

# *Vakavien vaaratapahtumien tutkintamenettely*

*Mistä tutkinnassa on kyse?*

# Miksi vaaratapahtumien selvittelyä?

- Organisaation sisäinen menettely prosessipoikkeamien selvittelyyn
- parantaa potilasturvallisuutta
- oppiminen ( tunnistaa toiminnan heikkoudet/puutteet)
- tutkinta auttaa ymmärtämään, mitä tapahtui, mitkä olivat olosuhteet, mitkä tekijät vaikuttivat tapahtuman syntymiseen
- tutkinnan perusteella pyritään muuttamaan toimintaa – estää vastaava tapahtumasta uudelleen
- Tarkastellaan toimintajärjestelmää ja sen sisältämiä turvallisuuden hallintakeinoja (eivät toimineet tarkoitetulla tavalla)
- Käytössä myös kansainvälisesti

# Vertailun vuoksi: Laki tie- ja maastoliikenne- onnettomuuksien tutkinnasta

”Tutkinnassa selvitetään liikenneonnettomuuden kulku, riskitekijät, seuraukset ja olosuhteet liikenneonnettomuuden syiden selvittämiseksi ja niistä johtuvien onnettomuuksien ehkäisemiseksi vastaisuudessa.

Tutkinnan perusteella tehdään tarvittavat esitykset liikenneturvallisuustoimenpiteiksi.”

# Mikä on vakava vaaratapahtuma (JYL 7.5.14)

- johti tai olisi voinut johtaa kuolemaan tai hengenvaaraan
- johti tai olisi voinut johtaa sairaanhoidon aloittamiseen tai jatkamiseen sekä huomattavia terveysvaikutuksia
- aiheutti tai olisi voinut aiheuttaa merkittävän pysyvän vamman, haitan, toimintakyvyn heikkenemisen, synnynnäisen epämuodostuman tai anomalian
- suoritettu virheellinen toimenpide, toimenpidekohta väärä tai hoito annettu väärälle potilaalle tai hoito jäänyt merkittävin osin antamatta

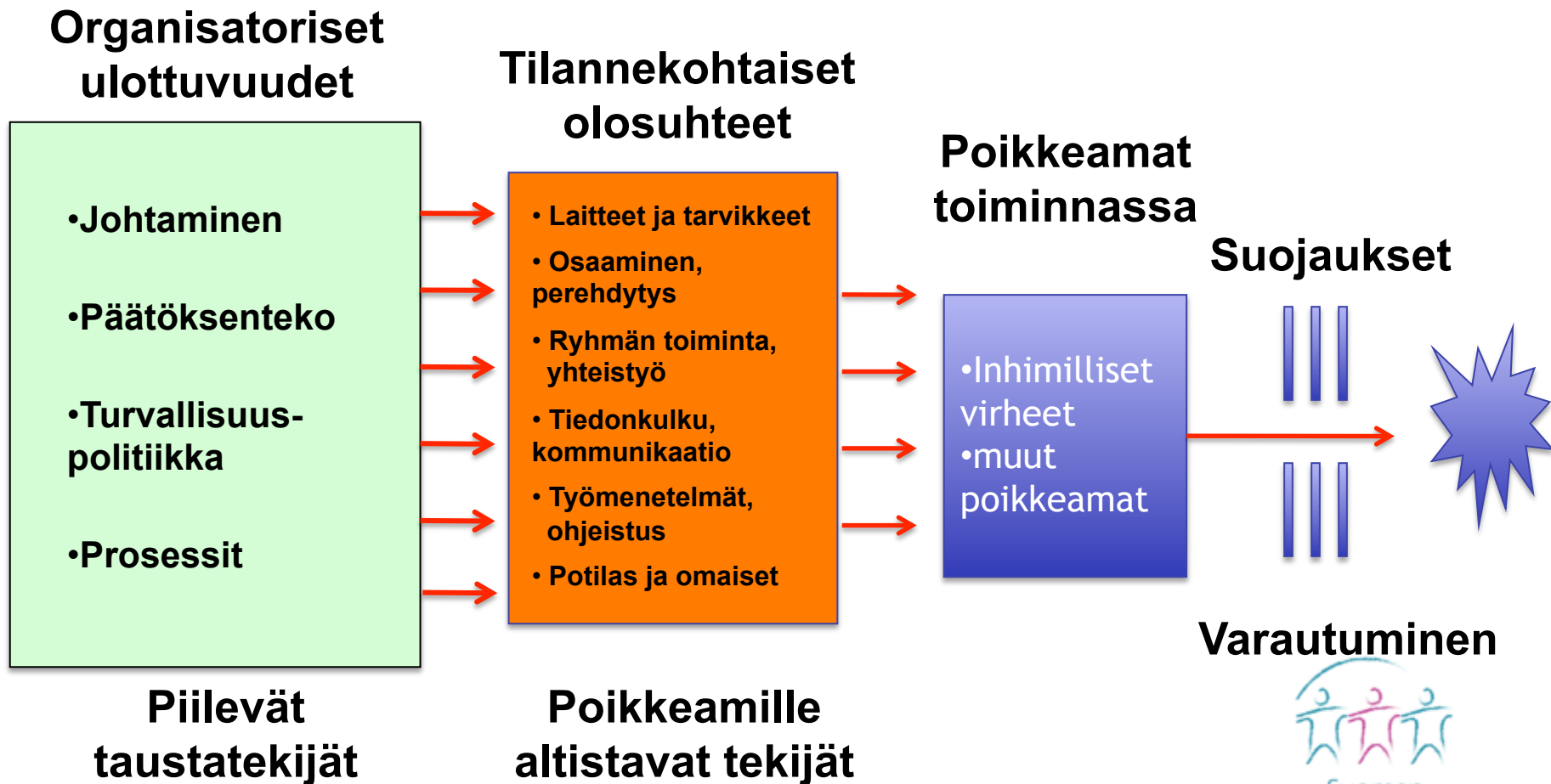
# Vakavien vaaratapahtumien tutkintamenettely

