

SUSAN ARMINEN, MARINA  
KINNUNEN, RISTO P. ROINE,  
LEENA-MAIJA AALTONEN

## Miksi on hyvä kysymys

Jotta potilaiden hoitoa voidaan kehittää turvallisemmaksi, toiminnan puutteet ja heikkoudet tulee tunnistaa. Miksi-kysymyksillä on porauduttava häittatapahtumien juurisyihin saakka.

### KIRJALLISUUTTA

- Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta
- 1 Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry 2012. [www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/documents/vakavien\\_opas.pdf](http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/documents/vakavien_opas.pdf)
  - 2 Duodecim oppiportti. Potilasturvallisuuden verkkokurssi (julkaistu 23.1.2015). [www.oppiportti.fi/op/okk00002](http://www.oppiportti.fi/op/okk00002)
  - 3 Aaltonen L-M, Rosenberg P, toim. Potilasturvallisuuden perusteet. Kustannus Oy Duodecim 2013.

Potilaalle vakavaksi arvioitun vaaratapahtuman tutkinnan tavoitteena on organisaation oppiminen. Tutkinta auttaa ymmärtämään, mitä tapahtui, minkä tekijöiden vaikutuksesta ja minkälaiset olivat tapahtumahetken olosuhteet. Toimintaa pyritään muuttamaan niin, että vastaava voidaan estää.

Suomessa vakavien vaaratapahtumien selvityksessä käytetään yleisimmin Potilasturvallisuusyhdistyksen oppaassa kuvattua tutkintamenettelyä. Siinä selvityksen tekevät koulutetut asiantuntijat, ja tapahtuneeseen myötävaikuttaneet tekijät ja olosuhteet käydään tarkasti läpi.

Myös kevyempiä malleja on kehitetty. Esimerkiksi HUS on käyttänyt jo useamman vuoden ajan ns. Ishikawa- tai kalanruoto-malliin perustuvaa juurisyysanalyysiä, jonka avulla tunnistetaan toiminnassa ilmeneviä poikkeamia. Selvitysryhmä kootaan yhden tai useamman yksikön työntekijöistä – huomioiden potilaan hoitoprosessin kulku häittatapahtuman synnyssä. Mukaan otetaan kokeneita klinikoita ja hoitajia sekä esimiehiä, ja laatupäällikkö toimii

tuurissa asianosaiset usein haluavat mukaan vakavan häittatapahtuman käsittelyyn.

Seuraavassa kuvataan, kuinka eräs vakava häittatapahtuma purettiin opiksi.

### Esimerkki: antibiootit unohtuivat

Aamuyön pikkutunteina vuodeosastolle tuotiin päivystyksestä iäkäs potilas useita päiviä kestäneen korkean kuumeen, yleistilan laskun ja hengitysvaikeuksien vuoksi. Puhelinraportissa kerrottiin, että lääkitys oli kirjattu potilastietojärjestelmään ja että potilas oli saanut kipulääkkeen päivystyksessä.

Vuodeosasto oli täynnä ja hoitajat kuormittuneita. Vastaanottanut hoitaja tulosti potilaan lääkekortin, jakoi sen mukaan lääkkeitä vuorokaudeksi eteenpäin ja varmisti vielä potilaalta, että kipulääke oli auttanut. Seuraavana yönä potilaan tila romahti, ja hänet siirrettiin tehohoitoon. Siirron yhteydessä huomattiin, ettei potilas ollut saanut vuodeosastohoidon aikana lainkaan kahta hänelle määrättyä suoneen annettavaa antibioottia.

### Kuormitus altisti lipsumisille

Edellä kuvatusta tapahtumasta tehtiin HaiPro-ilmoitus, joka käsiteltiin pienryhmässä juurisyysanalyysillä. Useita poikkeamia löytyi:

1. Potilaan lääkemääräykset oli viety potilastietojärjestelmän moniammatillisiin määräyksiin, vaikka ohjeena oli kirjata ne suoraan lääkehoito-osioon, josta ne tulostuvat suoraan lääkekortille.

2. Siirtoportissa ei mainittu erikseen suoneen annettavaa antibioottihoitoa eikä sitä, ettei määräystä ollut kirjattu lääkehoito-osioon. Lääkkeiden kirjauksesta potilastietojärjestelmään kerrottiin vain yleisesti, tarkentamatta, mihin siellä. Kotona otettavat lääkkeet oli kirjattu ohjeiden mukaisesti, mutta sairaalassa määrättyjä ei.

3. Yövuorossa työskennellyt väsynyt hoitaja oli tulostanut lääkekortin ja jakanut lääkkeitä sen mukaisesti vuorokaudeksi – ajattelematta kortin kirjauksia sen tarkemmin.

