

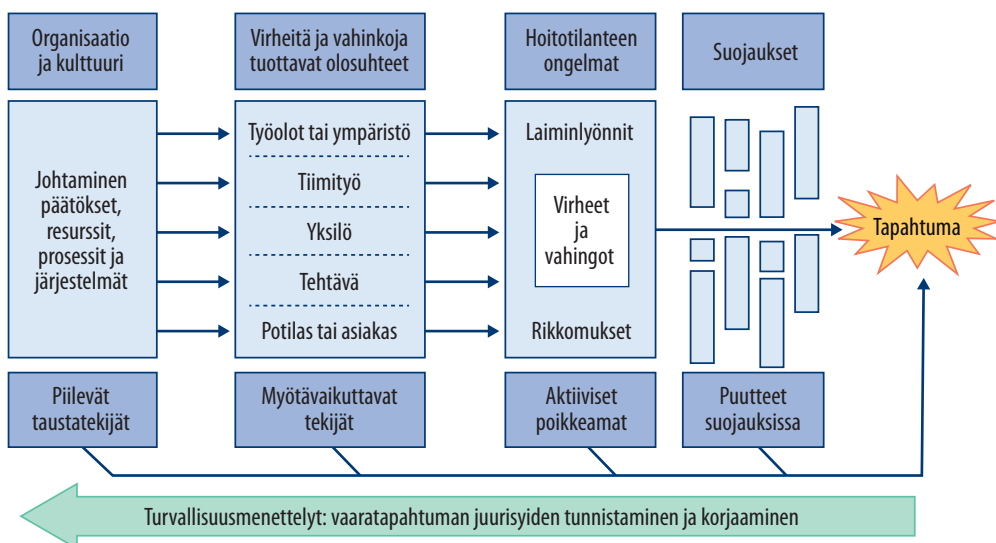
Tuija Ikonen, Minna Halinen ja Minna Laukkavirta

Näin toimin, kun epäilen potilasturvallisuuden vaarantuneen

Jokainen kliinistä työtä tekevä lääkäri kohtaa työurallaan hoitoon liittyviä vaara- ja haittapähtumia kuten lääkityspoikkeamia, laitteiden vaaratilanteita tai potilasvahinkoja. Näihin tilanteisiin kannattaa varautua ennakoivasti. Kun epäily potilasturvallisuuden vaarantumisesta herää, on välittömästi toimittava haitallisten seurausten vähentämiseksi. Lisäksi menettelyihin kuuluvat potilaan oikeuksien varmistaminen, vahinkoa aiheuttaneiden juurisyiden korjaaminen sekä osallisena olleiden ammattilaisten tukeminen. Tapahtumatiedot ja aiheutuneet haitat tai vahingot kirjataan huolellisesti potilasasiakirjoihin. Haittavaikutusten diagnoosit ja syntymekanismit koodataan hoitoilmoitukseen ja tehdään säädetyt ilmoitukset. Potilaalle tai omaiselle kertominen rehellisesti, anteeksipyyntö ja ohjaaminen potilasasiamiehen luo kuuluvat ammattietiikkaan. Vaaratahtumailmoitusmenettelyt tukevat organisaation ja työntekijöiden oppimista. Lääkärin on tunnettava potilaan oikeudet ja se, miten selvityspyyntöihin vastataan asianmukaisesti. Työnantajalla tulisi olla toimintamalli työntekijöiden tukemiseksi.

Turvallisuuskriittisten alojen teoreettinen viitekehys kuvaa vaaratahtumien syntymekanismeja ja turvallisuusmenettelyjä organisaatioissa. **KUVA 1** esittää terveydenhuollon toimintaympäristössä vaaratahtumien syntyyn vaikuttavat organisaatiosta johtuvat tekijät (1,2).

Tunnistettujen riskien toteutumista pyritään estämään suojauksin kaikilla turvallisuuskriittisillä aloilla. Suojaus- ja tarkistuslistat, työohjeet, merkitsemiset, tiedonkulun varmistukset, kaksoistarkastukset ja fyysiset suojaimet. Suojaukset eivät kuitenkaan ole täysin



KUVA 1. Organisaation vaaratahtumamalli (1,2).



KUVA 2. Millaisia potilasturvallisuuden vaaratapahtumaan liittyviä tilanteita voin kohdata.

läpäisemättömiä, eivätkä useatkaan suojakerrokset aina estä vahinkoa tai haittaa. Suojauksien peittäminen terveydenhuollossa aiheuttaa potilaalle ohimenevän tai pysyvän haitan.

