

Vakavien vaaratapahtumien tutkimat Suomessa

Mari Liukka & Merja Sahlström

Sosiaali- ja terveydenhuollossa puhutaan asiakas- ja potilasturvallisuuden yhteydessä vaaratapahtumista. Ne pitävät käsitteenä sisällään sekä läheltä piti -tilanteet, että haittatapahtumat. Läheltä piti-tilanteet eivät luonnollisesti aiheuta asiakkaalle/potilaalle haittaa, vaan niiltä vältyttiin syystä tai toisesta. Sen sijaan haittatapahtumassa asiakkaalle/potilaalle aiheutuu tapahtumasta riippuen aina eri asteista haittaa. Vakava vaaratapahtuma tarkoittaa, että asiakkaalle/potilaalle aiheutuu tai voisi aiheutua vakavaa tai huomattavaa pysyvää haittaa, taikka hänen henkeensä tai turvallisuuteensa kohdistuu vakava vaara. Vakavaksi vaaratapahtumaksi luokitellaan myös tilanne, jossa uhka kohdistuu suureen joukkoon asiakkaita/potilaita. Vakavaksi haittatapahtumaksi katsotaan tyypillisesti kuolemaan johtanut, henkeä uhannut, sairaalahoidon aloittamiseen tai jatkamiseen, pysyvään tai merkittävään vammaan, toimintaesteisyyteen tai -kyvyttömyyteen johtanut tilanne. (Rohto 2006; STM 2023). Näiden lisäksi kaikki haittatapahtumat aiheuttavat merkittävää inhimillistä kärsimystä asiakkaille/ potilaille. Myös tapahtumissa mukana olleiden ammattilaisten hyvinvointi voi olla kovalla koetuksella ja he voivat kärsiä erilaisista oireista mm. univaikeuksista, masentuneisuudesta, peloista ja stressistä, jopa puoli vuotta tapahtuman jälkeen (Vanhaecht ym. 2019).

Vaaratapahtumien estettävyys vaihtelee toimintaympäristöstä riippuen 3 % ja 70 % välillä (perusterveydenhuolto 3 %, vuodeosastohoito 5 %, pitkäaikaishoito 50 % ja päivystys 36–71 %) (WHO 2024) ja ne aiheuttavat merkittäviä kustannuksia maailmanlaajuisesti. Tutkimuksen mukaan kehittyneissä maissa vaaratapahtumien suorat hoitokustannukset lähestyvät 13 % terveydenhuollon menoista, mikä vastaa 606 miljardia dollaria vuodessa eli yli 1 % OECD-maiden yhteenlasketusta taloudellisesta tuotannosta. Kustannusten lisäksi vaaratapahtumat aiheuttavat maailmanlaajuisesti yli 3 miljoonaa

kuolemaa vuosittain. (Slawomirski & Klazinga 2022).

Potilasvakuutuskeskuksen mukaan (2024) korvatuista potilasvahingoista noin 85 vahinkoa aiheuttaa vakavaa haittaa Suomessa. Yksittäisen vakavan haitan potilasvahinko voi vuosien saatossa aiheuttaa yli miljoonan euron korvaukset (Potilasvakuutuskeskus 2024). Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV) asiakas- ja potilasturvallisuuden ohjausta ja seurantaa koskevassa tarkastusraportissa (2021) arvioitiin, että sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvien haittojen ja vahinkojen kustannukset voivat Suomessa olla jopa miljardi euroa vuosittain. Suomessa vaaratapahtumien kokonaismäärää tai niiden vakavuutta ei tiedetä, sillä tietoa ei kerätä systemaattisesti eikä vaaratapahtumien ilmoittamiseen ole ollut velvoitetta.

Koska vaaratapahtumat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia ja kärsimystä maailmanlaajuisesti, niiden hallinta vaatii kiireellisiä ja johtajuuteen perustuvia toimia.

