



Vasa centralsjukhus  
Vaasan keskussairaala



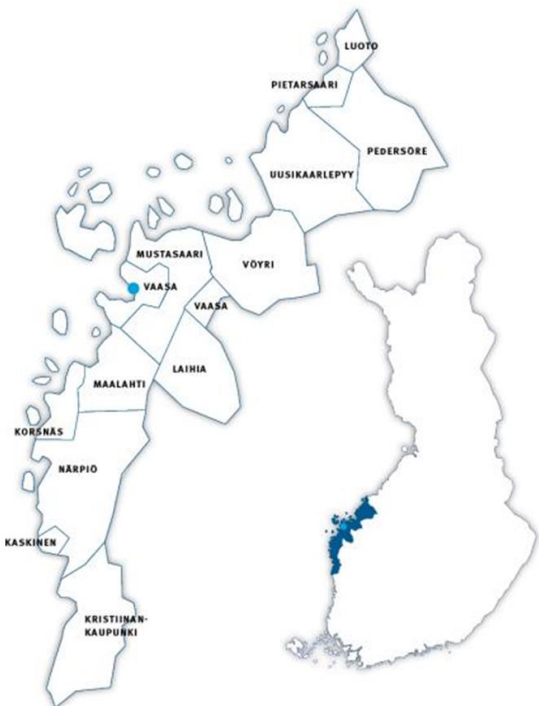
**Potilasturvallisuus**  
**Marina Kinnunen, eMBA, KTT, Johtajaylihoitaja, VSHP,**  
**potilasturvallisuusasiantuntijajaoksen pj, SPTY**

3.2.2017

# SISÄLTÖ

- POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUS
- NÄKÖKULMAT JA PERIAATTEET
- KESKUSTELU
- POTILASTURVALLISUUDEN ARVIOINTI JA SEURANTA
- KESKUSTELU
- POTILASTURVALLISUUDEN TYÖKALUT





# Suomen potilasturvallisuusyhdistys

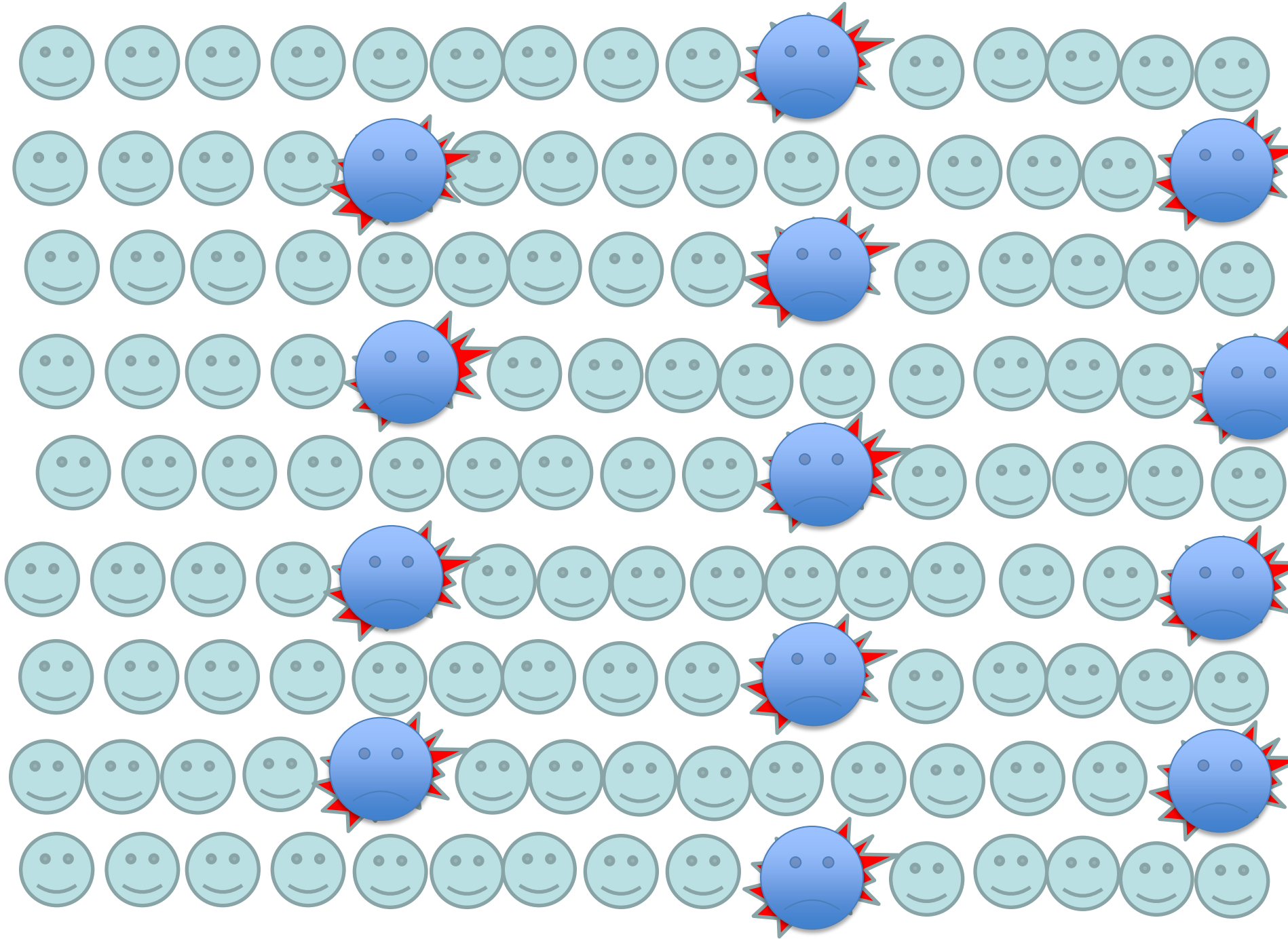
**Suomen Potilasturvallisuusyhdistys SPTY** on vuonna 2010 perustettu kansalaisjärjestö. Suomen potilasturvallisuusyhdistyksen päämäärä on omalla toiminnallaan varmistaa, että potilaat saavat Suomessa turvallista ja laadukasta hoitoa. **Yhdistyksen tavoitteena on** toimia valtakunnallisesti aktiivisena kehittäjänä, vaikuttajana ja arvostettuna asiantuntijana. **Toimintaa ohjaavia arvoja ja periaatteita** on avoimuus, läpinäkyvyys, potilaslähtöisyys, rohkeus, riippumattomuus ja yhteistyöhakuisuus.