- Tavoitteena prosessin poikkeamien taustalla olevien systeemitekijöiden löytäminen
- Perustuu Root Cause Analysis (RCA) -metodologiaan (huomioiden että tapahtumiin ei ole yhtä syytä)
- Täydentää vapaaehtoiseen vaaratapahtumien raportointiin perustuvaa kehittämistä
- Vastaa potilasturvallisuusstrategian vaatimukseen erillisestä menettelytavasta vakavien vaaratapahtumien käsittelyyn

# Miksi tarvitaan tutkintamenettely?

- Tarjoaa johdonmukaisen mallin tapahtuman jälkikäteiseen tarkasteluun
- Strukturoitu analyysi takaa yleensä paremman tuloksen kuin epämuodollinen päättely tapahtuman syistä
- Henkilöstö koee ennalta tiedossa olevan johdonmukaisen lähestymistavan vähemmän uhkaavana kuin muodoltaan vaihtelevat menettelytavat
- Ennalta tiedossa oleva systeemitekijöihin kohdistuva analyysimenetelmä tukee avoimen ja syyllistämättömän ilmapiirin kehittämistä

# Tutkinnan viitekehys





# *Tutkintaprosessi*

# Tutkintaprosessi

Päätös tutkinnan käynnistämisestä	Esim. johtajaylilääkäri
Tutkintaryhmän valinta	Kokoonpano tapahtuman mukaan
Tiedonhankinta	Haastattelut, dokumentaatio, ym.
Tapahtumien kulun kuvaaminen	Faktoihin perustuen
Poikkeamien tunnistaminen	Analyysin rajaaminen
Myötävaikuttaneiden tekijöiden analysointi	Vaatii toimintatavan lisäksi osaamista
Suosittelujen tekeminen ja käsittely	Tavoitteena pitkävaikutteinen muutos

# Tutkinnan käynnistäminen

- Tieto tapahtumasta → päätös tutkinnasta
- Tutkinnan laajuus ja organisointi tapahtuman luonteen mukaan
- Tutkintaryhmän muodostaminen
- Ilmoittaminen tutkinnan aloittamisesta (henkilökunta, potilas, omaiset)

# Tutkintaryhmä

- Tutkintaosaaminen ja sisältöasiantuntijuus
- Tapahtumayksiköstä vai sen ulkopuolelta?  
(mahdollinen jääviys, ulkopuolisen näkökulman hyödyt)
- Mahdollisuus erillisten asiantuntijoiden konsultointiin
- Ryhmän koko tutkinnan laajuuden mukaan
- Tyypillisesti työpari – käsittely koko tutkijatiimin kanssa muutamia kertoja tutkinnan eri vaiheissa

# Tiedottaminen henkilöstölle ja potilaalle

- Tieto tutkinnan aloittamisesta
- Tieto siitä, mikä tutkinnan tavoite on (selkeä viesti että tutkinnan tavoite on kehittää toimintaa – ei etsiä syyllisiä)
- Lisätietoja antavien henkilöiden tiedot

# Tutkintaprosessi VSHP:ssa

- Vakavien vaaratapahtumien tutkinta on hyväksytty laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmassa ja noudattaa aina samanlaista prosessia.
- Henkilöstön on oltava tietoinen menettelystä ja osattava toimia vakavan vaaratapahtuman sattuessa
- Klinikaryhmän johto sekä lähiesimiehet ovat vastuussa tiedottamisesta sekä osaamisen varmistamisesta.