TUTKINTAPROSESSI

Vakavien vaaratapahtumien tutkiminen on osa turvallisuuskulttuurin kehittämistä (STM 2023). Turvallisuuskulttuuri on osa organisaatiokulttuuria, johon kuuluu turvallisuuden liittyvät arvot ja asenteet. Hyvän turvallisuuskulttuurin organisaatioissa turvallisuudesta välitetään aidosti ja se on aito päämäärä kaikilla organisaation tasoilla. Epäkohtiin puututaan ja toimintaa kehitetään. Lisäksi yhteistyötä arvostetaan ja tiedon jakamista edistetään. Johtajilla ja heidän toiminnallaan on suuri rooli turvallisuuskulttuurin kehittämisessä (Reiman 2023).

Vaaratapahtumien hallinnan prosessi koostuu proaktiivisesta, tapahtumahetkeen liittyvästä sekä reaktiivisesta hallinnasta. Proaktiivinen hallinta tarkoittaa ennakoivaa vaaratapahtumiin vaikuttaviin tekijöihin perehtymistä. Ta-

pahtumahetkeen liittyvällä hallinnalla tarkoitetaan puolestaan keinoja, joilla pyritään selviytymään vaaratapahtumista ja reaktiivisella hallinnalla, kuten vakavien vaaratapahtumien tutkinnalla, reagoimista vaaratapahtumiin ja niihin liittyviin tekijöihin. Keskeistä reaktiivisella vaaratapahtumien hallinnalla on tapahtumien analysointi ja juurisyiden selvittäminen, jotta vastaavaa ei tapahtuisi uudelleen (Lehesvuo & Jalonen 2022). Käytäntönä on, että organisaatioissa on vakavien vaaratapahtumien tutkintaan koulutettujen henkilöiden muodostama moniammatillinen ryhmä. Tästä ryhmästä kootaan erikseen pienryhmä kunkin tutkittavan vakavan vaaratapahtuman kohdalla. Yleisimmin tutkinnat tehdään organisaation sisäisesti, mutta on tapauksia, jossa tutkinta tulee tehdä organisaatioiden yhteistyössä. Näin esimerkiksi tapauksessa, jossa asiakkaan / potilaan hoitoprosessi ulottuu toiseen organisaatioon.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaprosessiin kuuluu erilaisiin dokumentteihin, kuten ohjeisiin ja asiakas- ja potilastietojärjestelmien tuottamaan tietoon tutustuminen ja tapahtumassa mukana olleiden haastattelut. Saatujen tietojen perusteella luodaan tapahtuman aikajana ja tehdään analyysi, jotta päästään kiinni tapahtumassa syntyneisiin poikkeamiin ja niiden juurisyihin. Juurisyiden pohjalta tehdään suositukset, jolla tapahtuman toistuminen voitaisiin estää sekä miten turvallisuutta voitaisiin jatkossa parantaa (STM 2023).

Vakavien vaaratapahtumien tutkinnoista tyyppillisesti ainoa säilytettävä asiakirja on tutkinnan loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) syksyllä 2023 julkaisemassa Vakavien vaaratapahtumien tutkintaoppaassa linjataan, että vakavien vaaratapahtumien tutkintaan liitetyvä loppuraportti on lähtökohtaisesti julkinen asiakirja, siltä osin, kun se ei sisällä salassa pidettävää tietoa. (STM 2023).

OPPIMINEN

Vaaratapahtumista oppimisen ja niiden hallinnan suurimpia haasteita ovat järjestelmälaajuisen lähestymistavan tarve, turvallisuuskulttuurin ja tietoinfrastruktuurin vahvistaminen sekä jatkuvan oppimisen ja parantamisen arvostaminen. Parannusten saavuttaminen vaatii kattavaa sitoutumista kaikilla tasoilla, mukaan lukien

poliittista tahtoa ja investointeja moderniin tietoinfrastruktuuriin. (Slawomirski & Klazinga 2022.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas-/potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista tulee ilmoittaa tapahtuman tyyppistä riippuen eri viranomaisille ja joidenkin tapahtumien kohdalla ilmoitus oman organisaation raportointijärjestelmään on riittävä. Ilmoitukset jäävät yleensä kyseessä olevan viranomaistahon omiin järjestelmiin tai hyvinvointialueen omiin järjestelmiin eikä tieto siten ole yleisesti hyödynnettävissä. Vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta saatua tietoa ei juurikaan jaeta organisaatioiden ulkopuolelle. Myös organisaatioiden sisällä tutkinnasta saatu tieto liikkuu kovin vähän muualle kuin tapahtumayksikköön. Tällainen tietojen pirstaleisuus ei edistä myöskään vaaratapahtumista oppimista.