# POTILAS/ASIAKAS- TURVALLISUUS








**2000**

**Joka kymmenes potilas,  
Yli puolet ehkäistävissä**

**2016**

**Haittatapahtumat ovat jopa  
kolmanneksi yleisin kuolinsyy  
Yhdysvalloissa – kuolemien  
arviointi**

**Ruotsissa haittatapahtuma 8%  
kaikista hoitotapahtumista,  
kehityksen jälkeen  
suunta jälleen **

**Suomen tilanne?**

**Useat arviot perustuvat  
yhteen mittariin**

**Potilasturvallisuuden  
kehittäminen ja arviointi ja  
seuranta edellyttää  
kokonaisvaltaisuutta**

# POTILASTURVALLISUUS

## HOIDON TURVALLISUUS

### LAITETURVALLISUUS

<b>Laitteiden turvallisuus</b>	<b>Käyttöturvallisuus</b>
Toimintahäiriö	Poikkeama laitteen käytössä
Laittevika	

### Hoitomenetelmien turvallisuus

Hoidon  
haittavaikutus

### Hoitamisen turvallisuus

Poikkeama  
prosessissa

### LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS

#### Lääketurvallisuus

Lääkkeen  
haittavaikutus  
• Vakava  
haittavaikutus  
• Odottamaton  
haittavaikutus

#### Lääkitysturvallisuus

Lääkityspoikkeama  
• Tekemisen  
seuraus  
• Tekemättä  
jättämisen seuraus

Suojaukset

Suojaukset

## VAARATAPAHTUMA

Läheltä piti -tapahtuma

Haittatapahtuma

Ei haittaa potilaalle

Haitta potilaalle

Potilasvahinko

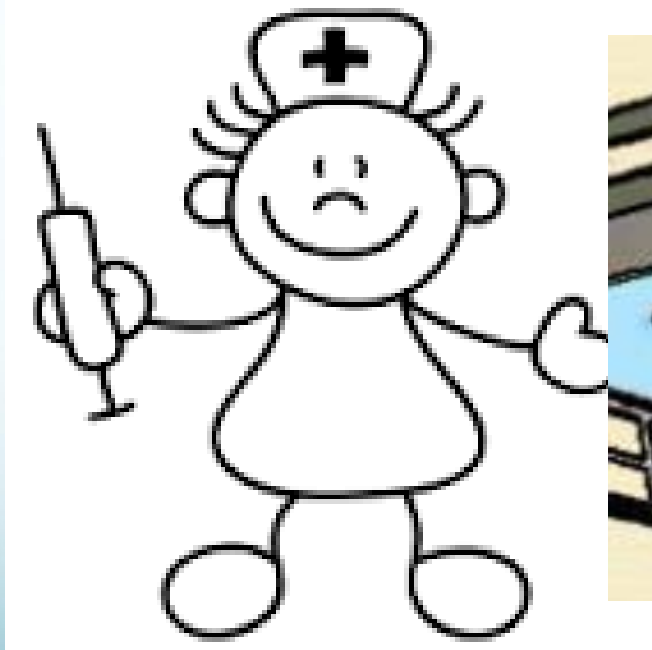
Lääkevahinko



# Suomalainen potilas- ja asiakasturvallisuuden toimintaohjelma 2015–2020

- Potilas- ja asiakasturvallisuus on sitä, että henkilön saamat palvelut, huolenpito ja vaikuttava hoito edistävät hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan ja näistä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa.
- Potilas- ja asiakasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien **henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja**, joiden tarkoituksena on varmistaa palvelujen, huolenpidon ja hoidon turvallisuus sekä suojata asiakkaita tai potilaita vahingoittumasta.
- Potilas- ja asiakasturvallisuus kattaa ehkäisevät, hoitavat ja korjaavat sekä kuntouttavat sosiaali- ja terveysterveystoimet. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiva osaava henkilökunta, tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden tarpeenmukaisuus ja oikea käyttö sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamiseen liittyvän dokumentoinnin ja tiedonkulun turvallisuus.