# Tieto tapahtumasta

- Tieto vakavasta vaaratapahtumasta

(vaaratahtumailmoitus, potilaalta: kantelu,  
henkilöstö: sähköposti/puhelimitse)

- Tieto voi tulla monella tapaa

# Päätös selvityksestä

- JYL päättää aloittamisesta
- Tutkijaryhmä nimetään
- Tutkinnan aloittamisesta informoidaan kyseistä yksikköä, klinikkaryhmän johtajaa ja ylihoitajaa



# *Tiedonhankinta ja tapahtumaketjun kuvaaminen*

# Tiedonhanta

Pyritään saamaan kattavasti tietoa tapahtumasta ja siihen liittyvistä tekijöistä ja olosuhteista

- Potilaan (ja omaisten) kuuleminen
- Henkilöstön kuuleminen, haastattelut
- Potilasasiakirjat
- Työohjeet ja määräykset
- Henkilökunnan koulutustiedot
- Tapahtumapaikkaan tutustuminen
- Teknisten laitteiden käyttöohjeet ja huoltohistoriat
- Aikaisemmat turvallisuus- ja laatuhavainnot

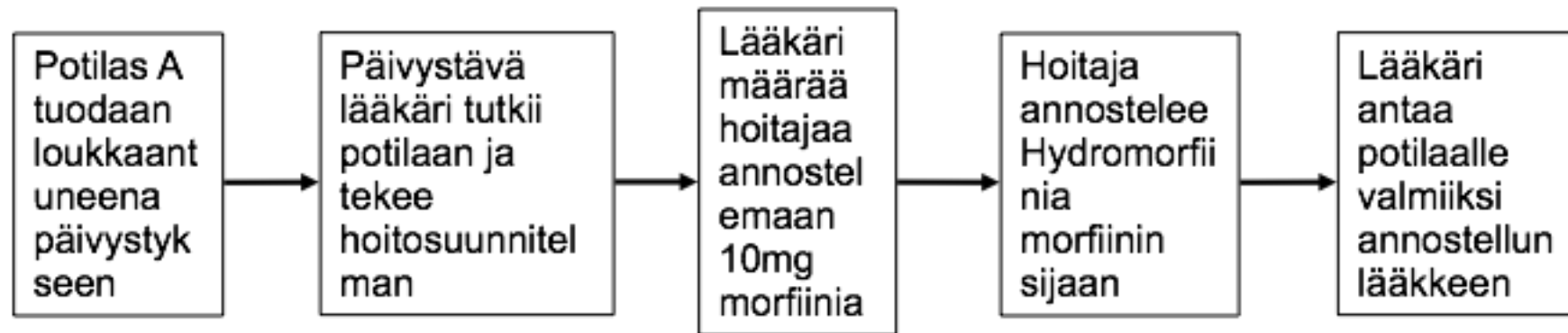
# Tapahtumaketjun kuvaaminen

- Koko tapahtumaketjun kuvaaminen
- Kronologinen järjestys
- Tapahtumaketjun vaiheet riittävän yksityiskohtaisesti (esim. lääkkeen jakaminen, antaminen, ottaminen)
- Aikajärjestykseen kirjatusta tapahtumista tapahtumakaavio analyysin perustaksi

# Tapahtumaketjun kronologinen kuvaus

Aika	Tapahtuma
09.50	Potilas tuodaan ambulanssilla sairaalaan
10.00	Lääkäri tutkii potilaan ja tekee hoitosuunnitelman
10.05	Lääkäri määrää hoitajaa annostelevaan 10mg morfiinia kipuun
10.10	Hoitaja annostelee morfiinin sijaan 10mg hydromorfiinia
10.15	Lääkäri antaa potilaalle annostellun annoksen lääkettä
10.25	Potilaalla havaitaan alentunut hengitystiheys ja happisaturaatio
10.30	Lääkäri määrää potilaalle annettavaksi Naloxonea
10.45	Potilas A siirretään teho-osastolle tarkkailuun
11.20	Potilas A menehtyy lääkitysvirheeseen

# Tapahtumaketjun kuvaaminen kaaviona



Erittele tapahtuman osat tapahtumakaavioksi

Tapahtumakaavio toimii perustana perussyitekijöiden selvittämiseksi tehtävälle analyysille.