Onnettomuustutkintakeskus (OTKES) onkin julkaissut seuraavan turvallisuussuosituksen vuonna 2019: *”Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii, että terveydenhuollon alalle kehitetään tietojenkeruu ja tiedonjakojärjestelmä, jonka avulla kaikista vakavasti potilasturvallisuutta uhanneista tapahtumista kerätään oleelliset tiedot ja muodostetaan ja julkaistaan turvallisuuden parantamisen kannalta olennaiset johtopäätökset koko toimialan hyödyksi.”* (OTKES 2019). Tällaista suosituksenmukaista järjestelmää tai toimintatapaa, joka mahdollistaisi laajemman tietojen jaon ja oppimisen, ei vielä ole käytössä.

Kokemuksemme mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon vakavia vaaratapahtumia on tutkittu Suomessa 2010-luvun alkupuolelta lähtien. Suomessa on siis tehtynä useita satoja vakavien vaaratapahtumien tutkintoja, mutta niistä saatua tietoa ei ole hyödynnetty juuri lainkaan, etenkin kansallisesti. Todennäköisesti näissä tapahtumissa on samoja syntymekanismia tai tapahtumaan myötävaikuttavat tekijät ovat samankaltaisia. Onko meillä Suomessa varaa olla oppimatta toisilta ja tehdä samankaltaisia vaka- viinkin haittoihin johtavia virheitä toistuvasti, varsinkin kun vakavien vaaratapahtumien tutkinta vaatii yleensä monen ihmisen työpanoksen ja tällä hetkellä resurssit ovat tiukassa joka puolella?

Oppimisen jakaminen organisaation sisällä (asiakkaiden/potilaiden/perheiden, tapahtumaan osallistuneiden, tutkintaryhmän ja mui-

den tarvittavien osapuolten kanssa) sekä organisaation ulkopuolella, on avain lisävahinkojen ehkäisyyn ja hoivan sekä hoidon turvallisuuden kehittämiseen. Ilman vaaratapahtumista oppimista ja sen jakamista organisaatio on edelleen haavoittuvainen, koska samanlaiset tapahtumat voivat toistua ja usein myös toistuvatkin. Tutkintojen tulokset (saatu tieto, oppi ja suositukset) tulisikin sisällyttää organisaatiotason raportointiin. Tietoa näistä tulisi jakaa myös organisaation ylimmälle johdolle, poliittisille päättäjille sekä kansalaisille. Ulospäin raportointi olisi myös tärkeää, koska samanlaisia tai samankaltaisia vaaratapahtumia voi esiintyä missä tahansa organisaatiossa tai järjestelmässä. Yhdessä organisaatiossa saatu oppi tulisi välittää muille vahinkojen ehkäisemiseksi. Ulkoisen raportoinnin tulisi sisältää tiedot siitä mitä tapahtui ja miksi, mitä toimenpiteitä (tai muutoksia) toteutettiin ja millaisin tuloksin. (Canadian Patient Safety Institute (2012.)

VAKAVIEN VAARATAPAHTUMIEN TUTKINTAAN LIITTYVÄ OHJEISTUS SUOMESSA

Kuten jo aiemmin mainittiin, tietoa vakavista vaaratapahtumista on Suomessa vaikea saada, koska ne usein jäävät eri viranomaisten tai organisaatioiden omiin järjestelmiin. Ainoastaan Onnettomuustutkintakeskuksen (OTKES) tutkintaselostukset ovat vapaasti luettavissa heidän verkkosivuillaan.

OTKESiin perustettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintahaara vuonna 2021. Tutkintahaaran tarkoituksena on tutkia sosiaali- ja terveydenhuollon onnettomuuksia sekä vastata tutkinnoista saatavien tietojen järjestelmälliseen käsittelyyn yleisen turvallisuuden parantamiseksi. Tutkinta voi koskea yksittäiselle asiakkaalle/potilaalle vakavaa haittaa aiheuttanutta tapahtumaa, kuten esimerkiksi lääkitysvirhettä tai laajavaikutteista tapahtumaa, kuten asiakas-/potilastietojärjestelmän häiriötä. Hyvinvointialueen, sairaalan, sosiaalihuollon edustajan tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulee ilmoittaa OTKESille viipymättä tapahtumasta, joka ilmoittajan arvion mukaan voi tulla turvallisuustutkintalain mukaisesti tutkittavaksi. (OTKES 2021). OTKESin tutkinta ei poissulje organisaation omavalvonnallista velvoitetta

tutkia vakavia vaaratapahtumia. Oma tutkinta voidaan aloittaa nopeasti tapahtuman jälkeen ja myös korjaavat toimenpiteet voidaan tehdä pikaisella aikataululla.