Haittatapahtumassa lähimpänä potilasta on inhimillinen toiminta eli aktiivinen hoitotilanne ja siinä osallisena olevat ammattilaiset. Virheellinen päättely, unohdus, lipsahdus tai tietoinen suojauksista tinkiminen näyttäytyvät herkästi vaaratapahtuman aiheuttajina. Myös tarpeellisen hoidon antamatta jättäminen voi johtaa vahinkoon.

Myötävaikuttavia olosuhdetekijöitä kannattaa aina tarkastella haittatapahtuman jälkeen. Olivatko työolot ja ympäristö tehtävälle sopivat, onnistuiko tiimin yhteistyö ja tiesivätkö kaikki oman roolinsa? Mikä oli työntekijöiden tilannetietoisuus ja osaaminen suhteessa tehtävään, ja oliko kyseessä rutiiniluonteinen vai poikkeuksellisen vaativa tehtävä? Potilaasta johtuvat tekijät voivat lisätä riskiä. Viime aikoina digitaalisuus, etäkontaktit ja tietojärjestelmät ovat tuoneet uudenlaisia olosuheriskejä.

Piilevillä taustatekijöillä on usein merkittävämpi vaikutus kuin heti tapahtuman jälkeen tiedostetaan. Ovatko henkilöresurssit kohdallaan, miten prosessit on suunniteltu ja onko huolehdittu työntekijöiden riittävästä perehdytyksestä? Myös rakenteista aiheutuvat raja-aidat voivat luoda turvallisuusriskejä. Tur-

vallisuuskulttuuriin heijastuvat johtaminen ja esihenkilöiden toiminta. Onko turvallisuuden varmistaminen priorisoitu, miten riskejä hallitaan ja sitoudutaanko turvallisuuskäytäntöihin? Organisaation ulkopuolisia taustatekijöitä ovat säädökset ja poliittiset valinnat tai esimerkiksi pula ammattitaitoisesta henkilöstöstä.

Vakavan vaaratapahtuman jälkeen kaikkien kerrosten sisältämät juurisyyt kannattaa ottaa tarkasteluun ja suunnata niihin korjaavat toimet. Tämä tarkoittaa koko organisaation päämäärätietoista potilasturvallisuuden parantamista. Kyse ei ole vain yksilöstä, jolle tapahtui, tai yksiköstä, jossa tapahtui. Vaaratapahtumista kertyvää tietoa kannattaa tarkastella avoimesti johtajien, esihenkilöiden ja työntekijöiden kesken. Myös julkinen ja poliittinen keskustelu on toisinaan tarpeen epäkohtien korjaamiseksi.

Mitä teen, kun virhe tai vahinko on sattunut?

Yksittäinen terveydenhuollon ammattihenkilö voi kohdata eri tilanteissa ja erilaisissa rooleissa tiedon vaaratapahtumasta (**KUVA 2**). Potilasturvallisuuden vaarantumisen epäily, vakavaan vaaratapahtumaan johtanut tai lähestä piti -tilanne on arvioitava välittömästi ja käynnistettävä toimet vahingon välttämiseksi tai sen laajenemisen estämiseksi ja vaikutusten

TAULUKKO 1. Miten toimin ja hallitsen tunteeni vahinkotilanteessa.

Toimintani	Tunteitteni kohtaaminen ja käsittely
Estän mahdolliset lisävahingot pyytämällä apua, kertomalla välittömästi potilaalle tai ohjaamalla hänet jatkokontaktiin.	Tunneryöpyn tai paniikin kohdatessa hakeudun rauhaan ja hengitän hitaasti sisään laskien kolmeen ja ulos laskien seitsemään. Toistan.
Käynnistän työpaikallani käytössä olevan toimintaohjeen vahinkotapahtumia varten.	Heti kun mahdollista, kerron turvalliselle työtoverille tai nimetylle tukihenkilölle, miten pärjään ja tarvitsenko tukea.
Teen potilasasiakirjamerkinnät kuvaamalla tapahtumat rehellisesti ja riittävän yksityiskohtaisesti.	Etsin netistä tietoa ammatillisille (www.pvk.fi); hakukoneesta hakusanat: second victim protokolla
Pyydän anteeksi potilaalta tai omaiselta selittelemättä. Annan tilaa potilaan ja omaisen tunteille. Vastaan esitettyihin kysymyksiin.	Kuulostelen vointiani ja jaksamistani. En epäröi hakea psykologista tukea työterveyshuollosta tai muulta ammattiauttajalta.
Pyrin käsittelemään tapahtuneen potilaan tai omaisen kanssa, kun he ovat valmiit ottamaan vastaan lisää tietoa. Tarvittaessa pyydän mukaan esimiehen tai kokeneen kollegan.	Pyrin tunnistamaan haitalliset tunneseuraukset, kuten välttelyn, ylivarovaisuuden, ahdistuksen, itsesyytökset ja pelot. On ammattitaitoa pyytää apua, jos huomaa tapahtuman jättäneen negatiivisia ajattelumalleja.
Ohjaan potilaan tai omaisen hakemaan tukea muualta tai toiselle kollegalle, jos yhteistyötä ei voida jatkaa.	Pyrin hyväksymään tapahtuneen ja olemaan armollinen itselleni. Tunnekäsittely voi vaatia aikaa.
Jaan tietoa tapahtuneesta työyhteisössäni.	Kerron tunteistani muille, kun olen siihen valmis.