# Tukijaryhmän työjärjestys (VSHP)

- Tutkijat pyrkivät tapaamaan yhdessä mahdollisimman pian ryhmän kokoonpanon selvittyä
- Tapahtumien kulku käydään pintapuolisesti läpi ja suunnitellaan tehtävänjako
- Asetetaan aikaraja tutkinnalle

# Tiedon hankinta

- Kerätään tieto : Käydään läpi potilasasiakirjat tarvittavassa laajuudessa
- Tapahtumien kulku kirjataan kronologisessa järjestyksessä erilliseen dokumenttiin
- Tapahtumien kulku havainnollistetaan kirjoittamalla tapahtumien kulun pääkohdat muistilapuille, joista muodostetaan tapahtumaketju aikaperspektiivissä
- Tarvittaessa tehdään asianosaisten haastattelut (yksilö/ryhmähaastattelut)
- Jos hoitoon osallistunut ei ole VKS:n palkkalistoilla, käydään erillinen keskustelu ennen haastattelupyyntöä
- Tarkan harkinnan jälkeen voidaan omaisia haastatella

# *Haastattelut*



# Henkilöhaastattelut ja puhuttaminen

- Haastattelun kulku ja jaksottaminen
  - Johdanto: esittäytyminen, motivointi
  - Varsinainen haastattelu
    - Vapaa kerronta
    - Tarkentavat kysymykset
    - Joskus ennalta laadittu kysymyslista
  - Lausunnon tarkistaminen
  - Haastattelun päättäminen
    - Yhteistyöstä kiittäminen
    - Yhteydenottoon rohkaiseminen, jos uutta ilmenee

# Haastattelun onnistumisen edellytyksiä

- Kiireettömän ilmapiirin luominen
- Autetaan kuultavaa keskittymään
- Asetutaan kuultavan asemaan
- Autetaan muistamaan, mutta varotaan johdattelemasta!
- Käytetään tapahtumajärjestystä runkona

# Loppukeskustelu

- Kerrataan vielä lausunnon tärkeimmät osat ja tarjotaan mahdollisuus korjata lausuntoa
- Tiedotetaan tutkinnan etenemisestä
- Kuultavan taustatietojen varmistaminen
- Myönteisen loppuvaikutelman luominen
- Yhteydenottoon rohkaiseminen
- Kiittäminen

# Kokemuksia käytännöstä

- Haastateltavat kokevat keskustelun mahdollisuutena myös purkaa tapahtunutta
- ”Kerrankin joku halusi kuulla mitä mielestäni oikeasti tapahtui”
- Keskustelua herättää haastattelijan ja kuultavan ammattiryhmä (tulee olla sama vai onko merkitystä – kulttuuri?)
- Keskustelun tallentaminen tärkeää. Käytännön ratkaisut joskus haastavia toteuttaa.

# *Analyysi – tulkintaa ja valintaa*

# Lähtökohtia

- Käsitellään tapahtunutta, ei sitä mitä olisi voinut tapahtua
- Analyysi antaa ymmärrystä sille MIKSI tapahtui
- Analyysi rakentaa sillan tapahtumien kulun ja tutkinnan johtopäätösten välille (johtopäätösten tulee olla tutkintaan perustuvia)

# ”Viisi kertaa miksi”

- Tapahtuma: hoitaja annosteli Morfiinin sijaan 10mg Hydromorfiinia potilaalle
- Miksi? Hoitaja otti lääkekaapista erehdyksessä Hydromorfiinia
- Miksi? Lääkepakkaukset olivat ulkonäöltään helposti sekoitettavissa
- Miksi? Pakkaukset ja pakkausmerkinnät olivat saman näköiset (väri, koko, sana ”morf”)
- Miksi?...