# NÄKÖKULMAT JA PERIAATTEET

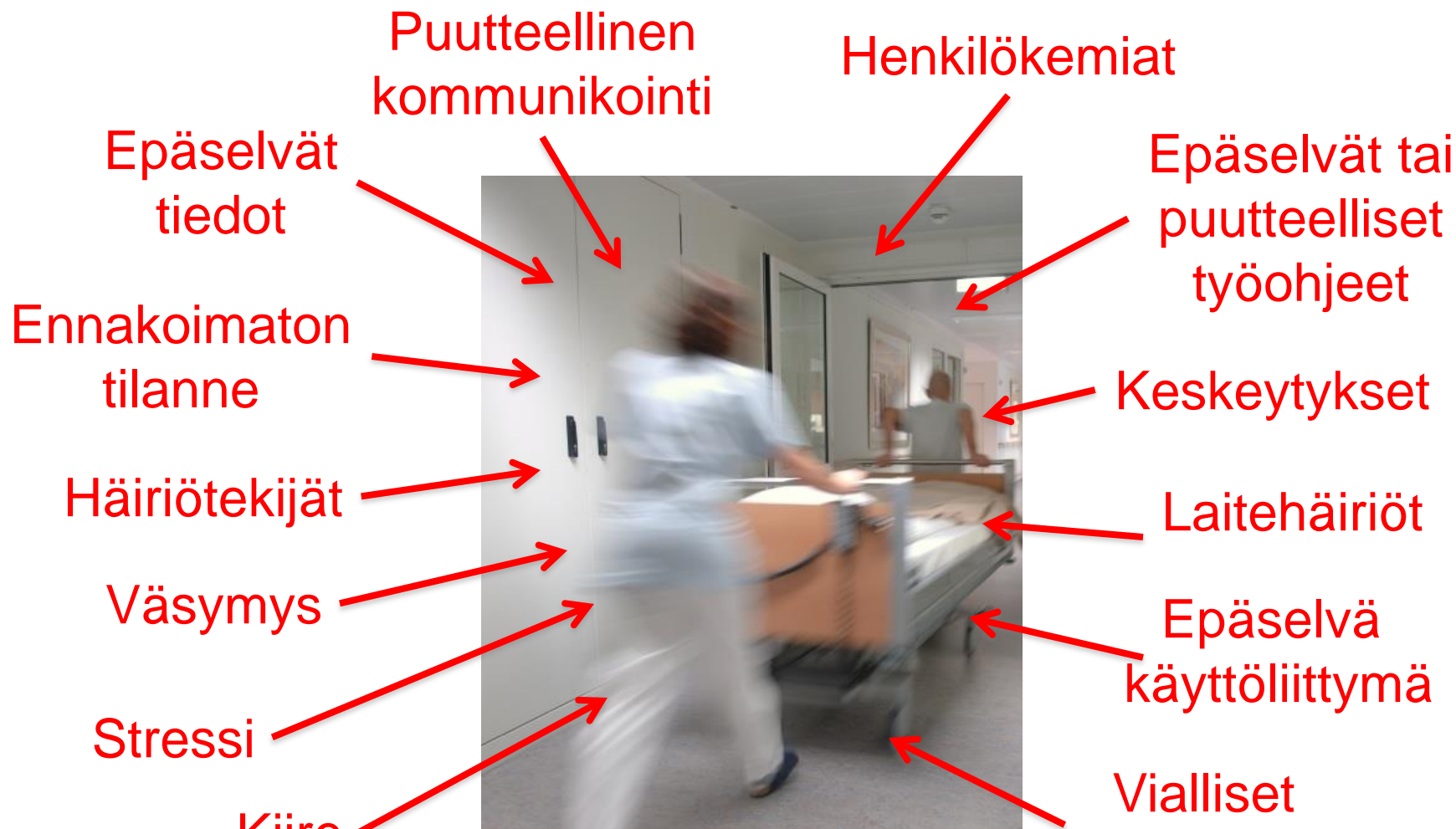


# Avoimuus - Syylistämättömyys



*"Nurse, get on the internet, go to SURGERY.COM, scroll down and click on the 'Are you totally lost?' icon."*

# Inhimillinen virhe ei synny ilman syytä



Ensimmäinen askel virheiden hallinnassa on oppia tunnistamaan virheille altistavat olosuhdetekijät



# KOHDISTETAAN HUOMIO YKSILÖN SIJAAN SYSTEEMIIN

## • Yksilö lähestyminen

- Keskitytään yksittäisiin ihmisiin
- Kysytään kuka?
- Syytetään ihmisiä unohtamisesta, tarkkaamattomuudesta, huolimattomuudesta
- Ajatellaan että “parhaansa tekeminen” riittää
- Vaaratapahtumia salaillaan ja niistä saatua tietoa käytetään syyllisten etsimiseen
- Ei uskalleta kyseenalaistaa toisten toimintaa tai tuoda esiin omaa epävarmuuttaan

## • Systeemi lähestyminen

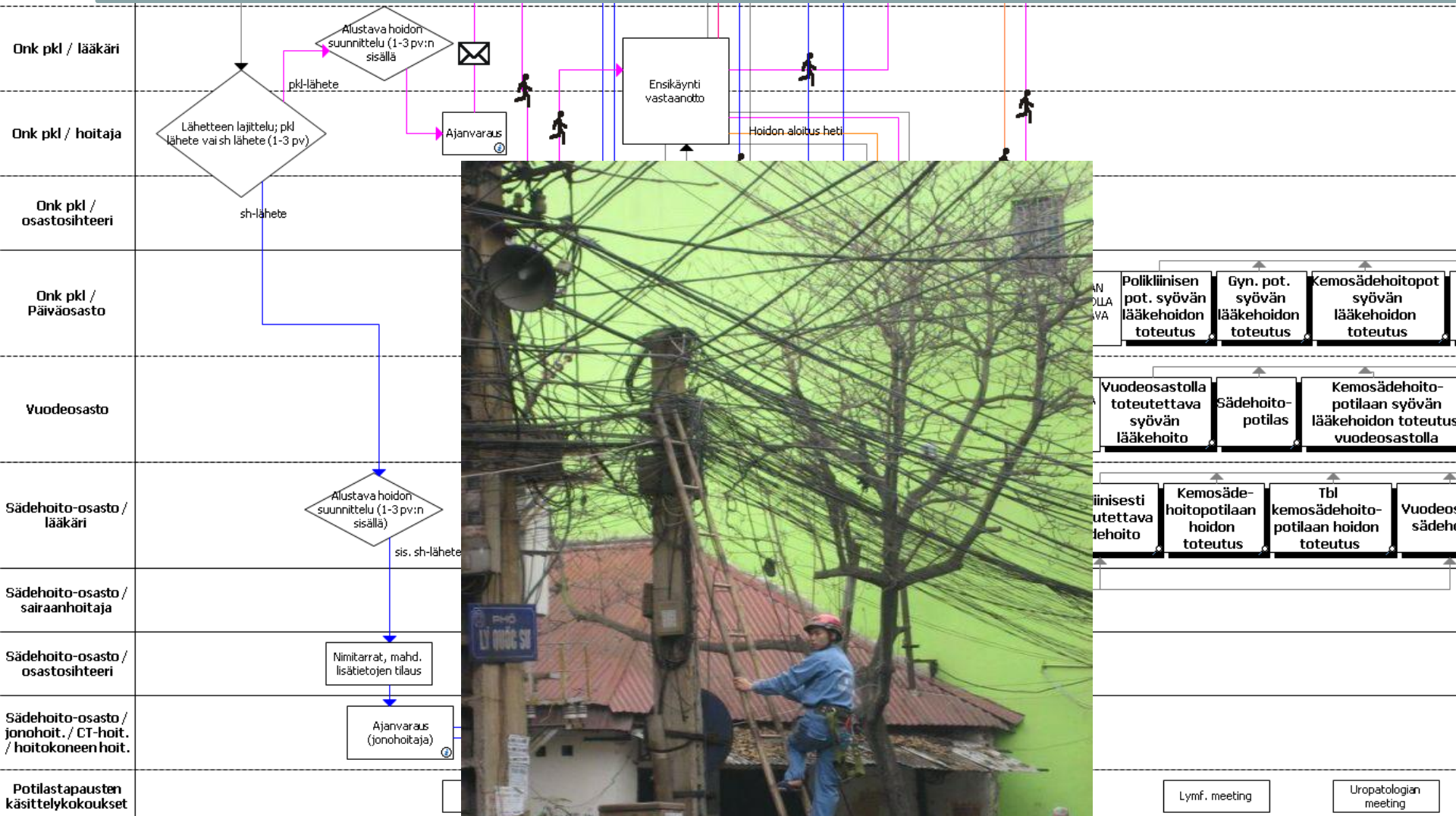
- Keskitytään olosuhteisiin ja ympäristöön, jossa yksilöt työskentelevät
- Kysytään miksi?
- Rakennetaan suojajärjestelmiä, jotta virheiden seurauksia pystytään rajoittamaan
- Hyväksytään, että kaikki tekevät virheitä, koska inhimilliseen toimintaan liittyy aina erehtymisen mahdollisuus
- Vaaratapahtumat tuodaan esiin, tietoa käytetään tarkoituksenmukaisesti toiminnan kehittämiseen
- Työntekijöillä on rohkeutta ilmaista pelkoa ja epävarmuutta