minimoimiseksi. Kun akuutti tilanne on saatu haltuun, potilaalla on oikeus saada tieto tapahtuneesta. Myös vahingossa osallisena olleiden työntekijöiden toimintakykyyn, reaktioihin ja tunteiden hallintaan on kiinnitettävä huomiota. **TAULUKKON 1** on koottu menettelyjä vahinkotilanteessa sekä keinoja hallita ja käsitellä tilanteen herättämiä tunteita.

Lääkärin velvoittavat ja vapaaehtoiset ilmoitukset

Jokaista hoitavaa lääkäriä koskee velvollisuus tehdä potilaskertomukseen merkinnät hoidon haitallisista vaikutuksista tai tehottomuudesta. Epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista tulee tehdä yksityiskohtaiset merkinnät, joista käyvät ilmi kuvaus vahingosta, selvitys hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen osalta kuvaus vahingon epäilystä syystä. Lääkkeiden ja laitteiden tunnistetiedot tulee merkitä yksilöidysti. Merkinnät tulee tehdä välittömästi sen jälkeen, kun vahinkoepäily on syntynyt. Tämän lisäksi hoitojakson tai hoitokäynnin tietoihin kuuluu kirjata haittavaikutusdiagnoosi ICD-10-koodia käyttämällä ja haittavaikutuksen syytä koskeva Y-koodi. Hoitoilmoitukseen voidaan myös koodata, liittyykö haittavaikutus samaan vai aikaisempaan hoitojaksoon.

Haittavaikutusten huolellinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin on ehto luotettavalle tilastoinnille, ja tietoja voidaan käyttää esimerkiksi haittavaikutusten määrän seurannassa sekä potilasturvallisuuden kehittämisen apuna. Diagnoosi- ja toimenpidekoodit vaikuttavat myös hyvinvointialueiden rahoitukseen. Lisäksi laaturekistereihin voidaan kerätä rakenteellisesti tietoa hoidon haittavaikutuksista, ja esimerkiksi leikkaushoidon komplikaatioiden vaikeusasteeseen on olemassa luokitusjärjestelmä.

TAULUKKON 2 on koottu terveydenhuollossa hoidon antajaa velvoittavat ilmoitusmenettelyt, jotka perustuvat lakiin tai viranomaisohjeeseen. Osa ilmoitusmenettelystä koskee myös haittojen epäilyä ja läheltä piti -tilannetta. Potilasasiakirjamerkintöjen lisäksi ilmoituksia kuuluu tehdä laitteiden, lääkkeiden ja rokotteiden, säteilyn ja verensiirtojen haitallisista vaikutuksista sekä hoitoon liittyvistä infektioista.

Lakisäateisten ilmoitusmenettelyjen noudattaminen kuuluu hyvinvointialueita koskevan järjestämislain (612/2021) ja 1.1.2024 voimaan tulevan valvontalain (HE299/2022) perusteella omavalvonnan piiriin ja on viranomaisvalvonnan kohde. Omavalvontaan kuuluu myös henkilöstön ilmoitusvelvollisuus asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantaneista epäkohdista, vakavasti vaarantaneista tapahtumista, vahingoista tai vaaratilanteista

TAULUKKO 2. Velvoittavat kirjaamis- ja ilmoitusmenettelyt hoidon vaaratapahtuman, haittavaikutuksen tai vaaratilanteen jälkeen.