# Analyysin eteneminen



## Tapahtumien kulun kuvaaminen

- Kuvataan kronologisesti mitä tapahtui
- Ei spekuloida mitä ehkä tapahtui
- Ei täydennetä aukkoja ilman tietoa



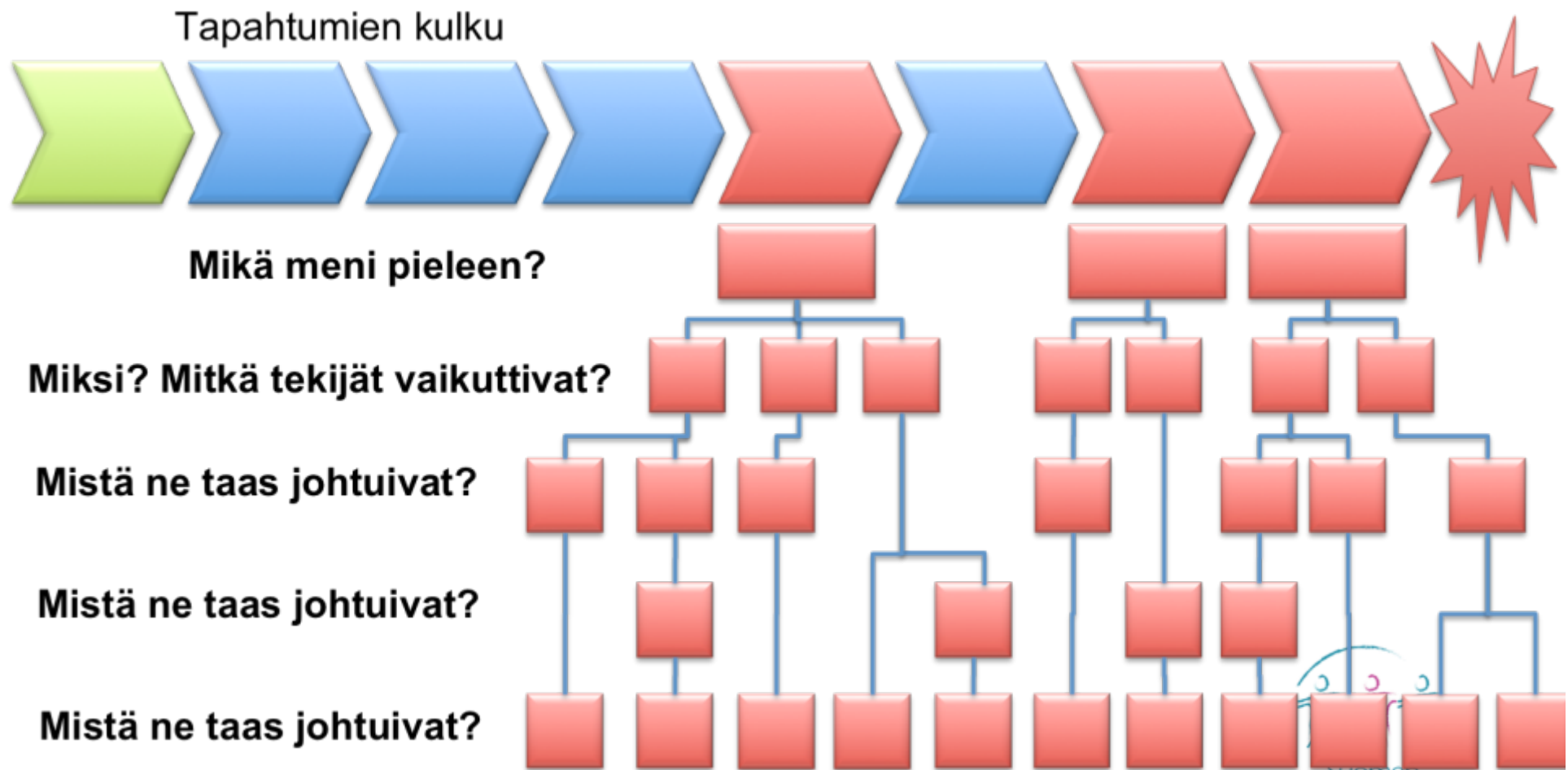
# Analyysin eteneminen



## Poikkeamien tunnistaminen

- Missä kohtaa asiat eivät menneet suunnitellusti?
- Missä kohtaa potilaan turvallisuus vaarantui?
- Missä kohtaa turvallisuuden hallinnan keinot olivat puutteelliset tai eivät toimineet tarkoitetulla tavalla?