# ASIAKKAAN – POTILAAN KOKO HOITOPOLUN HUOMIOIMINEN

Esh vuodeosasto  
Terv.kesku  
vuodeosasto  
Avoyksikk

Diagnosoiva yksikkö

Potilas



# ANTEEKSI, PAHOITTELUT VAI HILJAISUUS?



**Älä peittele  
vahinkoja**

Verikoevastauksia ei muistettu tarkistaa, potilas jäi ilman lähetejälkeä sanelematta, viivästyneessä tutkimuksessa leikkauksessa tapahtui virhe, potilaalle

# OPIIMMEKO?

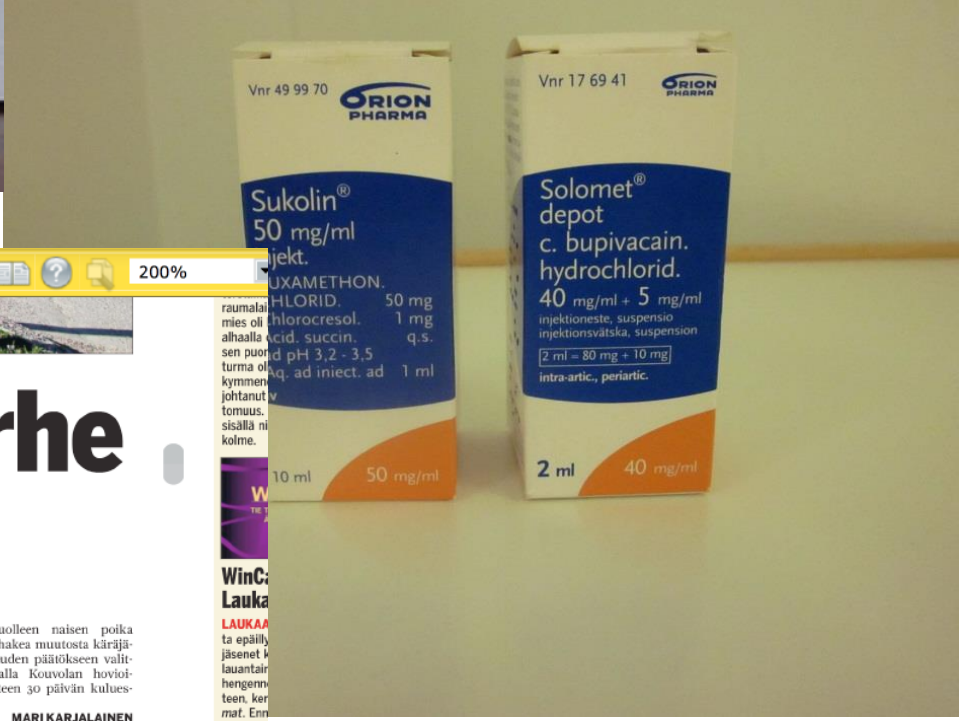
- Potilas sai lääkkeit, jotka kuuluivat vierustoverille.....*
- Potilas tuotiin leikkaussaliin, hoitaja ei tiennyt potilaasta mitään.....*
- Potilas kotiutunut osastolta ilman jatko-ohjeita, osastolta luvattu lähettää meille tietoa, mutta mitään ei meille ole tullut..*
- Potilas kaatui yöllä huoneessa....*



# OPIIMMEKO?

- ❑ *Potilas sai lääkkeit, jotka kuuluivat vierustoverille.....*
  - ❑ *Vakioidut toimintatavat potilaiden tunnistamisessa*
  
- ❑ *Potilas tuotiin leikkaussaliin, hoitaja ei tiennyt potilaasta mitään.....*
  - ❑ *ISBAR – Vakioitu käytäntö raportoida*
  
- ❑ *Potilas kotiutunut osastolta ilman jatko-ohjeita, osastolta luvattu lähettää meille tietoa, mutta mitään ei meille ole tullut..*
  - ❑ *Kotiutuksen tarkistuslista*
  
- ❑ *Potilas kaatui yöllä huoneessa....*
  - ❑ *Kaatumisten riskienarviointi yms. käytännöt*

# OPIIMMEKO TOISILTAMME?



ILTA-SANOMAT

200%



Päijät-Hämeen keskussairaalassa hoidetuille 86-vuotiaalle naiselle annettiin kerran päivässä lääkettä, jota hänen olisi pitänyt saada vain kerran viikossa.

## Lääkäriltä saneluvirhe - potilas kuoli

**HOITOVIRHE:** Kolme lääkärinäoudatti väärää lääkitysohjetta kymmenen päivän ajan

**KOITUVATKO** lääkäriin huolinattomuus ja saneluvirhe potilaan kohtaloksi Päijät-Hämeen keskussairaalassa? Sitä putiitiin Lahden kärjäoikeudessa eilen.  
Vuonna 2006 sattuneessa hoitovirhetapauksessa 86-vuotiaalle naiselle annettiin kerran päivässä lääkettä, jota hänen olisi pitänyt saada vain kerran viikossa.  
Kärjäoikeus vapautti kaikki neljä lääkärää kuolemantuottamussyysteistä.