Kirjaamis- tai ilmoitusmenettely	Mitä kirjataan tai ilmoitetaan	Säädösperusta tai ohje	Vastaanottaja	Lisätietoa
Potilaskertomus	Riskit, hoidon haitalliset vaikutukset ja epäillyt vahingot	Potilasasiakirja-asetus (94/2022)	Potilasasiakirjat	Liittyvä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
Hoitoilmoitus	Hoidon haittavaikutus (ICD-10-diagnoosi) Haittavaikutuksen syy (Y-koodi)	Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta (668/2008)	THL:n hoitoilmoitus-rekisteri	Tarkemmat ohjeet: Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus (Hilmo-opas) 2020
Lääkkeen haittavaikutus	Lääkkeen todettu tai epäilty vakava haittavaikutus, yhteisvaikutus, odottamaton tai uuden lääkkeen haittavaikutus	Läkelaki (395/1987) ja Fimean ohje haittavaikutusten ilmoittamisesta 27.2.2017	Fimea	Fimean sivulla sähköinen ja pdf-muotoinen ilmoituslomake. Myös potilaan mahdollista tehdä ilmoitus.
Rokotteen haittavaikutus	Todettu tai epäilty haittavaikutus	Tartuntatautilaki (1227/2016)	Fimea	Sähköinen ja pdf-ilmoituslomake.
Terveystieteiden laitteen tai tarvikkeen vaaratilanne	Vakava vaaratilanne 10 vrk:n ja läheltä piti -tilanne 30 vrk:n kuluessa	Laki lääkinnällisistä laitteista (719/2021)	Fimea	Koskee valmistajaa ja ammattimaista käyttäjää. Sähköinen ja pdf-ilmoituslomake.
Hoitoon liittyvä infektio	Rekisteriin kerättävät laissa säädetyt tiedot infektiosta ja hoidosta	Tartuntatautilaki (1227/2016)	Hoitoon liittyvien infektioiden rekisterit	Alueellinen (hyvinvointialueen ylläpitämä) ja valtakunnallinen (THL:n ylläpitämä).
Verensiirtoreaktio	Verensiirron yhteydessä syntyvä odottamaton reaktio eli haittavaikutus	Veripalvelulaki (197/2005) ja asetus (258/2006)	Veripalvelun veriturva-toimisto, joka toimittaa tiedot Fimealle	Käytännössä ilmoitus tehdään ensin sairaalan verikeskukseen. Lomake löytyy verkkosivuilta.
Säteilyturvapoikkeama	Merkittävä suunnitellun lääketieteellisen altistuksen ym. säteilytapahtuma	Säteilylaki (859/2018)	Säteilyturvakeskus	Tarkempi kuvaus löytyy STUK:n S/2/2018-määräyksestä.

sekä sellaisista puutteista, joita ei ole korjattu annetusta ohjauksesta huolimatta.

Velvoittavien ilmoitusten lisäksi terveydenhuollossa on laajasti käytössä vapaaehtoinen vaaratapahtumien ilmoitusmenettely läheltä piti -tilanteista tai potilaalle haittaa aiheuttaneista tapahtumista. Menettely perustuu kansainvälisiin suosituksiin, ja sen ensisijaisia tarkoituksia ovat tapahtumista oppiminen ja turvallisuuden parantaminen (3). Nykymuotoisten vaaratapahtumailmoitusten määriä ei voida käyttää hoidon laadun tai turvallisuuden mittarina (4). Vaaratapahtumailmoitusten heikkoutena on ilmoitusten subjektiivisuus ja laatuvahtelu. Koska ilmoituksessa ei tunnusteta potilasta, kehittämisen kannalta olennaista tietoa jää saamatta ja analysoimatta.

Vakavien vaaratapahtumien käsittelyä varuten on sosiaali- ja terveysministeriön johdolla

valmisteilla tutkintaoppaan päivitys (5). Kyseessä on organisaation sisäinen tutkinta, jossa tarkastellaan vakavan vaaratapahtuman kulkua ja juurisyitä. Lopputuloksena on suosituksia organisaatiolle toimintamalleista tai käytännöistä, joiden avulla estetään samankaltaisten vakavien tapahtumien toistuminen. Kehitteillä on myös kuumen linjan ilmoitusmenettely sellaisista vakavan vaaran aiheuttaneista tapahtumista, jotka aina olisivat vältettävissä asianmukaisesti toimien (never events).

Potilaat ja omaiset vahingon jälkeen

Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyin lain ja asiakirjoja koskevien säädösten perusteella potilaalla on oikeus saada tietoa itseään koskevasta vaaratapahtumasta ja -tilanteesta. Anteek-

Ydinasiat

- » Virheitä ja vahinkoja syntyy inhimillisten ja järjestelmän heikkouksien seurauksena suojausten pettäessä.
- » Ensisijaista on potilaalle aiheutuvien vahinkojen estäminen ja seurausten rajoittaminen.
- » Kirjaamisesta potilasasiakirjoihin ja velvoittavista ilmoituksista on huolehdittava mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen.
- » Potilaalle tai omaiselle kerrotaan tapahtuneesta ja sen seurauksista, esitetään anteeksipyyntö sekä kerrotaan potilaan oikeuksista ja ohjataan yhteys potilasasiamieheen.
- » Jokaisessa työyhteisössä on oltava vahingossa tai virheessä osallisten ammattilaisten tukemiseksi protokolla, joka aktivoidaan mahdollisimman pian tapahtuneen jälkeen.

sipyyntö osoittaa vastuun kantamista. Etenkin virheen tai vahingon jälkeen se kuuluu asiaan. Potilaalle kannattaa kertoa potilasasiamiehestä (potilasasiavastaava, HE 300/2022 voimaantulon jälkeen 1.1.2024 alkaen), joka opastaa käytännön menettelyissä.