Valvontalain mukaan omavalvontasuunnitelmissa on oltava kuvaus vaaratapahtumien ilmoitus- ja oppimismenettelyistä. Asiakas-/potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat tai puutteet tulee korjata välittömästi. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023)

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimenpanosuunnitelman 2022–2026 yhdeksi toimenpiteeksi asiakas- ja potilasturvallisuuden parantamiseksi on kirjattu, että ”*Palveluyksiköt ottavat käyttöön vakavien vaaratapahtumien arviointimenettelyt*” (STM 2022). Vakavien vaaratapahtumien arviointimenettelyn sijaan puhutaan yleisemmin vakavien vaaratapahtumien tutkinnasta.

TUTKIMUS TUTKINTOJEN LOPPURAPORTEISTA

Päätimme tehdä tutkimusta vakavien vaaratapahtumien tutkintaraportteihin perustuen, koska sellaista ei Suomessa ole aikaisemmin tehty. Aineiston analysointi on vielä kesken ja tässä artikkelissa onkin tarkoitus kuvata ja pohtia aineiston keruuprosessia, yleisellä tasolla raporttien tuottamaa tietoa ja hyödynnettävyyttä sekä saatujen raporttien rakennetta. Tapahtumien tyypeistä, myötävaikuttavista tekijöistä, suosituksista sekä niiden seurannasta raportoidaan erikseen toisissa artikkeleissa.

Lähetimme kirjaamojen kautta tietopyynnön vakavien vaaratapahtumien loppuraporteista 23 hyvinvointialueelle mukaan lukien HUS ja Helsingin kaupunki. Jatkoissa tässä artikkelissa käytämme kaikista alueista sanaa hyvinvointialue. Liitimme lähettämääme tietopyyntöön tutkimussuunnitelman ja pyynnön saada tutkintaraportit vuosilta 2018–2023. Pyyntöön kirjattiin myös lause ”*Jos raportteihin on kirjattu salassa pidettävää tietoa, pyydetään organisaatioita lähettämään raportit siten, että salassa pidettävä tieto on niistä poistettu*”. Raportit pyydettiin lähettämään 3,5 viikon kuluessa. Määräpäivään mennessä olimme saaneet raportit kolmelta hyvinvointialueelta. Muistutusviestin jälkeen saimme loppujen lopuksi raportit yhteensä

11:ltä hyvinvointialueelta. Tutkintaraportteja saimme yhteensä 211 kappaletta.

Neljällä hyvinvointialueella ei vakavien vaaratapahtumien tutkintamenettelyä ole ollut käytössä ja neljä hyvinvointialuetta edellytti tutkimuslupaprosessia aineiston luovuttamiseksi. Tähän ei kuitenkaan lähdetty, vaan pitäydyimme julkisuusperiaatteen mukaisessa tiedonpyyntöoikeudessa; Jokaisella on oikeus saada tietoonsa viranomaisen julkinen asiakirja. Kun asiakirja on osittain salainen, on tieto annettava asiakirjan julkisesta osasta (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 1999).

Tutkimuslupaprosessiin emme lähteneet myöskään siksi, että jo saamamme raportit olivat kattavasti eri puolilta Suomea ja ajattelimme niiden kuvaavan riittävän laajasti Suomessa tehtyjä tutkintoja. Kaksi aluetta kieltäytyi lähettämästä tutkintaraportteja julkisuuslakiin vedoten. Yksi alue ilmoitti perusteeksi raporttien toimittamisen vaativan kohtuuttoman suuren työn. Yhdeltä hyvinvointialueelta emme saaneet tietopyyntöömme mitään vastausta toisenkaan muistutusviestin jälkeen.