Oikeuden mukaan lääkeiden yllännostuksen osuus potilaan kuolemaan ei ollut varma. Kaksi lääkäristä sai sakot tuottamuksesta virkavelvollisuuden rikkomisesta, koska heidän olisi pitänyt tarkistaa potilaan lääkitys. Virheellisen sanelun tehnyt lääkäri vapautettiin kaikista syytteistä.  
**ILKÄS** nainen Eihetettiin Päijät-Hämeen keskussai-

raalan keuhkovertulppapäilyn vuoksi kolme vuotta sitten. Läheteen mukaan potilaan lääkitykseen kuuluu antaa kerran viikossa Trexan-reumalääkettä.  
Syyttäjän mukaan potilaan vuodeosastolle ottamisesta päätännyt lääkäri toimi huolimattomasti, koska saneli virheellisesti potilaan sairaskertomuksen. Päijät-Hämeen keskussairaalassa noudatettiin tuolloin kuitenkin käytäntöä, jonka mukaan ensiapupoliklinikan päivystävä lääkäri ei ollut velvollinen tarkastamaan sanelmaansa tekstää. Kolme eri lääkärää ehti noudattaa väärää lääkitysohjetta kymmenen päivän ajan.  
Kuolleen potilaan poika

kertoi kärjäoikeudessa, että hänen äitinsä oli ollut ennen sairaalaan menoa virheellisesti hoitovirheestä, koska hän oli kääntynyt nopeasti huonommaksi. Nainen oli valittu potilalleen muun muassa sitä, että hänen ihonsa kutisi ja ikenet olivat kovin kipeät.  
**VASTA** viides vastuulääkäri huomasi hoitovirheen. Tuolloin mitään ei ollut enää tehtävissä naisen pelastamiseksi. Potilas ehti viettää kolme viikkoa keskussairaalassa.  
Kuolleen potilaan pojalle kerrottiin vasta kuoleman jälkeen sairaalassa, että reumalääkettä oli annosteltu väärin. Kukaan ei ol-

lut maininnut asiasta hoitovirheiden aikana. Poika uskoo, että hänen äitinsäkin oli tietämätön hoitovirheestä, koska hän oli luottanut hoitohenkilökuntaan täysin.  
**MARI KARJALAINEN**

### > Trexan-lääkkeen yliannostus?

**LÄÄNINOIKEUSLÄÄKÄRIN** lausunnon mukaan potilaan peruskuolemansyynä on ollut metotreksaattilääkkeen (Trexan) tahaton yliannostus ja siihen liittynyt huuydmlama.  
Välttömänä kuolinsyynä on ollut verenmyrkytys. O-

Kuolleen naisen poika voi hakea muutosta kärjäoikeuden päätökseen valittamalla Kouvolan hovioikeuteen 30 päivän kuluessa.  
Kyseinen Trexan-lääke on solunsalpaaja, jota käytetään muun muassa erilaisten syöpien ja leukemian hoidossa.

Vnr 49 99 70  
**ORION PHARMA**  
Sukolin®  
50 mg/ml  
injekt.  
D,UXAMETHON.  
H,HLORID. 50 mg  
chlorocresol. 1 mg  
acid. succin. q.s.  
pH 3,2 - 3,5  
Ag. ad inject. ad 1 ml

10 ml 50 mg/ml

Vnr 17 69 41  
**ORION PHARMA**  
Solomet®  
depot  
c. bupivacain.  
hydrochlorid.  
40 mg/ml + 5 mg/ml  
injektioneste, suspensio  
injektionsvätska, suspension  
[2 ml = 80 mg + 10 mg]  
intra-artic., periaritic.

2 ml 40 mg/ml

WinC: Lauka

LAUKAA ta epäilly jäsenet lauantairen hengennenteen ker mat. Enn on tullut Yksi ti puhujista sen Oike liitto ryr Jarmo Ja sen miel iikkuu p tietoa.

Juna jätean MUURAI na ja jätt kolaroiva eteläpuo messa te jälkeen.

# VIRHEISTÄ OPPIMISEN ESTÄVÄT JA MAHDOLLISTAVAT TEKIJÄT

## • ESTÄJIÄ

- Syylistäminen
- Virheet ohitetaan syitä selvittämättä
- Keskustelulle ei anneta mahdollisuuksia
- Kukaan ei ota vastuuta oppimisesta
- Kiire

## • MAHDOLLISTAJIA

- Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri
- Kehittämisinto
- Systemiajattelu
- Johdon sitoutuminen ja esimiesten tuki
- Tiedonsiirto ja keskustelu systemaattista ja vastuutettua
- Vanhasta poisoppiminen helpottuu

# POTILASTURVALLISUUS

**TURVALLISUUSKULTTUURI**

**JOHTAMINEN**

*RESURSSIEN JA  
OSAAMISEN  
VARMISTAMINEN*

**JATKUVA SEURANTA JA  
KEHITTÄMINEN**

*PROSESSIT JA  
TOIMINTATAVAT*

**VASTUUT**

*LAATU- JA  
TURVALLISUUS-  
RISKIEN HALLINTA*

**SÄÄDÖKSET**



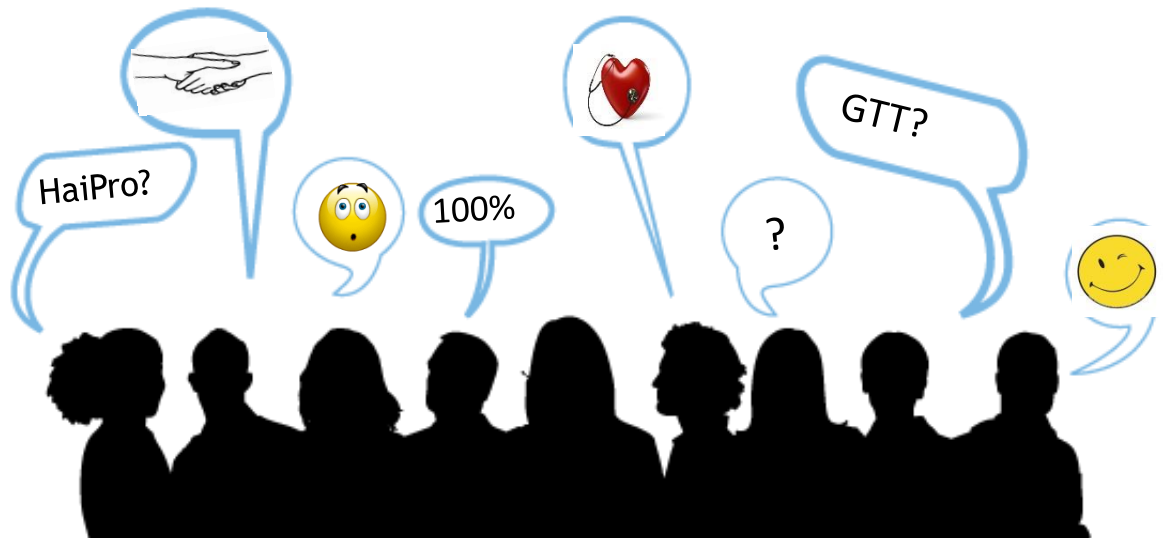
# MIKÄ ON SEURAAVA VAARATAPAHTUMA OMASSA YKSIKÖSSÄSI?