Potilas voi ilmaista tyytymättömyytensä suoraan hoitoyksikköön tai hoitavalle henkilölle, antaa kirjallisen muistutuksen toimintayksikön vastaavalle lääkärille, tehdä potilasvahinkoilmoituksen tai kannella valvontaviranomaiselle. Jokaisella menettelyllä on omat käytäntönsä. Tyypillisesti prosessiin kuuluu osallisena olleen ammattihenkilön mahdollisuus antaa vastine tai selvitys tapahtumien kulusta.

Lääkärin kannattaa perehtyä tapahtuneeseen ja laatia totuudenmukainen kuvaus tapahtumisesta. Hyvät asiakirjamerkinnät ovat avuksi. Nuori lääkäri voi pyytää apua vanhemmalta kollegalta. Vastineeseen voidaan kuvata sen kaltaisia myötävaikuttavia seikkoja, joita potilasasiakirjoissa ei ole. Esimerkiksi tieto henkilöstövajeesta tai päivystysajan ruuhkatilanteesta kannattaa tuoda esiin.

Osallisena olevan työntekijän jälkihoito

Second victim merkitsee vahingon ”toista” uhria itse vahingon kärsineen potilaan lisäksi. Yleensä kyseessä on ammattilainen, jonka toiminta tai toimimattomuus on johtanut potilaan vahingoittumiseen. Samankaltainen ilmiö tunnetaan esimerkiksi liikenneonnettomuuksissa, joissa yliajetun uhrin lisäksi yliajaja voi traumatisoitua vakavasti.

Työpaikalla kuuluu olla valmius tukea ammattilaisia virheen tai vahingon jälkeen. Second victim -protokolla tarjoaa nopeasti apua tapahtuneen ja sen herättämien tunteiden käsittelemiseksi (**TAULUKOT 1 ja 3**). Tarvitaan välitön ja matalan kynnyksen tarttumapinta ammattilaiselle, joka epäilee tehneensä virheen. Tilanteissa, joihin ammattilainen voi vahingon yhteydessä joutua, ensimmäinen kontakti ja sen luonne ovat avainasemassa. Etenemisen tulisi olla organisaatiotasolla määriteltyä. Tuomitsematon käsittely ehkäisee traumatisoitumista ja ammatillisen itsetunnon heikkenemistä. Yhteisön tuki virheessä mukana olleelle työtoverille voi vahvistaa halua olla inhimillinen ja empaattinen muita sekä itseään kohtaan – ammattimaisuudesta tinkimättä (6–8).

Tutkimusten mukaan virheen tehneet ammattilaiset eivät saa riittävästi tukea vahinkotapahtumien käsittelyyn. Mikäli ensimmäinen kontakti epäonnistuu, prosessi saattaa edetä haitalliseen suuntaan. Seurauksena voi syntyä haitallisia toimintamalleja kuten välttelyä, ylivarovaisuutta tai jopa alan vaihtoa. Asianmukainen vahinkojen käsittely vähentää ammattilaisen kuormittumista tapahtuman vuoksi. Se on merkki organisaation hyvästä turvallisuuskulttuurista (6–8). Nopeat asioiden käsittely voi auttaa palauttamaan luottamuksen potilaan ja hoitohenkilökunnan välille (9).

Tutkimusten mukaan työntekijän tukeminen koetaan tarkoituksenmukaiseksi, kun ammattilaiset käsittelevät ensisijaisesti terveydenhuollon resurssina eikä virheentekijänä. Hyvään potilasturvallisuuskulttuuriin kasvaneet ammattilaiset muodostavan turvallisen ja toimivan osan organisaatiota (10). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilasturvallisuusstrategi-

assa 2022–2026 yhtenä tavoitteena on henkilöstön psykososiaalisten riskitekijöiden vähentäminen ja työturvallisuuden parantaminen. Tähän kuuluu tapahtuneen käsittely virheen tai vahingon jälkeen (11).

Potilasturvallisuuden perusteiden osaaminen antaa valmiuksia toimia oikein

Maailman terveysjärjestö WHO:n toimeksiantona laadittu potilasturvallisuuden opintosuunnitelma opastaa kouluttamaan potilasturvallisuutta kaikille terveydenhuoltoalalle valmistuville ammattilaisille (12). Se sisältää potilasturvallisuuden olennaiset osaamisalueet (KUVA 3). Näitä ovat inhimillisten tekijöiden ja systeemin vuorovaikutuksen ja kompleksisen toimintaympäristön haasteiden tunnistaminen. Vuorovaikutuksen merkitys tiimityön onnistumiselle on suuri, ja siihen kuuluu myös virheistä oppiminen syyllistämättömässä ilmapiirissä.