Tutkinnoissa kuvatut vakavat vaaratapahtumat olivat luonteeltaan sellaisia, että ne olisivat voineet tapahtua missä tahansa organisaatiossa Suomessa. Tutkintaraportit noudattivat hyvin monella hyvinvointialueella Suomen asiakas- ja potilasturvallisuusyhdistys ry:n laatiman Vakavien vaaratapahtumien tutkinta -oppaan (2012) esimerkkiä vaaratapahtuman tutkintaraportin tiivistelmästä. Tutkintaraportit sisälsivät pääosin kuvauksen tapahtuman tyypistä, seurauksista asiakkaalle/potilaalle, tapahtuman riskin arvioinnin, tutkintaryhmän kokoonpanon, tapahtuman kuvauksen, tapauksen myötävaikuttaneet tekijät, johtopäätökset, suositukset sekä tiedon siitä, kuka oli tehnyt päätöksen tutkinnan aloittamisesta.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaoppaan mukaan raporttien tulisi olla rakenteeltaan ja sisällöltään sellaisia, että lukija ymmärtää asioiden yhteyden toisiinsa ilman, että hänellä on muuta tietoa tapahtumasta (STM 2023). Saamissamme tutkintaraporteissa näin ei kuitenkaan aina ollut, vaan tapahtuman kuvaus oli usein kirjattu hyvin tarkoilla aikaleimoilla ja teksti näytti pääosin potilastietojärjestelmästä kopioidulta. Toisinaan taas tapahtumakuvaus oli tietosuojasyistä peitetty siten, ettei siitä saanut selvää tai sitä oli vaikea ymmärtää.

Tutkintaraporteissa myötävaikuttavat tekijät oli useimmiten jaettu olosuhde- ja tilannekohtaisiin sekä organisatorisiin tekijöihin. Noin kahdessakymmenessä raportissa myötävaikuttavia tekijöitä ei oltu kirjattu lainkaan. Johtopäätöksiin oli kirjattu asioita hyvin vaihtelevasti ja joissain tapauksissa oli hyvin vaikea ymmärtää, miten kyseiseen johtopäätökseen tutkinnassa oli päädytty. Laaditut suosituksetkaan eivät aina olleet loogisesti yhdistettävissä itse tapahtuman kuvaukseen, myötävaikuttaviin tekijöihin tai johtopäätöksiin. Joissain tapauksissa suositukset oli jätetty kokonaan kirjaamatta. Laaditut suositukset olivat harvoin myöskään vastuutettu kenellekään tai aikataulutettu.

Varsinaisia juurisyytä tapahtumille oli kirjattu lähinnä niillä hyvinvointialueilla, joissa tutkinta tehdään vaaratapahtumien raportointijärjestelmän työkalulla. Juurisyyden kirjaamattomuuden yhtenä syynä voi olla Suomen asiakas- ja potilasturvallisuusyhdistys ry:n laatiman Vakavien vaaratapahtumien tutkinta -oppaan (2012) esimerkki, jossa juurisyytä ei ole erikseen mainittu raportoitavaksi.

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaraportit olivat rakenteeltaan ja sisällöltään monimuotoisia, mutta osin myös epäloogisia. Epäloogisuus johti siihen, ettei yhteyttä tapahtuman juurisyyden tai poikkeamien ja suositusten välillä läheskään aina ollut tunnistettavissa. Tämän vuoksi tämänhetkisten tutkintaraporttien hyödyntäminen laajasti yli organisaatorajojen olisi haasteellista.

Tapahtumankuvauksen tulisi olla mahdollisimman tiivis ja tapahtumien kulku kuvattuna tutkinnan kannalta merkittävällä ja järkevällä tasolla. Esimerkiksi minuuttitasolla kuvattu tapahtumien kulku ei ole läheskään oleellista kaikissa tutkinnoissa. Itse tapahtumaan kulumattomia tietoja ei tulisi myöskään kirjata. Esimerkiksi asiakkaan/potilaan sukupuoli, ikä ja sairaudet voivat olla tietoja, joilla ei ole tapahtuman kulkuun olennaista merkitystä, mutta voivat mahdollisesti vaarantaa tietosuojan. Tutkintaraporttiin tulisi kirjata havaitut poikkeamat, niihin liittyvät juurisyyt sekä juurisyyhin kohdistuvat suositukset. Niille tulisi nimetä vastuuhenkilö(t) sekä aikataulu täytäntöönpanoon. Myös seurantalaverit näiden

suositusten toteuttamiselle olisi hyvä sopia jo loppuraportin läpikäynnin yhteydessä.

Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia siis linjaa, että vakavien vaaratapahtumien tutkintoja tulee tehdä. Tutkintoja tekemään tarvitaan asiaan koulutettua henkilökuntaa. Kysymys kuuluu, onko meillä sosiaali- ja terveydenhuollossa sellaisia henkilöitä, jotka voivat vakavien vaaratapahtumien tutkintamenettelyjä kouluttaa? Kokemuksemme mukaan koulutusta ostetaan nyt muiden turvallisuuskriittisten alojen eri asiantuntijoilta. Usein myös tutkintaryhmien kokoonpanojen muuttumisen myötä vanhat tutkintaryhmäläiset kouluttavat uusia jäseniä tutkintaryhmäänsä.

Systemaattisen ja standardoidun koulutuksen saaminen olisi elintärkeää, sillä tutkintaosaamisella on tärkeä merkitys tutkinnan tulosten luotettavuuden, mutta myös niiden hyödynnettävyyden näkökulmasta. Puutteellinen tutkintaosaaminen voi helposti levittää tutkinnan liian laajaksi tai toisaalta jättää sen liian pintapuoliseksi, jolloin tapahtuman kulkuun oleellisesti vaikuttaneet tekijät voivat jäädä huomiomatta kokonaan tai tulevat huomioiduksi vain osittain. Tällöin myöskään suositukset ja kehittämistoimet eivät kohdennu oikein.

Vakavien vaaratapahtumien tutkinta ja niistä oppiminen pohjautuu perinteisesti Safety I ajatteluun, joka keskittyy virheiden ja haittatapahtumien minimointiin standardisoinnin ja kontrollin kautta. Näin ollen vaaratapahtumia tutkitaan perinteisesti niiden vakavuuden perusteella. Tällöin niitä on suhteellisen vähän ja niiden samankaltaisuus vähenee niiden vakavuuden myötä. Tämän vuoksi on vaikea, ellei jopa mahdotonta tietää miten määritellyt suositukset tehoavat. (Hollnagel 2014; Hollnagel 2020).

Viime vuosina onkin alettu puhua enenevästi Safety II ajattelusta myös vaaratapahtumista oppimisen näkökulmasta. Vaaratapahtumien tutkinnan ja siitä oppimisen kannalta tämä tarkoittaa oppimista jokapäiväisestä työstä ja siinä tapahtuvista onnistumisista sekä siitä, miten turvallisuus ylläpidetään ja luodaan jatkuvasti muuttuvissa ja monimutkaisissa terveydenhuollon ympäristöissä. (Sujan 2018; Verhagen ym. 2022.) Safety II ajattelu näkyi tutkintaraporteissa vielä vähän. Olisiko syytä kohdentaa tutkintoja myös onnistumisiin? Miksi jossain asiassa onnistuttiin poikkeuksellisen hyvin? Mitkä tekijät

myötävaikuttivat siihen, että onnistuttiin? Miten tapauksesta saatua oppia voitaisiin monistaa turvalliseksi tavaksi toimia? Jos onnistumisten tutkiminen tuntuu vielä kaukaiselta ajatukselta, ensimmäinen askel siihen suuntaan voisi olla tunnistaa vaaratapahtumien tutkinnassa myös ne asiat, joissa onnistuttiin.

Vakavien vaaratapahtumien tutkintaraportista saatavan tiedon hyödyntämiseksi olisi tärkeää luoda kansallisesti yhtenäinen raportointitapa. Yhtenäinen raporttipohja auttaisi laatimaan raportit loogisiksi ja selkeiksi kokonaisuuksiksi. Lisäksi pohjassa huomioitaisiin myös onnistumiset, mikä tukisi myös niistä oppimista.