# POTILASTURVALLISUUDEN ARVIOINTI JA SEURANTA



# ARVIOINTI, SEURANTA JA ENNAKOINTI

- >> Vaaratapahtumien raportointi
- >> Riskienarviointi
- >> Potilasturvallisuuskulttuurimittaus
- >> GTT - global trigger tool
- >> Vakavat vaaratapahtumat
- >> Kantelut, muistutukset yms.
- >> Potilaiden ja omaisten antama palaute



1

Mahdollisten haittapahtumien tunnistaminen  
- Mikä voi mennä väärin?



2

Haittapahtumien vakavuuden ja todennäköisyyden arviointi  
- Mitkä ovat niiden seuraukset?  
- Kuinka usein ne voivat tapahtua?



3

Haittapahtumien riskien ja niiden hyväksyttävyyden arviointi  
- Riskitekijän laskeminen  
- Vertailu hyväksyttävään riskiin esimerkiksi riskimatriisin avulla



4

Riskien minimointi  
- Mitä korjaavia toimenpiteitä pitäisi tehdä, jos riskitekijän arvo ei ole hyväksyttävällä alueella?

Taulukko 4. Riskien arviointi = Seuraus x Todennäköisyys

Todennäköisyys Seuraus	1 HARVINAINEN Tapahtuu tuskin koskaan	2 EPÄTODEN- NÄKÖINEN Esiintyy harvoin. Tapahtuma ei ole odotettavissa, mutta se on mahdollinen	3 MAHDOLLINEN Saattaa tapahtua tai on tapahtunut silloin tällöin	4 TODEN- NÄKÖINEN Tapahtuu usein/ todennäköisesti, mutta ei ole jatkuva ongelma	5 MELKEIN VARMA Tapahtuu jatkuvasti tai uusiutuu lähiaikoina
<b>5 VAKAVA</b> Tapahtuma johtaa kuolemaan tai vakavaan haittaan tai pysyvään vammutumiseen. Tapahtuma vaikuttaa suureen potilasjoukkoon.	5	10	15	20	25
<b>4 MERKITTÄVÄ</b> Kohtalainen vamma joka johtaa pitkän ajan työkyvyttömyyteen. Sairaalassaoloaika pitenee > 15 vrk. Potilaan hoidon laimin- lyöminen, jolla on pitkä- aikaisia seurauksia.	4	8	12	16	20
<b>3 KOHTALAINEN</b> Kohtalainen vamma, joka vaatii ammattilaisen apua. Sairaalassaoloaika pitenee 4–15 vuorokauteen. Tapahtuma koskee pienää potilasryhmää.	3	6	9	12	15
<b>2 VÄHÄINEN</b> Vähäinen haitta tai vamma, joka vaatii pieniä toimenpiteitä. Sairaalassaoloaika pitenee < 3 vrk.	2	4	6	8	10
<b>1 OLEMATON</b> Olematon haitta, vamma joka ei vaadi hoitoa. Lieviä vammoja tai lieviä vaikutuksia; esimerkiksi nyrjähdyksiä, mustelmia, ohimenevä sairaus tai epämukavuutta	1	2	3	4	5

Matriisissa olevat luvut kertovat riskin suuruudesta. 1 kuvaa pientä riskiä ja 25 erittäin suurta. Taulukon värit osoittavat mitkä riskit ovat hyväksyttävällä tasolla ja mitkä vaativat vielä toimenpiteitä, jotta riski saadaan riittävän pieneksi.



# VAARATAPAHTUMAILMOITUS

- Annoin potilaalle Morphinia lääkeaskista jonka vahvuus oli 2mg/ml ,potilaan piti saada 6mg sc. ja askissa oli vain yksi ampulli eli hän sai 2 mg sc. Tilasin apteekista Morphin 2mg/ml 1 ml x25 ampullia nopeasti lisää ja kun lääke tuotiin osastolle vedin uudelleen ruiskuun 2 ampullia lisää eli 4 mg ja menin nopeasti pistämään lääkkeen potilaaseen sc.koska lääkkeen anto oli tunnin jo myöhässä.
- Seuraavana aamuna lääkefarmaseutti oli tarkistanut N-lääkkeet ja huomasi että Morphin -lääkkeen kortti ei pidä paikkaansa. Silloin menin tutkimaan asiaa ja valtavaksi kauhukseni huomasin että Morphin oli vahvuutta 20mg/ml eli olin tilannut sen vahvuista lääkettä enkä 2mg/ml!!Eli olin antanut 40 mg sc enkä 4 mg sc.

# TOIMENPITEET

- Muistutetaan huolellisuudesta virheen tehnyttä hoitajaa
- Puhutaan ja ”päivitellään” kahvipöydässä

VAI

# Eri vahvuudet!



# TOIMENPITEET

- *Vaaratapahtuman raportointi*
  - *Käsittely työyksikössä*
  - *Potilasturvallisuuspäällikkö käy yksikössä keskustelemassa kehittämisestä*
  - *Lääkekaapin muutos*
  - *Tilanteesta laaditaan esimerkki ja tiedotetaan alueellisesti tapahtuneesta*
  - *Implementoidaan käytäntö koko organisaatioon*
- VIELÄ EDISTYNEEMPÄÄ**
- *Kehittämistoimenpiteiden vaikutusten arviointi*
  - *Riskienarviointi vuosittain lääkekaappiin*
  - *Kaksoistarkastus riskilääkkeissä AINA*