Hyvää potilasturvallisuuskulttuuria luovat riskien hallinnan käytännöt, työn laadun ja mittaamisen merkityksen ymmärtäminen sekä potilaiden ja omaisten roolin huomioiminen. Infektioiden torjunta, lääkitysturvallisuus ja kajoavien toimenpiteiden suojaukset vähentävät haittatapahtumia. Vuonna 2011 julkaistuja osaamissisältöjä on täydennetty laiteturvallisuuden, digitaalisten ja etänä annettavien hoitojen sekä onnistumisista oppimisen näkökulmilla.

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiaan 2022–2026 kuuluu potilasturvallisuuden koulutuksen sisällyttäminen kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen (11). Lisäksi työnantajan potilasturvallisuusmenettelyt kuuluvat jokaisen uuden työntekijän perehdytykseen.

Turvallisuuskulttuuria vaaliva yhteisö on joustava

Potilasturvallisuuskulttuurilla ymmärretään potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja järjestelmällistä toimintatapaa, sitä tukevaa johtamista sekä arvoja ja asenteita. Toiminta-

TAULUKKO 3. Second victim -protokollan sisältö toimintayksikössä.

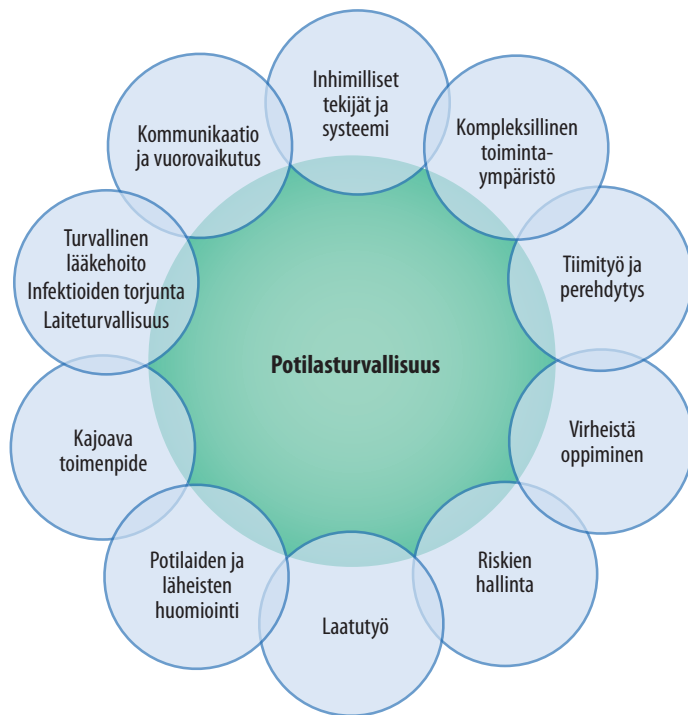
Kuka	Organisaatiossa ennalta nimetty protokollaan koulutettu työyhteisön jäsen tai vertaistukihenkilö tai sellaisen puuttuessa paikalla oleva kokenut ammattihenkilö aktivoituu tukirooliin. Vastuu lisähaittojen ehkäisystä osoitetaan toiselle kokeneelle ammattihenkilölle.
Mitä	Organisaatiossa sovittu second victim -protokolla käynnistyy antamalla osallisille psykologista ensiapua.
Missä	Protokolla on käytössä kaikissa työyksiköissä eli sairaaloiden osastoilla, teho-osastoilla, leikkauksyksiköissä, päivystyksessä, poliklinikoissa, perusterveydenhuollon vastaanotoilla, ensihoidossa ja tukipalveluissa.
Milloin	Protokolla käynnistyy välittömästi tai mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen, ja sitä jatketaan niin kauan kuin tarpeellista.
Miksi	Tapahtuman aiheuttaman työyhteisön jäsenen tai jäsenen traumatisoitumisen ja sen seurauksen vähentämiseksi ja ammattilaisten sopeutumiskyvyn lisäämiseksi.

tapa sisältää riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. Erehtymisen mahdollisuus huomioidaan ja vaara- ja haittatapahtumista pyritään jatkuvasti oppimaan (13).