LÄHTEET

- Canadian Patient Safety Institute (2012). Canadian Incident Analysis Framework. Edmonton, AB. Haettu sivulta <https://www.healthcare-excellence.ca/media/gilnw3uy/canadian-incident-analysis-framework-final-ua.pdf>, 12.4.2024
- Hollnagel, Erik (2014). *Safety I and Safety II. The past and future of safety management*. Farnham, UK: Ashgate.
- Hollnagel, Erik (2020). Conditions for learning. *HindSight* 31 – Conditions for learning | SKYbrary Aviation Safety. Haettu sivulta <https://skybrary.aero/sites/default/files/book-shelf/5925.pdf>, 30.4.2024
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023. Haettu sivulta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230741>, 3.4.2024
- Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621. Haettu sivulta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>, 3.4.2024
- Lehesvuo Riikka & Jalonen Harri (2022). Terveydenhuollon vaaratapahtumien hallinta. *Hallinnon Tutkimus*, 41(2), 97–117. <https://doi.org/10.37450/ht.109159>
- OTKES (2019). Tutkintaselostus Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tietojärjestelmäjäiriöt 7.–8.11.2017. Haettu sivulta https://turvallisuustutkinta.fi/material/attachments/otkes/tutkintaselostukset/OZnac1oRj/Y2018-02_HUS.pdf, 30.4.2024
- OTKES (2021). Onnettomuustutkintakeskus on käynnistänyt sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintahaaran. Haettu sivulta <https://www.turvallisuustutkinta.fi/fi/index/ajankohtaista/tiedotteet/2021/onnettomuustutkintakeskus-onkaynnistanytsosiaali-jaterveydenhuollontutkintahaaran.html>, 30.4.2024

- Potilasvakuutuskeskus (2024). Valtaosa potilasvahingoista lieviä – vakavia vammoja kuitenkin vuosittain useita kymmeniä. Potilasvakuutuskeskuksen tiedote 27.5.2024. Haettu sivulta <https://www.pvk.fi/ajankohtaista/uutiset-ja-tiedotteet/uutiset-ja-tiedotteet/2024/valtaosa-potilasvahingoista-lievia-vakavia-vammoja-vuosittain-useita-kymmenia>, 29.5.2024
- Reiman, Teemu (2023). Turvallisuuskulttuuri raideliikenteen turvallisuusjohtamisjärjestelmissä. Traficomin tutkimuksia ja selvityksiä 07/2023. Haettu sivulta <https://www.traficom.fi/sites/default/files/media/publication/Turvallisuuskulttuuri%20raideliikenteen%20turvallisuusjohtamisj%C3%A4rjestelmiss%C3%A4.pdf>, 30.4.2024
- Rohto (2006). Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. Haettu sivulta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf>, 14.3.2024
- Slawomirski, Luke & Klazinga, Niek (2022). The Economics of Patient Safety: From Analysis to Action. OECD: Health Working Papers Health Working Paper No. 145. Haettu sivulta [https://one.oecd.org/document/DELSA/HEA/WD/HWP\(2022\)13/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DELSA/HEA/WD/HWP(2022)13/en/pdf), 14.3.2024
- STM 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. Haettu sivulta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y, 14.3.2024
- STM 2023. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:31. Haettu sivulta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165193/STM_2023_31_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y, 14.3.2024
- Sujan, Mark. (2018). A Safety-II perspective on organisational learning in healthcare organisations. *International Journal of Health Policy Management*, 7(7), 662–666. DOI 10.15171/IJHPM.2018.16
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2021. Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021. Haettu sivulta <https://www.vtv.fi/app/uploads/2021/06/VTV-Tarkastus-7-2021-Potilas-ja-asiakasturvallisuuden-ohjaus-ja-seuranta.pdf>, 3.4.2024
- Vanhaecht, Kris., Seys, Deborah., Schouten, Loes., Bruyneel, Luk., Coeckelberghs, Ellen., Panella, Massimiliano., Zeeman, Gerda. Duration of Second Victim Symptoms in the Aftermath of a Patient Safety Incident and Association with the Level of Patient Harm: A Cross-Sectional Study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9:e029923. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029923
- Verhagen, Merel J., de Vos, Marit S., Sujan, Mark., Hamming, Jaap F (2022). The problem with making Safety-II work in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 31:402–408. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014396>
- WHO 2024. Global patient safety report 2024. Haettu sivulta <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, 15.6.2024