# MILLÄ KEINOLLA VOISIT EHKÄISTÄ SEURAAVAN VAARATAPAHTUMAN OMASSA YKSIKÖSSÄSI?

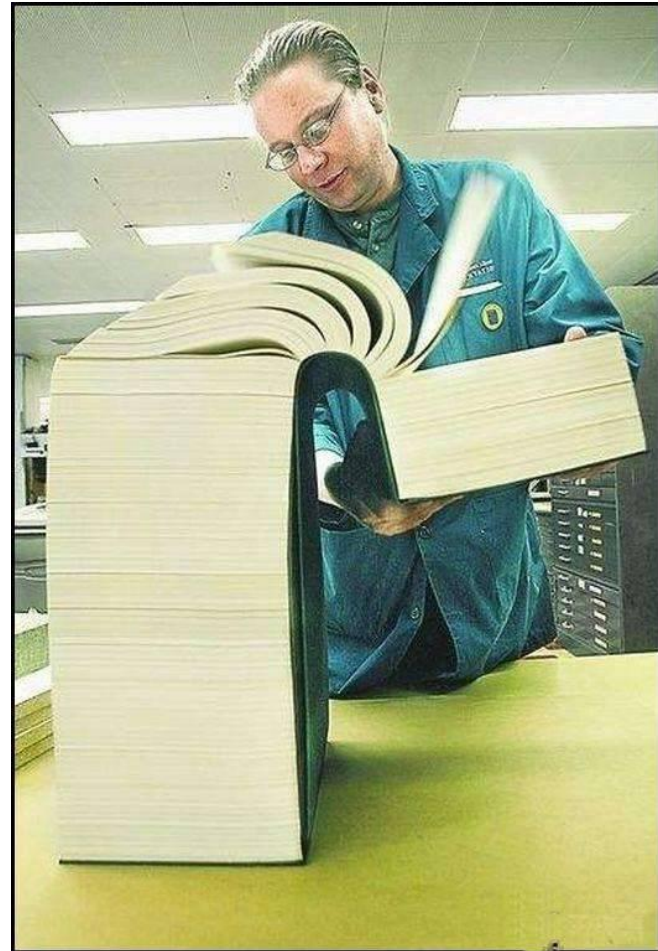


# POTILASTURVALLISUUDEN TYÖKALUT



# Asioiden oikein tekeminen tulee säilyä helppona ja väärin vaikeana, eikä päinvastoin

- Ihmisen toiminnan vaihtelevuus on suurin organisaatioiden turvallisuusuhka
- Samalla ihmisen kyky muunnella toimintaansa vaihtelevissa tilanteissa ja toimintaympäristöissä on organisaation suurin turvallisuusresurssi (Reason 2005)
- Ihmisen toiminnan vaihtelevuutta pyritään rajoittamaan mm. ohjeistuksella.
- Ohjeet ovat toimintavapauden rajoittimia



# Standardointi parantaa potilasturvallisuutta

## Toiminnan mallintaminen – miten asioiden tulisi mennä

- Helpottaa perehdytystä
- Vähentää muistin varassa tehtäviä toimintoja  
(tarkistuslistat, työtapaohjeet)
- Prosessien suunnittelussa on huomioitu turvallisuusnäkökulmat
- Rajapintatyöskentelyn ongelmakohtia on aukaistu ja muutettu sujuvimmiksi



**TURVALLISEN  
LÄÄKEHOIDON  
KÄYTÄNNÖT SEKÄ  
LOVE**

**POTILAAN  
TUNNISTAMISEN  
KÄYTÄNNÖT**

**TARKISTUS- JA  
TYÖLISTAT  
TYÖNTEKIJÖILLE JA  
ASIAKKAILLE**

**ISBAR, CLOSED LOOP  
KOMMUNIKOINTI  
TIEDONKULUN  
VARMISTAMISEEN**

**PAINEHAAVOJEN  
EHKÄISY**

**POTILAS-  
TURVALLISUUDEN  
TYÖKALUJA**

**LAITEPASSI LAITE-  
TURVALLISUUDEN  
HALLINTAAN**

**KAATUMISTEN  
EHKÄISY**

**CRM KOULUTUS  
TIIMITYÖN  
KEHITTÄMISEEN**

# Käytännön työkaluja potilasturvallisuuden kehittämiseen

- Potilaan tunnistaminen
- Tiedonkulun varmistaminen
- Tarkistuslistat
- Varmistusrutiinit
- Lääkitysturvallisuuden työkalut





# Potilaan tunnistaminen

- WHO:n suositusten mukaan potilas tulisi tunnistaa kahta eri lähdettä käyttämällä, joista kumpikaan ei saa olla potilaan huoneen tai vuoteen numero
- Potilaan tunnistaminen jokaisen työntekijän vastuulla
- Tunnistaminen tärkeää kaikissa hoidon vaiheissa
  - Ei saa koskaan perustua olettamukseen, että joku toinen on jo potilaan tunnistanut

# Tiedonkulun varmistaminen



# Kommunikaation ongelmat ovat merkittävien vaaratapahtumien aiheuttaja

- Kommunikaation ongelmat merkittävien haittatapahtumiin vaikuttava tekijä (Leonard et al, 2004)
- Kommunikaation ongelmat myötävaikuttajana 65% haittatapahtumista (Sandlin, 2007)
- Kommunikaation ongelmat merkittävien syy yli 70% haittatapahtumista (JCAHO, 2008)
- Kommunikaation ongelmat liittyivät yli 90% vaaratapahtumista (Acad Med, 2004)



# Turvallisen kommunikoinnin lähtökohdat

- Pidä yllä positiivista viestintäilmapiiriä ja kannusta muita esittämään mielipiteensä
- Kuittaa takaisin – ilmaise että olet kuullut ja ymmärtänyt
- Puhu yksinkertaisesti – selkeitä sanoja, lauseita ja kysymyksiä

Lähde: Golden Rules for Group interaction in high risk environments:  
Evidence based suggestions for improving performance