Terveyskeskusten potilasturvallisuuskulttuuria tutkivassa opinnäytetyössä kuvattiin turvallisuuskulttuurin ulottuvuuksina muun muassa hallinnan tunne työssä useilla eri osa-alueilla, turvallisuusmotivaatio, esihenkilötuki, ennakkoiva kehittäminen, muutoksen hallinta organisaatiossa sekä turvallisuusjohtaminen. Muita tarkasteltavia kohteita olivat muutostilanteiden hallinta, erityisesti myönteisen palautteen antokulttuuri ja puitteet laadukkaan työn tekemiseksi (14).

Turvallisuutta luova ilmapiiri on tasavertainen ja kunnioittava, ja työyhteisön jäsenten asenne jokaista ammattilaista ja potilasta kohtaan on arvostava oppiarvosta, lähtökohdista, etnisyydestä tai muista yksilöllisistä seikoista riippumatta. Inhimillisyys, luottamus ja syyllistämättömyys ovat läsnä hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa.

Inhimillisessä maailmassa syntyy toisinaan organisaatiotasolla epäonnistumisia ja yksilötasolla virheitä. Tämän hyväksyminen on



KUVA 3. Maailman terveysjärjestön suositteleman potilasturvallisuuden opintosuunnitelman sisällöt muokattuina (muokattu lähteestä 12; muokkaus: Minna Halinen).

ammattillisuutta. Työyhteisöissä tulisi pystyä suhtautumaan virheisiin avoimesti, realistisen rehellisesti mutta myös ymmärtävästi ja tuomitsematta. Häpeällä ja rankaisulla ei pitäisi olla sijaa, koska ne johtavat pelkoon ja peitteilyyn. Oppiminen tapahtuneesta auttaa laadun ja potilasturvallisuuden parantamisessa sekä luo turvallisuuskulttuuria.

Määrätietoinen työ vähentää haittoja ja vahinkoja

Potilasturvallisuuskehityksen alkusysäyksenä voidaan pitää Institute of Medicinen vuonna 2000 julkaisemaa raporttia *To err is human – building a safer health system* (15). Raportti osoitti, että terveydenhuollon haitoista aiheutuu huomattavat ylimääräiset kustannukset, jotka voisivat olla monilta osin estettävissä. Raportti innoitti potilasturvallisuustutkimusta ja käynnisti hallinnollisia ja käytännön toimia haittatapahtumien vähentämiseksi (16). Ajattelu raportin taustalla perustuu James Reasonin malliin inhimillisten ja organisaatiotekijöiden

vaikutuksista virheiden ja onnettomuuksien syntyyn (**KUVA 1**) (1).

Hoidon haittavaikutukset on tunnistettu maailmanlaajuisesti ongelmaksi yhtä lailla kehittyvissä kuin kehittyneissäkin maissa. WHO on käynnistänyt useita potilasturvallisuuden parantamiseen tähtääviä toimenpideohjelmia muun muassa sairaalahoitoon liittyvien infektioiden ja kirurgisen hoidon haittatapahtumien vähentämiseksi (17,18). Myös lääkitysturvallisuuteen, synnytyksiin, rokotteisiin ja säteilyyn keskittyviä kehittämisohjelmia on otettu käyttöön (19).

Euroopan unioni on huomionut potilasturvallisuuden kehittämisen muun muassa antamalla suosituksen potilasturvallisuusmenettelyistä ja haittatapahtumien ehkäisystä. Potilasturvallisuusopintojen sisällyttämistä terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen on suositeltu. Ohjaus on johtanut potilasturvallisuuden kehittämisyksiköiden perustamiseen (20).

Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö (OECD) julkaisee tietoja hoidonhaitta-

vaikutusten kustannuksista. Hoitohaitat ovat maailmanlaajuisesti neljänneksitoista suurin terveysuhka. On arvioitu, että 13 % sairaala-toiminnan kustannuksista johtuu hoidon haittavaikutuksista (21). Arvion perusteella Suomessa terveydenhuollon haittojen vuosittaiset kustannukset ovat miljardiluokkaa.

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian ja toimeenpanosuunnitelman 2022–2026 tavoitteina on tehdä Suomesta asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa vuoteen 2026 mennessä ja välttää vältettävissä oleva haitta (11).

Myös muut toimijat edistävät Suomessa potilasturvallisuutta. Valtakunnallista yhteistyötä varten perustettiin vuonna 2010 Suomen Potilasturvallisuusyhdistys, jonka tavoitteena on varmistaa turvallinen ja laadukas hoito, hoiva ja palvelut Suomessa (22).

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus aloitti toimintansa vuonna 2019. Keskuksen tehtävänä on koordinoida asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämistä, suunnittelua, seuranta ja

arviointia sekä tuottaa toimintamalleja, uusia työkaluja sekä suosituksia hyvinvointialueille, ammattilaisille, asiakkaille ja potilaille. Keskus tekee yhteistyötä tietoa ja tuloksia jakaen. Sen toimintaa ohjaa, seuraa ja arvioi sosiaali- ja terveysministeriö (23).