### Ohje ei koske minua -ajattelu lisää virheiden mahdollisuuksia.

tapaamisen puheenjohtajana. Tarvittaessa paikalle kutsutaan myös muiden ammattiryhmien edustajia. Tapahtuman kulku käydään yksityiskohtaisesti läpi, poikkeamat kirjataan ja kullekin poikkeamalle etsitään perimmäistä syytä miksi-kysymysten avulla. Syytä etsitään laitteiden, prosessien, ihmisten, materiaalien, ympäristön ja johtamisen näkökulmista.

Häittatapahtumailmoitus tehdään HaiPro-järjestelmään, ja käsittely tapahtuu nimettömästi, yksilöitä syyllistämättä. Kokemus on kuitenkin osoittanut, että avoimessa ilmapiirissä ja kehittyneessä potilasturvallisuuskult-

4. Hoitaja ei noudattanut ohjeistusta siitä, että yövuorossa jaetaan ainoastaan vuoron aikana annettavat lääkkeet.

5. Muissa vuoroissa työskennelleet hoitajat eivät noudattaneet lääkkeiden jaon kaksoistarkistuksen ohjetta, vaan veivät etukäteen jaetut lääkkeet potilaalle selvittämättä, mitä lääkkeitä potilaalle oli jaettu ja määrätty.

6. Hoitajat eivät tarkistaneet moniammatillisia määräyksiä, vaikka ohjeistuksen mukaan niitä tulee seurata säännöllisesti koko työvuoron ajan.

Tapahtuman syntyyn vaikutti merkittävästi se, ettei lääkemääräystä ollut kirjattu ohjeen mukaisesti lääkahoito-osioon.

Vastaavan tyyppiset tapahtumat ovat arkipäivää päivystävillä vuodeosastoilla. Tietämättömyys ohjeista ja ”ohje ei koske minua” -ajattelu lisäävät virheiden mahdollisuuksia. Myös kiire, väsymys, tarkistuslistojen käytön laiminlyönti ja työn rutiininomainen suorittaminen ilman ajattelun aikalisäitä kasvattavat haittatapahtumien vaaraa.

### Käytännöt kuntoon

Juurisyyanalyysin tulosten perusteella suunnitellaan korjaavat toimenpiteet. Niiden toteuttamiselle nimetään vastuuhenkilöt ja aikataulu. Tärkeää on myös seurata, että kaikki sitoutuvat toimimaan uuden mallin mukaisesti.

Edellä kuvatun vakavan haittatapahtuman vuoksi tehtiin useita parannuksia:

1. Jokainen lääkäri koulutettiin lääkahoito-osion käyttäjäksi. Koulutus sisällytettiin myös uusien lääkäreiden perehdytykseen.

2. Esimiehet alkoivat seurata virheellisesti tehtyjä lääkemääräyksiä, ja poikkeamista tehtiin aina HaiPro-ilmoitus.

3. Päivystyksen siirroissa siirryttiin rakenteeseen raportointimalliin (ISBAR), ja potilassiirron tarkistuslista otettiin käyttöön.

4. Vuodeosaston hoitohenkilökunnalle kerrettiin lääkeshoidon toteutusta ja potilastietojärjestelmien käyttöä koskevat ohjeet, ja ohjeiden mukainen toiminta varmistettiin. Ohjeistus otettiin myös osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä.

5. Yövuorossa sovittiin jaettavan ainoastaan ne lääkkeet, joita juuri silloin tarvitaan. Yövuoron hoitaja ei enää jakaisi tulevien vuorojen lääkkeitä.

6. Osastolla alettiin jakaa lääkkeitä antoajankohdan mukaan, eikä niitä enää jaettu vuoro-

### MITÄ VIISAS OPPII

- Lääkehoidon prosessiin kuuluu useita vaaranpaikkoja. Virheilistä suojaa yhteisesti sovittujen toimintatapojen noudattaminen.
- Vakavien vaaratapahtumien käsittelykäytännöt vaihtelevat koulutettujen asiantuntijoiden tekemistä laajoista selvityksistä kevyempiin, laatupäällikön johdolla tehtäviin juurisyyanalyysiin.
- Potilasturvallisuus paranee vain sitoutumalla korjaaviin toimiin.

kaudeksi kerrallaan. Kukin hoitaja huolehtisi omien potilaidensa lääkkeiden jaosta ajallaan.

7. Osastolle hankittiin lääkkeen jaon kaksoistunnistusta helpottava sovellus, jonka avulla voidaan tarkistaa eri lääkkeiden ulkonäkö. Lisäksi esitettiin, että osastolle palkattaisiin osastofarmaseutti.

HUS:n HaiPro-järjestelmässä on toiminto juurisyyanalyysiä ja kehittämistoimien kirjaamista varten. Potilasturvallisuuden ohjausryhmän alajaostot kokoontuvat säännöllisesti jakamaan tietoa vakavista haitoista sekä korjaavista toimenpiteistä, ja parhaat opit jaetaan koko sairaanhoitopiirille. ●