkirurgia sopii?. *Finnanest*. Vol 38, nro 5, 457-458.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2009). *Tutkimus hoitotieteessä*. 1. painos. WSOYpro.

Keistinen, Timo & Kinnunen, Marina & Holm, Tarja (2008). Vaaratapahtuminen raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen Lääkärilehti*. Vol 63, nro 44, 3785-3789.

Kinnunen, Marina (2009a). Vaaratapahtumien raportoimista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa: *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*, 117-

138. Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.) Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kinnunen, Marina & Keistinen, Timo & Ruuhilehto, Kaarin & Ojanen, Juhani (2009b). Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas 4. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (2009c). Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009, 75-97. Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.) Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Knuuttila, Jari & Ruuhilehto, Kaarin & Wallenius, Jarkko (2007). Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Helsinki: Lääkelaitos.

Kohn, Linda & Corrigan, Janet & Donaldson, Molla (toim.) (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality on Health Care in America, Institute of Medicine. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla www-muodossa: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R1.

Koivunen, Eila & Kankkunen, Päivi & Suominen, Tarja (2007). Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva Hoitotyö. Vol 5, nro 3, 10-15.

Kuisma, Päivi (2010). Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru (2007). Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa (1999). Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol 11, nro 1, 3-12.

L629/2010. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. 24.6.2010.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992.

Niemi-Murola, Leila & Mäntyranta, Taina (2011). Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. *Finnanest*. Vol 44, nro 1, 21-23.

Peltomaa, Karolina (2008). Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Peltomaa, Karolina (2009). Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009, 17-27. Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.) Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

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

Rintanen, Hannu & Vuorenkoski, Lauri & Hämäläinen, Päivi (2010). Voidaanko haittavaikutusten kirjaamista tehostaa? *Suomen Lääkärilehti*. Vol 65, nro 12, 1131-1132.

Ruuhilehto, Kaarin & Kaila, Minna & Keistinen, Timo & Kinnunen, Marina & Vuorenkoski, Lauri & Wallenius, Jarkko (2011). HaiPro – millaisista vaaratapah- tumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? *Duodecim*. Vol 127, nro 10, 1033-1040.

Silén-Lipponen, Marja (2008). Virheet leikkaustiimityössä – suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. *Hoitotiede*. Vol 20, nro 3, 138-150.

Snellman, Erna (2009). Potilasturvallisuus suomessa. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009, 29-41. Kinnunen, Marina & Peltomaa, Karolina (toim.) Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä; Suomalainen potilasturvallisuus strategia. 2. korjattu painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3.

Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (2010). Suomen Lääkärilehti. Vol 65, nro 12, 1134.

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

Sundhesstyrelsen (2008). Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Nyhedsbrev. nro 1.

Viitattu 11.10.2011.Saatavilla www-muodossa:

<http://www.dpsd.dk/Publikationer%20mv/Nyhedsbreve/januar%202008.aspx>.

LIITE 1

HAIPRO ilmoitus - Microsoft Internet Explorer provided by VSVD/VSHP

https://www.awanic.fi/haipro/21/lomake.asp

File Edit View Favorites Tools Help

Etusivu Ohje

In English | Pö ruenska

HaiPro - Ilmoitus

[Sisäiset sivut](#)

Ilmoituksen pvm: 30.9.2011

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Osasto/yksikkö Lomakkeen täyttäjän yksikkö (*)

Valitse

Yksikkö, jossa tapahtui (*)

Valitse

Ilmoittajan ammattiryhmä Valitse

Tapahtuma

Tapahtuma-aika (*)

Pvm (p.k.vvvv): Ei tiedossa

Kellonaika: : 00 Ei tiedossa

Tapahtuman luonne (*)

läheltä piti tapahtui potilaalle

Täytetään myös työturvallisuusilmoitus

Tapahtumapaikka Valitse

Tapahtuman tyyppi Ei tiedossa

Tapahtuman kuvaus (*) Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle.

Kuava lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.

Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?

[Tulosta ilmoitus](#)

Done Internet 100%

Kuva 1 HaiPro raportointijärjestelmän ilmoittajan näkymä