# Analyysin eteneminen



# Inhimillisten virheiden tarkastelu

- Lipsahdukset, unohdukset, aikomukselliset erehdykset, tahalliset poikkeamat
- Virheen luonne: osaamisen puute, toistuva ja säännönmukainen virheellinen toimintatapa, yksittäiset poikkeamat normista
- Tilanteet tuttuus toimijalle: rutiinitoiminta, tavan mukainen toiminta, uudet ja yllättävät tilanteet

# Lipsahdukset, erehdykset ja valintavirheet

	Unohdus/ Lipsahdus	Erehdys	Valintavirhe
Suunnittelu	Asia unohtuu ottaa huomioon suunnittelussa	Asiaa ei osata ottaa huomioon suunnittelussa	Asia jätetään tietoisesti huomioimatta
Tilannearvio ja päätöksenteko	Asiaa ei havaita tilannetta arvioitaessa	Asian vaikutusta toiminnalle ei tunnisteta	Päätetään toimia ohjeen vastaisesti
Toiminta	Toimenpide suoritetaan vahingossa väärin	Toimenpide suoritetaan virheellisellä tavalla	Toimenpide suoritetaan tietoisesti puutteellisesti

# Myötävaikuttavien tekijöiden luokittelu

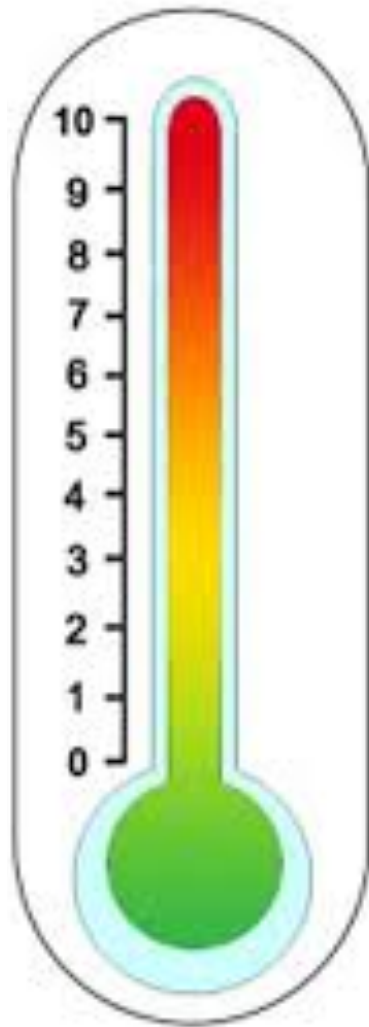
- Voi helpottaa analyysia tarjoamalla valmiita kysymyksiä (esim. ”liittyikö tilanteeseen puutteellinen osaaminen tehtävästä?”)
- Eivät välttämättömiä (esim. ”5 why’ s” menetelmä)
- Vaarana tutkinnan rajoittuminen vain valmiisiin kysymyksiin tai luokkiin
- Kysymysten muoto voi myös olla harhaanjohtava (”olivatko laitteet jollain tavalla osallisena tapahtumassa?”)

# *Johtopäätökset ja suositukset*

# Laadukkaat suositukset ovat:

- Kohdistettu organisatorisiin tekijöihin tai suojausjärjestelmien kehittämiseen – ei yksilön toimintaan tai virheisiin
- Tutkintaan perustuvia.
- Selkeästi määriteltyjä.
- Vaikuttavuudeltaan mitattavissa.
- Hyväksyttäviä.
- Realistisia toteuttaa.
- Aikaan sidottuja

# Kontrollikeinojen kehittäminen



”Muistutetaan huolellisuudesta”

Turvallisuusohjeet ja käytännöt  
(kuten tarkistuslistat)

Rakenteelliset muutokset toimintaan (prosessit)

Tekniset ja fyysiset suojaukset



# Tutkintaraportti

- Tapahtumatiedot
- Tapahtuman tutkinta
- Tapahtumien kulku
- Myötävaikuttaneet tekijät
- Johtopäätökset
- Suositukset

# Tutkintaraportti

- Raportti sisältää kaiken tiedon tapahtumasta, tutkintaprosessista ja lopputuloksista
- Tyyliltään raportti on neutraali, objektiivinen ja puolueeton
- Raportti ei ole julkinen
- Potilasturvallisuusselvitysryhmä käsittelee ja hyväksyy raportin
- Tulokset käydään läpi tapahtumayksikössä

# Lopuksi

- Mahdollisuus kulttuurimuutokseen
- Tukee potilaiden ja omaisten luottamusta terveydenhuoltoon haittatapahtuman jälkeen
- Ammattilaisille tuki tapahtumasta selviytymiseen