# “Suljetun ympyrän viestintäperiaate” - Kuuntele ja kuittaa

**Viesti**





# ISBAR – työkalu suulliseen raportointiin

**ISBAR**

**Identify**

**Situation**

**Background**

**Assessment**

**Recommendation**

# ISBAR- kiireetön tilanne

1. Tunnista (identify)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nimesi, ammatti, yksikkö</li><li>• Potilaan nimi, ikä, sosiaaliturvatunnus</li></ul>
2. Tilanne (situation)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Syy raportointiin</li></ul>
3. Tausta (background)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot, ongelmat</li><li>• Allergiat</li><li>• Tartuntavaara/eristys</li></ul>
4. Nykytilanne (assessment)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vitaalielintoiminnot</li><li>• Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen</li></ul>
5. Toimintaehdotus (recommendation)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ehdota esim. tarkkailun lisäämistä, toimenpidettä, siirtoa toiseen yksikköön, hoitosuunnitelman muutosta</li><li>• Kuinka kauan...?</li><li>• Kuinka usein...?</li><li>• Koska otan uudelleen yhteyttä...?</li> <li>• Onko vielä kysyttävää?</li><li>• Olemmeko samaa mieltä?</li></ul>

# Raportointitilanteet ovat kriittisiä potilasturvallisuuden kannalta

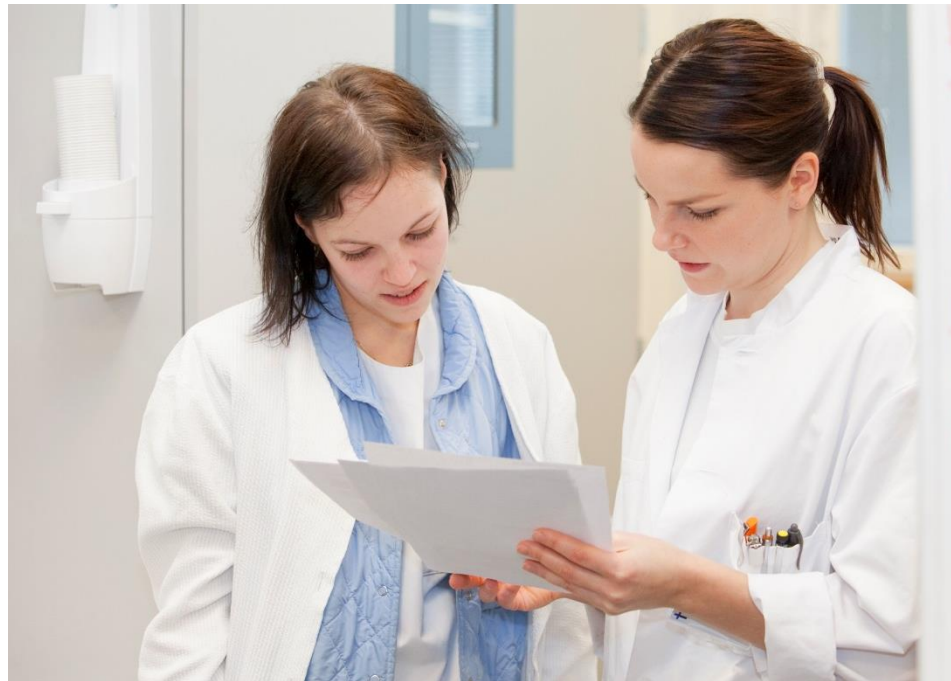
”30% vuoronvaihtoista sisälsi kommunikation puutteita.

Niistä kolmannes vaikutti hoidon laatuun ja turvallisuuteen”

Lindgard, et al. 2007



# Tarkistuslistat



# Tarkistuslistat parantavat turvallisuutta

- WHO:n Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö vähensi korkean bruttokansantuotteen maissa leikkauskomplikaatioita 10,3 prosentista 7,1 % :een ja kuolemia 0,9 prosentista 0,6 % :een.

(Haynes et al 2009. NEJM 360; 491-9)

- SURPASS tarkistuslista kattaa potilaan koko hoitopolun sairaalaan saapumisesta uloskirjautumiseen asti. SURPASS (SURgical PATient Safety System) tarkistuslistan käyttö vähensi sairaaloiden komplikaatioita 27,3 prosentista 16,7 % :een ja kuolleisuutta 1,5 prosentista 0,8 % :een.

(de Vries et al 2010. NEJM 363; 1928-37)

# Tarkistuslistan käytön hyötyjä

- Keino parantaa potilasturvallisuutta ja estää vahinkoja
- Vähentää komplikaatioita ja kuolemia sekä kustannuksia
- Parantaa kommunikaatiota ja tiedonkulkua tiimin jäsenten ja eri yksiköiden välillä
- Parantaa yhteistyötä ja tiimityötä
- Jakaa vastuuta
- Parantaa turvallisuustietoisuutta
- Lisää huolellisuutta ja tarkkuutta hoitotyössä
- Tuo vakiintuneita käytäntöjä hoitotyöhön
- Varmistaa potilasturvallisuuden kannalta oleelliset toiminnot
- Ennakoi riskejä ja normaalista poikkeavia tilanteita

# Valitse oikeanlainen tarkistuslista tarpeen mukaan

- A. Työ- ja muistilistat** harvoin toistuviin tehtäviin muistin tueksi (asiat tehdään kohta kohdalta järjestyksessä)  
Esim. laitteen käynnistämisen muistilista
- B. Tarkistuslistat** rutiininomaisten työvaiheiden varmistamiseen (ensin tehdään asiat ja sen jälkeen tarkistetaan että tärkeimmät tuli tehdyksi)  
Esim. leikkaustiimin tarkistuslista / lopputarkistus

Vääränlainen sisältö tai käyttötapa tekee listan käytön epäkäytännölliseksi ja johtaa käyttöasteen laskuun.



# Varmistusrutiinit



3.2.2017

# Varmistusrutiinit

- Tärkeä osa potilasturvallisuuden hallintaa, ovat varmistusrutiinit esimerkiksi kirjaamisen, hoitotoimenpiteen tai lääkkeenjaon yhteydessä.
- Varmistaminen ei ole osoitus epävarmuudesta, vaan turvallisuustietoisuudesta.
- Varmistus voi olla asian itsenäinen tarkastus kahteen kertaan, asian toteaminen ääneen, kollegan tekemä tarkistus ja potilaalta kysytty varmistus

# Lääkehoidon turvallisuuden varmistaminen



# POTILASTURVALLISUUS JA MINÄ?

- Oma asenne potilasturvallisuuteen ja kehittämiseen (P-D-S-A)
- Selitänkö vai kehitänkö ?
- Yhteisiin toimintatapoihin sitoutuminen