Lopuksi

Hoitoon liittyvät virheet, vahingot ja haittatapahtumat ovat suojauksista ja riskien ennakoinnista huolimatta toisinaan väistämättömiä inhimillisen toiminnan ja systeemin puutteiden seurauksia. Jokaisen ammattihenkilön kannattaa perehtyä potilasturvallisuuden perusteisiin ja tutustua menettelyihin vahinkoepäilyn herätessä. Velvoittavat ilmoitusmenettelyt kannattaa osata, jotta niiden noudattaminen sujuu emotionaalisesti kuormittavissakin tilanteissa. Hyvä turvallisuuskulttuuri ja valmis toimintamalli henkilöstön tueksi vahingon jälkeen kannattelevat ammattilaisten psykologista turvallisuutta ja auttavat työyhteisöä eteenpäin. ■

TUIJA IKONEN, LT, erikoislääkäri

Johtaja, Pohjanmaan hyvinvointialue, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
Potilasturvallisuuden professori, Turun yliopisto

MINNA HALINEN, LL, erikoislääkäri, kouluttajalääkäri
Osastonlääkäri, HUS Akuutti, Meilahti
Koulutusylilääkäri, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

MINNA LAUKKAVIRTA, LT, erikoislääkäri
Ylilääkäri, Kanta-Hämeen hyvinvointialue
Koulutusylilääkäri, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus

VASTUUTOIMITTAJA

Ville Sallinen

SIDONNAISUUDET

Tuija Ikonen: Luottamustoimet (STM, asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian seurantaryhmän jäsen, Länsi-Suomen yhteistyöalueen tutkimustoimikunnan jäsen, Varsinais-Suomen VTR-arviointiryhmän jäsen), hankkeet (Virtual Platform for Medical Device Training, ESR-rahoitettu hanke, RRF-hanke, Pohjanmaan hyvinvointialue), muut sidonnaisuudet (Orion Oy, Oriola Oy)

Minna Halinen: Apuraha (Lääkäriliitto), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Terveystalo, Ainoa Kuntakumppani, FinnEm Ry, Helsingin kaupunki, Duodecim, Terveyskirjasto, Orion), luottamustoimet (PVK:n asiantuntijalääkäri), hankkeet (Perustason traumojen hoito-ohjeiden tietokannat, Duodecim Terveysportti, Yhteispäivystyksen peruskoulu (YPPK), HUS Akuutti), muut sidonnaisuudet (Orion)

Minna Laukkavirta: Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768–70.
2. Vincent C. Patient safety. 2. painos. Chichester: WileyBlackwell Publishing Ltd 2010
3. Patient safety incident reporting and learning systems technical report and guidance 2020. WHO 2020. <https://who.int/publications/i/item/9789240010338>.
4. Howell AM, Burns EM, Bouras G, ym. Can patient safety incident reports be used to compare hospital safety? Results from a quantitative analysis of the English National Reporting and Learning System data. *PLoS One* 2015;10:e0144107.
5. Haavisto E, Helovuoto A, Kinnunen M, ym. toim. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry 2012.
6. Kappes M, Romero-García M, Delgado-Hito P. Coping strategies in health care providers as second victims: a systematic review. *Int Nurs Rev* 2021;68:471–81.
7. Busch IM, Moretti F, Campagna I, ym. Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:5080.
8. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, ym. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf* 2014;23:325–31.
9. Prothero M, Morse J. Eliciting the functional processes of apologizing for errors in health care: developing an explanatory model of apology. *Glob Qual Nurs Res* 2017;4:2333393617696686.
10. Busch IM, Moretti F, Campagna I, ym. Promoting the psychological well-being of healthcare providers facing the burden of adverse events: a systematic review of second victim support resources. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:5080.
11. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>.
12. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization 2011.
13. Potilasturvallisuusopas. Helsinki: THL 2011. www.thl.fi/potilasturvallisuus.
14. Walta L, Kaarakoski P. Potilasturvallisuus-kulttuuri terveyskeskuksissa. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu 2013.
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press 2000.
16. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, ym. The “to err is human” report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care* 2006;15:174–8.
17. World Alliance for Patient Safety. Global patient safety challenge: 2005-2006 clean care is safer care. Geneva: WHO 2005.
18. WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery saves lives. Geneva: WHO 2009.
19. WHO. Patient safety. www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1.
20. EU. Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Official Journal of the European Union 3.7.2009.
21. Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers No. 96. Pariisi: OECD Publishing 2017. <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.
22. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys SPTY ry. www.spty.fi.
23. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus. www.asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi.