

Myönteiset potilasvahinkopäätökset Päijät- Hämeessä vuosina 2021–2022

Opinnäytetyö

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja YAMK

2024

Nona Laine

Tiivistelmä

Tekijä(t) Nona Laine	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 61+4	Valmistumisaika 2024
Työn nimi Myönteiset potilasvahinkopäätökset Päijät-Hämeessä vuosina 2021–2022 Opinnäytetyö		
Tutkinto ja koulutusala Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Tulevaisuuden johtaja sosiaali- ja terveysalalla.		
Tiivistelmä <p>Puutteellisesta potilasturvallisuudesta aiheutuvat vahingot ovat kasvava maailmanlaajuinen haaste kansanterveydelle. Potilasturvallisuutta edistämällä voidaan vähentää terveydenhuollossa vaaratapahtumien määrää, vähentää vaaratapahtumista aiheutuvaa inhimillistä kärsimystä ja taloudellisia kustannuksia, sekä tukea terveydenhuollon ammattilaisten laadukasta työskentelyä.</p> <p>Suomessa kaiken terveydenhuollon toiminnan, myös turvallisuutta edistävän toiminnan, tulee olla näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytänteisiin perustuvaa. Potilasturvallisuutta voidaan edistää mm. turvallisuuspoikkeamia tarkastelemalla ja virheistä oppimalla.</p> <p>Tutkimuksessa tarkasteltiin vuosina 2021 ja 2022 Päijät-Hämeen alueelle annettuja Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) korvauspäätöksiä. Päätösteksteistä etsittiin potilasvahinkojen syntyyn myötävaikuttaneita tekijöitä sekä vahinkotapahtumien taustalla vaikuttavia ilmiöitä. Tavoitteena oli tiedon avulla tukea alueen palvelujen laadun kehittämistä potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin soveltavana laadullisena tutkimuksena aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä.</p> <p>Aineisto sisälsi yhteensä 57 korvauspäätöstä, ja aineistosta tunnistettiin neljä keskeistä potilasvahinkojen syntyyn vaikuttavaa tekijää, joita olivat: 1) puutteet toimenpiteiden toteutuksessa, 2) puutteet potilastietoihin ja oireisiin perehtymisessä tai tietojen tulkitsemisessä, 3) puutteet riskien huomioimisessa ja 4) puutteet voinnin seurannassa. Yhdistämällä tehdyt havainnot aiempaan tietoon tunnistettiin kolme teemaa, joihin panostamalla voitaisiin parantaa toiminnan turvallisuutta. Teemoja olivat 1) yhteiset toimintamallit ja -ohjeistukset, 2) osaamisen kehittäminen sekä 3) työhyvinvointi.</p>		
Asiasanat potilasturvallisuus, vaaratapahtumat, potilasvahingot		

Abstract

Author(s) Nona Laine	Type of Publication Master's Thesis	Published 2024
	Number of Pages 61+4	
Title of Publication Positive patient claims decisions in Päijät-Häme during 2021–2022 A thesis		
Degree, Field of Study Master's Degree Programme in Social and Health Care, Leader of the Future in Social and Health Care		
Abstract <p>The harm caused due to unsafe care is a growing public health problem all around the world. Improving patient safety can reduce the number of health care incidents, reduce human suffering and economic costs caused by patient harm, and improve the quality of work of health care professionals.</p> <p>In Finland, all healthcare activities, including those promoting safety, must be evidence-based and following set standards of treatment and policy. One way to improve patient safety is by reviewing safety deviations and learning from past mistakes.</p> <p>The study looked at the claims compensation decisions made by the Patient Insurance Centre (PIC) in the Päijät-Häme region during 2021 and 2022. The decisions were used as a means to identify factors contributing to the occurrence of safety incidents and the underlying issues causing patient harm in the regions health care services. This information could be then used to improve the quality of services in terms of patient safety. The study was carried out as an applied qualitative research using a data-driven content analysis method.</p> <p>The data included 57 claims decisions. Four main contributing factors to the occurrence of patient harm were identified: 1) shortcomings in the implementation of medical procedures, 2) inadequate management or interpretation of patient information, 3) lack of consideration to risks involved and 4) shortcomings in health monitoring. When combining the findings with previous knowledge, three underlying themes were identified. Addressing these themes could be used as a way to improve patient safety: 1) improving common policies and guidelines of care, 2) development of competences and 3) well-being of workers.</p>		
Keywords patient safety, adverse events, patient harm		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Soveltavan tutkimuksen lähtökohdat	2
2.1	Tutkimuksen tausta	2
2.2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	2
3	Potilasvahinkojen tarkastelu osana tiedolla johtamista	4
3.1	Tietojohdaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa	4
3.2	Potilaskokemus	6
3.3	Vaaratapahtumista oppiminen	8
3.4	Omavalvonta.....	10
4	Potilaan oikeudet ja oikeusturvakeinot	13
4.1	Lainsäädäntö	13
4.2	Muistutus.....	14
4.3	Kantelut.....	15
5	Potilasvahingot	17
5.1	Potilasvakuutuskeskus.....	17
5.2	Potilasvahinkoilmoituksen laatiminen ja käsittely.....	17
5.3	Korvattavat vahingot	19
5.4	Potilasvahinkojen kustannusvaikutukset.....	22
6	Menetelmälliset lähtökohdat.....	23
6.1	Soveltava laadullinen tutkimus.....	23
6.2	Aineiston hankinta.....	25
6.3	Aineiston analyysi	26
7	Tulokset.....	30
7.1	Aineiston potilasvahinkojen taustatiedot	30
7.2	Potilasvahinkojen syntyyn myötävaikuttaneet tekijät	31
8	Pohdinta	36
8.1	Aineistosta tunnistettavat ilmiöt ja kehittämistarpeet	36
8.1.1	Virheelliset tulkinnat ja osaamisen varmistaminen.....	37
8.1.2	Henkilöstön hyvinvointi ja työn hallinta.....	40
8.1.3	Toimintamallit ja potilasturvallisuuskulttuuri	43
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	45
8.3	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	47
8.4	Jatkotutkimusaiheet	49
	Lähteet.....	51

Liitteet

Liite 1. Tietolupahakemus

1 Johdanto

Puutteellisesta potilasturvallisuudesta ja hoidosta aiheutuvat potilasvahingot ovat Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan kasvava maailmanlaajuinen haaste kansanterveydelle niistä aiheutuvien vammautumisien ja kuolemien vuoksi. Potilasturvallisuuden vaarantuminen aiheuttaa kärsimystä paitsi uhreille, myös heidän omaisilleen ja osallisina olleille terveydenhuollon työntekijöille. Vaaratapahtumat heikentävät myös kansalaisten luottamusta koko terveydenhuoltojärjestelmään. Lisäksi vaaratapahtumiin liittyy suuria taloudellisia kustannuksia. Vaaratapahtumista aiheutuvien haittojen välillisten kustannuksien on arvioutu olevan vuositasolla maailmanlaajuisesti jopa tuhansia miljardeja Yhdysvaltain dollareita. (World Health Organization 2021.)

Terveydenhuollon toiminnan tulee Suomessa olla näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytänteisiin perustuvaa. Myös turvallisuutta edistävien toimien on oltava näyttöön perustuvia ja mitattavia. Sosiaali- ja terveysministeriön visiona on luoda Suomesta asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa. Päämäärän tavoittaminen edellyttää ammattilaisten, johdon ja organisaatioiden määrätietoista työskentelyä sekä yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 15–16.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon organisaatioiden ja terveydenhuollossa toimivien henkilöiden periaatteita, käytänteitä ja toimintoja, joiden avulla varmistetaan annettavan hoidon ja tarjottavien palvelujen turvallisuutta. Samoilla periaatteilla myös suojataan potilaita vahingoittumiselta. Potilasturvallisuutta edistämällä voidaan vähentää terveydenhuollossa vaara- ja haittatapahtumien sekä muiden epäkohtien määrää, vähentää niistä aiheutuvaa inhimillistä kärsimystä ja taloudellisia kustannuksia, sekä lisätä terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuuksia tehdä työtään laadukkaasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 12–13.)

Idea tutkimukselle tuli Päijät-Hämeen hyvinvointialueelta. Tutkimuksessa pyritään tunnistamaan Potilasvakuutuskeskuksen korvauspäätöksistä potilasvahinkojen syntyyn myötävaikuttaneita tekijöitä ja vahinkotapahtumien taustalla vaikuttavia ilmiöitä. Tiedon avulla voidaan tukea hyvinvointialueen palvelujen laadun kehittämistä potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tutkimus toteutetaan soveltavana laadullisena tutkimuksena aineistolähtöisen sisälönanalyysin menetelmällä. Tutkimuskysymyksiä ovat: 1) Millaiset tapahtumat ja tekijät ovat potilasvahinkopäätöksistä saadun tiedon valossa vaikuttaneet potilaalle aiheutuneen haitan tai vahingon syntyyn? 2) Millaisia ilmiöitä ja kehittämistarpeita päätösten pohjalta voidaan organisaatiosta tunnistaa?

2 Soveltavan tutkimuksen lähtökohdat

2.1 Tutkimuksen tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä 1.1.2023 alkaen vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta ja kuntayhtymiltä hyvinvointialueille. Toimeksiantajana tutkimukselle toimii Päijät-Hämeen hyvinvointialue, johon kuuluvat uudistuksen myötä Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Orimattila, Padasjoki sekä Sysmä. Ennen sote-uudistusta 1.1.2017–31.12.2022 alueella toimi Päijät-Hämeen kuntayhtymä, johon kuuluivat edellä mainitut Päijät-Hämeen kunnat, lukuun ottamatta Sysmän ja Heinolan kuntia. Lisäksi kuntayhtymään kuuluivat myös Myrskylän ja Pukkilan kunnat, jotka siirtyivät sote-uudistuksessa osaksi Itä-Uudenmaan hyvinvointialuetta. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue a; Päijät-Hämeen hyvinvointialue b; Sosiaali- ja terveysministeriö a.) Vaikka tutkimusta tehdään yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa, sijoittuvat tarkasteltavat potilasvahinkotapahtumat ajalle ennen sote-uudistusta.

Hyvinvointialueella on palvelujen järjestämisen lisäksi vastuu seurata ja arvioida järjestämänsä toimintaa sekä toiminnan toteutumista. Omavalvonta on osa hyvinvointialueen johtamisjärjestelmää ja toimii organisaation ensisijaisena toiminnan varmistamisen ja valvonnan muotona. Omavalvonnalla varmistetaan mm. riskienhallinnan, hyvinvointialueen sisäisen valvonnan sekä potilasturvallisuuden toteutumista. Turvallisuuspoikkeamiin liittyvien ilmoitusten ja kokemusten kerääminen on osa omavalvontasuunnitelman toimeenpanoa. Palautteesta ja ilmoituksista saatavaa tietoa hyödynnetään osana palvelujen kehittämistä yhdessä näyttöön perustuvan tiedon kanssa. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022, 4–5, 7–8; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 25.)

Palvelujen laatua ja potilasturvallisuuden toteutumista voidaan arvioida esimerkiksi seuraamalla muistutuksia, kanteluja ja muita epäkohtiin liittyviä ilmoituksia, kuten potilasvahinkoilmoituksia (Valvira 2023, 19). Potilasturvallisuutta lisäävien ja vaaratapahtumia ehkäisevien toimenpiteiden suunnittelu alkaa turvallisuutta heikentävien tekijöiden tunnistamisesta ja määrittämisestä (Jain ym. 2023).

2.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa koottua tietoa vuosina 2021 ja 2022 annetuista potilasvahinkojen korvausratkaisuista hyvinvointialueen käyttöön osaksi alueen potilasturvallisuuden ja laadun valvontaa, kehittämistoimintaa sekä päätöksentekoa. Tavoitteena on Päijät-Hämeen hyvinvointialueen palvelujen laadun kehittäminen potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Potilasvahinkojen korvausratkaisuista pyritään tunnistamaan niitä tekijöitä, joiden vuoksi potilasvahinko on sattunut, ja potilasvahinkoilmoitus on johtanut myönteiseen korvauspäätökseen. Tutkimuksessa mielenkiinnon pääpainona eivät ole niinkään aiheutuneen potilasvahingon vakavuus tai laajuus vaan tapahtumat, prosessit ja ilmiöt, jotka ovat myötävaikuttaneet potilasvahingon syntyyn. Näitä taustalla vaikuttavia syitä tarkastelemalla voidaan mahdollisesti tunnistaa myös palveluissa, palveluprosesseissa tai menettelytavoissa ilmeviä toiminnan laatuun vaikuttavia heikkouksia tai kehittämistarpeita.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Millaiset tapahtumat ja tekijät ovat potilasvahinkopäätöksistä saadun tiedon valossa vaikuttaneet potilaalle aiheutuneen haitan tai vahingon syntyyn?
- 2) Millaisia ilmiöitä ja kehittämistarpeita päätösten pohjalta voidaan organisaatiosta tunnistaa?

3 Vaaratapahtumien tarkastelu osana tiedolla johtamista

3.1 Tietojohdaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021, 29 §) velvoittaa hyvinvointialueita seuraamaan järjestämiensä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta, saatavuutta, laatua, yhdenvertaisuutta, kustannuksia ja tuottavuutta. Hyvinvointialueilla on myös velvollisuus hyödyntää tietoja osana hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojohdamista, tuotannon ja talouden ohjausta, sekä osana hyvinvointialueen johtamista ja päätöksentekoa.

Tietojohdamisella tarkoitetaan yleisesti organisaatioissa tiedon keräämiseen, säilyttämiseen, jalostamiseen ja tiedon hyödyntämiseen käytettäviä erilaisia prosesseja ja käytänteitä. Tietojohdamisella pyritään lisäämään organisaation kykyä luoda arvoa tiedolla ja osaaamisella. Arvo muodostuu mm. hyvistä palveluista ja kustannustehokkuudesta. Tietojohdamista hyödynnetään käytännössä esimerkiksi strategisten tavoitteiden luomisessa, operatiivisessa johtamisessa ja tavoitteiden sekä toiminnan tulosten seurannassa. Organisaation pitkän aikavälin tavoitteet ohjaavat strategista tietojohdamista. Asetettujen tavoitteiden kautta määritellään organisaation ja johdon tietotarpeita, ja tietotarpeiden pohjalta määräytyvät tiedon hankinnan ja jalostamisen käytännöt sekä prosessit. (Klemola ym. 2014, Kothari ym. 2011; Valtiovarainministeriö 2023.)

Tiedolla johtaminen on osa tietojohdamisen kokonaisuutta. Siinä uutta tietoa jäsenellään, jaetaan ja sovelletaan päätöksenteon tukena käytännössä. Se liittyy päätöksenteon tarpeiden tunnistamiseen, vaihtoehtoisten toimintamallien hahmottamiseen ja sopivien uusien mallien valitsemiseen. Tiedolla johtamisen arvo syntyy sen myönteisistä vaikutuksista organisaation toiminnan kehittämisessä. (Jalonen 2015, 41, 46; Leskelä ym. 2019, 15–16.)

Tehokkaalla tietojohdamisella saadaan johdolle ajantasaista tietoa sekä päätöksenteon tueksi että aikaisempien päätösten vaikutuksien arvioimiseksi, mutta myös tulevaisuutta ennakoivan kokonaiskuvan luomiseksi. Tietojohdamista voidaan hyödyntää mm. tulevaisuuden kysynnän arvioimisessa, palveluvalikoiman suunnittelussa ja ennaltaehkäisevien toimenpiteiden vaikutuksien arvioimisessa. Tiedon avulla on myös mahdollista löytää organisaation toiminnasta niitä kohteita, asiakasryhmiä tai palveluja, joihin panostamalla saadaan aikaan eniten hyötyä. (Klemola ym. 2014, 13; Kothari ym. 2011.)

Tietoa oman toiminnan vaikuttavuudesta voidaan saada esimerkiksi alueen asukkaiden hyvinvointia seuraamalla, mutta myös vertailemalla omasta toiminnasta kerättyä tietoa muiden toimijoiden tietojen kanssa. Tehokas vertailu vaatii kuitenkin kansallisella tasolla käytettäviä yhtenäisiä käytänteitä, arviointitapoja ja mittareita, ja tietopohjan parantaminen

vaatii jatkuvaa kehitystyötä kirjaamisen ja tiedon keräämisen yhtenäistämiseksi. (Klemola 2014, 13; Leskelä ym. 2019, 46.).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteydessä kertyy valtavia määriä dataa, eikä tiedon määrän tuomiin haasteisiin ole pystytty vielä täysin vastaamaan. Tiedon hyödyntämisen näkökulmasta haasteeksi muodostuvat mm. tiedon hajanaisuus ja tiedon hallinnassa käytettävien järjestelmien puutteet. Suuresta tietomäärästä saattaa olla haastavaa poimia ja yhdistää päätöksenteon näkökulmasta tarvittava oleellinen tieto, ja toisaalta tiedon yhdistäminen eri järjestelmistä ja ulkoisista lähteistä on hankalaa, jos käytettävät käsitteet eivät ole yhteneviä tai tieto ei ole yhteismitallista. Muita tiedon hyödyntämisen esteitä löytyy myös henkilökunnan osaamisen puutteista sekä resurssipulasta. (Dash ym. 2019, 2, 7; Klemola ym. 2014, 12; Salovaara ym. 2020, 379.)

Strategisen tietojohdamisen ja tiedonhankinnan näkökulmasta haasteena on tietojärjestelmien raportoinnin kehittäminen niin, että järjestelmät paremmin tukisivat päätöksentekoa. Strukturoimatonta dataa syntyy esimerkiksi, järjestelmän käyttäjien epäyhtenevistä kirjauskäytänteistä ja toisaalta strukturoitujen syöttövaihtoehtojen puutteellisuudesta, jolloin kirjausten pohjalta tehty tilastointi ei kuvaa koko totuutta. Järjestelmien puutteiden vuoksi tietoa kerätään usein manuaalisesti kertaluontoisina projekteina, jolloin ongelmaksi syntyy tiedon keräämiseen ja jalostamiseen tarvittavat resurssit. Jos tieto joudutaan poimimaan aina uudelleen, vaikeuttaa se myös analyysien toistamista. Lisäksi manuaaliseen tiedon keräämiseen ja jalostamiseen käytettävä aika saattaa olla ristiriidassa päätöksenteon aikataulun kanssa, mikä voi johtaa tilanteisiin, joissa päätöksiä joudutaan tekemään ilman ajantasaista tai faktapohjaista tietoa. (Dash ym. 2019, 9; Klemola ym. 2014, 12).

Jotta terveydenhuollon toiminnassa muodostuvaa tietoa olisi mahdollista hyödyntää helpommin, niin potilastyössä kuin tiedon toisiokäytössä, tulee tietojen olla kirjattu ja talletettu sovittujen yhteisten käytänteiden mukaisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos a). Toisiokäytöstä puhutaan, kun sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa kerättyä tietoa käytetään tieteellisessä tutkimuksessa, tilastoinnissa, viranomaisvalvonnassa, kehittämistyössä, opeuksessa tai osana tietojohdamista tiedon ensisijaisesta käyttötarkoituksesta poiketen (Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä 552/2019). Kirjaamisen yhdenmukaistamiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tuottanut kirjaamisen oppaita, kuten Potilastiedon kirjaamisen yleisopas (2022) ja Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (2012). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos b.)

Joskus informaation käyttöön voi liittyä käytännön haasteiden lisäksi myös tunneperäisiä esteitä. Hyötylogiikan mukaan tietoa hyödynnetään, jotta päätökset olisivat niiden tekijän edun mukaisia. Sen vastavoimana toimii moitteiden välttäminen, jolloin toiminnan motiivina

on toiminnan kehittämisen sijaan syntipukiksi tulemisen välttäminen. Koska päätöksenteko kohdistuu tulevaan toimintaan ja tulevaisuuden ennakoimiseen, liittyy siihen myös epävarmuustekijöitä. Informaation välttely voi olla myös tapa pyrkiä välttämään konflikteja tai kannan ottamista arkaluontoisiin asioihin. (Jalonen 2015, 50, 53–54.)

3.2 Potilaskokemus

Terveydenhuollon luonteeseen kuuluu olennaisesti toisista ihmisistä huolehtiminen heille yksilöllisissä tilanteissa ja inhimillisen kokemuksen ymmärtäminen on keskeistä potilaskokemuksen ymmärtämisen kannalta. Potilaskokemukset ovat laadultaan subjektiivisia ja kokonaisvaltaisia. Kokemuksia muodostuu kaikissa potilaan ja organisaation tai sen edustajien välisissä vuorovaikutushetkissä ja -tilanteissa. Ne rakentuvat tunteiden, järjen ja aistikokemusten yhteisvaikutuksessa. Toisaalta on myös tärkeä muistaa, että potilaan terveys- tai sairauskokemus alkaa jo ennen yhteydenottoa terveydenhuoltojärjestelmään. Myös näiden aikaisempien kokemusten huomioiminen on tärkeää potilaskokemuksen ymmärtämisen kannalta. (Oben 2020; Saarijärvi & Puustinen, 13–14, 33.)

Kokonaisvaltaisen potilaskokemuksen merkitystä korostetaan monissa organisaatioissa yhtenä organisaation tärkeimmistä kilpailukeinoista, ja se nostetaan yhä useammin yhdeksi organisaatioiden strategiseksi painopisteeksi. Voidaan ajatella, että organisaation tuotteet ja palvelut saavat arvonsa vasta, kun käyttäjät hyödyntävät niitä omassa kontekstissaan. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 13–14, 33.)

Potilaskokemusten kerääminen ja hyödyntäminen ovat osa asiakaslähtöistä toimintaa. Kokemusten kautta voidaan mm. arvioida, kuinka organisaatiossa on onnistuttu luomaan potilaiden tarpeisiin vastaavia palveluja sekä miten potilas ja hänen yksilölliset tarpeensa otetaan huomioon palveluprosessien aikana. Selkeä käsitys potilaskokemuksesta ohjaa myös jatkotutkimustarpeita ja vaikuttaa osaltaan terveydenhuoltopolitiikkaan. Potilaskokemuksen kehittämisen päämääränä on toteuttaa terveydenhuollon ydintehtävää eli terveyden tuottamista, yhä tehokkaammin ja vaikuttavammin. Tutkimuksissa on havaittu potilaskokemuksen olevan yhteydessä mm. hoidon laatuun, hoidon turvallisuuteen, tehokkuuteen sekä toipumisaikaan. Myönteiset potilaskokemukset heijastuvat myös henkilökunnan motivaatiossa ja sitoutuneisuudessa. Operatiivisen toiminnan mittareina voidaan käyttää esimerkiksi potilaiden tyytyväisyyttä, uskollisuutta sekä halua suositella palvelua muille käyttäjille. (Mikkola & Saarijärvi 2022; Oben 2020; Saarijärvi & Puustinen 2020, 15, 32)

Kokemusten moniulotteisuuden vuoksi niin hyvän kuin huononkin potilaskokemuksen taustalla saattaa olla muutakin kuin itse kliininen hoitotapahtuma. Toisinaan hyvinkin pieniltä vaikuttavat asiat kuten palvelun vaivattomuus ja henkilökunnan ystävällisyys, voivat

muuttaa kokemusta merkittävästi. (Mikkola & Saarijärvi 2022.) Potilaskokemusta voidaan kutsua huonoksi silloin, kun siihen liittyy negatiivisia tunteita, kuten pettymystä, ärsyyntymistä, nolostumista ja turhautumista. Erityisen huonoille potilaskokemuksille tyypillistä on se, että potilas kokee tulleen loukatuksi. Negatiiviset palautteet tulisi nähdä paitsi huomautuksena epäonnistuneesta potilaskokemuksesta, myös mahdollisuutena. Palautteita analysoimalla on mahdollista tunnistaa tyytymättömyyden juurisyitä ja hyödyntää tietoa osana päätöksentekoa. (Saarijärvi & Puustinen 2020, 71–72.)

Kansallisella tasolla Suomessa potilastyytyväisyydestä tietoa julkaistaan mm. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusraporteissa. Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten mukaan myönteisen potilaskokemuksen viimeksi käytetyssä terveystalvessa koki keskimäärin 75,8 % kyselyyn vastanneista. Samalla vastanneista 45,7 % koki kuitenkin kohdanneensa jonkinlaisia ongelmia terveystalvessa käyttäessään. (Parikka ym. 2020.) Terve Suomi -tutkimuksessa noin kaksi kolmasosaa vastanneista terveystalvessa käyttäjistä koki ammattilaisen kanssa käydyn vuorovaikutuksen myönteiseksi. Palvelujen saatavuus koetaan Suomessa kuitenkin yhä haastavammaksi. Vuonna 2022 noin joka neljäs lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista koki saadun palvelun riittämättömäksi omaan tarpeeseensa nähden. Tyytymättömyys lääkäri- ja hoitajapalveluihin on lisääntynyt viime vuosina koko maassa. (Aalto & Ilmarinen, 2023; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2023.)

Potilaiden kokemukset saadusta hoidosta ja palvelusta ovat osa myös potilasturvallisuuden arviointia ja kehittämistä. Turvallisuuden tunnetta voidaan pitää yhtenä ihmisen perustarpeista ja kokemuksia tulisi kerätä erityisesti turvallisuuden tunteeseen ja turvallisuuspoikkeamiin liittyen. Potilaiden turvallisuus voi olla uhattuna esimerkiksi hoidon nivelkohdissa, joissa vastuu hoidosta siirtyy ammattilaiselta, yksiköltä tai organisaatiolta toiselle. Näissä tilanteissa turvallisuuden tunteeseen vaikuttavat mm. tiedonkulun puutteet, epävarmuus tulevista hoidon vaiheista sekä tuttujen ammattilaisten vaihtuminen uusiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 25.)

Ruotsissa palliatiivisen hoidon potilaille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan potilaan kokema stressi on vahvasti yhteydessä turvattomuuden tunteeseen. Turvallisuuden kokemukseen vaikuttaviksi tekijöiksi tunnistettiin mm. usko omaan pystyvyyteen, luottamus annettavaan hoitoon sekä potilaan kokemat oireet. Turvallisuuden tunnetta lisääviksi tekijöiksi esitettiin asianmukaisten apuvälineiden käyttöä, voimien heikkenemistä ennakoivia lääkehoitosuunnitelmia sekä voimien heikkenemistä ennakoivaa avointa vuorovaikutusta ammattilaisten ja potilaan välillä. Tärkeäksi katsottiin myös potilaan huolien kuuleminen ja potilaan omien stressin hallintaan liittyvien kykyjen tukeminen etenkin sellaisten potilaiden kohdalla, joiden oma sosiaalinen verkosto on haavoittuvainen. (Milberg ym. 2014.)

Vaikka hoidon laadulla on havaittu selkeä yhteys potilasturvallisuuden kanssa, on hoidon-turvallisuuden ja potilaan omien kokemusten välisestä yhteydestä jokseenkin vaihtelevia tuloksia. Joissakin tutkimuksissa potilaan tekemien havaintojen sekä dokumentoidun hoi-don turvallisuuden välillä on selkeä yhteys, kun taas joissakin tutkimuksissa potilaiden ja ammattilaisten käsitykset hoidon turvallisuudesta poikkeavat toisistaan, ja potilaan ilmoitta-mat vaaratapahtumat tulkitaan terveydenhuollossa usein väärinkäsityksiksi. (Doyle ym. 2012, 5,17.) Eroihin potilaiden ja ammattilaisten tekemien arvioiden välillä saattavat vaikut-taa esimerkiksi erot hoitoon liittyvissä odotuksissa (Kagan ym. 2018, 266). Potilaiden ker-tomuksista voidaan kuitenkin tunnistaa myös sellaisia vaaratapahtumia, joita ei välttämättä ole kirjattu potilastietoihin tai muilla tavoin terveydenhuollossa dokumentoitu (Weingart ym, 2005, 834).

3.3 Vaaratapahtumista oppiminen

Potilasturvallisuutta pidetään yhtenä terveydenhuollon laadun määrittäjistä. Potilasturvalli-suus sisältää kaikki terveydenhuollon organisaation ja sen yksiköiden toiminnot ja toiminta-periaatteet, joilla pyritään varmistamaan toiminnan ja annetun hoidon turvallisuutta. Tähän liittyvät paitsi käyttäytymistä ja menettelytapoja ohjaavat prosessit, myös työkuultuuri, työ-ympäristö sekä käytettävä teknologia. Potilasturvallisuuskulttuurin edistämisen katsotaan olevan tehokkain keino ehkäistä vaaratapahtumien ja potilasvahinkojen syntyä. Samalla voidaan vähentää vaaratilanteista aiheutuneiden haittojen vaikutuksia myös niissä tilan-teissa, joissa haittoja esiintyy. (Welling 2018; World Health Organization 2021, vii.)

Maailman terveysjärjestön mukaan korkean tulotason maissa, kuten Suomessa, noin joka kymmenes potilas kokee jonkinlaisen vaaratapahtuman sairaalahoidon aikana. Matalan- ja keskitulotason maissa keskimäärin jopa neljä sadasta kuolee puutteellisen potilasturvalli-suuden ja hoidon seurauksena. WHO arvioi, että noin puolet kaikista potilaille aiheutuvista haitoista olisi ehkäistävissä. Investoimalla vaaratapahtumien ehkäisyyn, voidaan saada ai-kaan merkittäviä taloudellisia säästöjä ja ennen kaikkea parantaa hoitotuloksia ja potilas-tyytyväisyyttä. (World Health Organization.)

Vaaratapahtuma voi olla mikä tahansa potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, ja haittatapahtumalla tarkoitetaan sellaista vaaratapahtumaa, josta aiheutuu potilaalle jotakin haittaa. Vaaratapahtumia, jotka olisivat toteutuessaan voineet aiheuttaa haittoja, kutsutaan lähetä piti -tilanteiksi. Näissä haitoilta on välttytty joko sattumalta, tai havaitsemalla poik-keama tai vaaratilanne niin, että haitalliset seuraukset on saatu tilanteessa estettyä. Vaka-vista vaaratapahtumista puhutaan, kun vaaratapahtuma on tai olisi voinut aiheuttaa poti-laalle huomattavaa pysyvää haittaa, tai hänen henkeensä tai turvallisuuteensa on kohdis-tunut vakava vaara. Näitä ovat mm. kuolemaan tai pysyvään vammautumiseen johtaneet

tilanteet ja tilanteet, joissa uhka on kohdistunut suureen joukkoon potilaita. Poikkeamilla taas tarkoitetaan mitä tahansa terveydenhuollon toimintatapoihin, tuotteisiin, toimintajärjestelmiin ja toimintaympäristöihin liittyviä tapahtumia, jotka jollain lailla poikkeavat sovitusta. Poikkeamat voivat olla seurausta jostakin tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausk-sien pettämisestä. (Flinck ym. 2023, 9–10.)

Lääkäriliiton määritelmän mukaan potilasvahingolla tarkoitetaan terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä potilaalle tapahtunutta henkilövahinkoa. Hoitohaitalla tarkoitetaan potilaalle annetun hoidon seurauksena aiheutunutta haittaa. Hoitohaittoja voivat olla potilasvahinkojen lisäksi muut hoitoon liittyvät komplikaatiot sekä muut hoidon aiheuttamat potilaan koke-mat negatiiviset seuraukset ja tuntemukset. Hoitohaitta ei aina tarkoita, että hoidossa olisi tapahtunut virhettä tai hoitomenettelyt olisivat olleet puutteellisia. Kun yksi tai useampi ter-veydenhuollon ammattihenkilö syyllistyy virheelliseen menettelytapaan, puhutaan hoitovir-heestä. Hoitovirhe ei kuitenkaan aina aiheuta potilaalle suoraa hoitohaittaa. (Lääkäriliitto 2021, 80.) Yleisimmät potilasvahinkoihin johtavat estettävissä olevat vaaratapahtumat liit-tyvät lääkevirheisiin, vaativiin kirurgisiin toimenpiteisiin, infektioihin, diagnoosivirheisiin, kaatumisiin, painehaavoihin, potilaiden virheelliseen tunnistamiseen, puutteellisesti toteu-tettuihin verensiirtoihin sekä laskimotukoksiin (World Health Organization).

Vaaratapahtumista saatavan tiedon hyödyntäminen osana oppimista vaatii organisaatiolta systemaattisia toimintaprosesseja. Tieto toimii myös perustana muutostarpeille. Toimivan raportoinnin takaaminen vaatii avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä, jossa vaaratapahtumail-moituksia voidaan käsitellä rakentavasti. (Kinnunen ym. 2014) Tutkimusten mukaan johdon ja esihenkilöiden asenteilla ja suhtautumisella on merkittävä yhteys vaaratapahtumista il-moittamiseen. Myönteinen suhtautuminen raportointiin ja tilanteiden analysoimiseen lisää vaaratapahtumista raportointia, minkä on havaittu lisäävän myös ammattilaisten myönteisiä kokemuksia virheiden ja vaaratapahtumien hallinnasta. (Van Dyck ym. 110–111.)

Vaaratilanteita jälkikäteen tarkasteltaessa on mahdollista osoittaa esimerkiksi vaaratilan-netta edeltäneet tapahtumat ja niihin liittyvät poikkeamat. Potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta olisi selvitettävä myös poikkeamia aiheuttaneet ja vaaratapahtumien syntyyn altis-taneet tekijät. Näitä tietoja voidaan edelleen käyttää osana tavoitteellista oppimista ja työ-tapojen kehittämistä. (Kinnunen ym. 2014; Wellin 2018.) Vaaratapahtumia sosiaali- ja ter-veydenhuollossa selvittävät ja tutkivat useat eri toimijat ja viranomaistahot. Kuitenkin turval-lisuuden kehittämisen näkökulmasta keskeistä on palveluntuottajien oma tutkinta, jonka avulla turvallisuuspoikkeamiin voidaan puuttua viivytyksettä. (Flinck ym. 2023, 8.)

Toimintaprosessien turvallisuutta voidaan kehittää useista tapahtumista havaittavien tren-dien kautta tai analysoimalla syvemmin yksittäisiä vaaratapahtumia. Toistuvat tapahtumat

voivat paljastaa puutteita taustaprosesseissa. Esimerkiksi jonkin tietyn laitteen käyttöön liittyvät toistuvat vaaratapahtumat saattavat kertoa henkilöstön osaamisen puutteista, mikä taas saattaa johtua osaamisen varmistamisen prosien puutteista. Yksittäisiä vakavia vaaratapahtumia tarkemmin analysoimalla voidaan tunnistaa jokin organisaatiossa laajasti vaikuttava puute, jonka korjaaminen parantaa turvallisuutta kaikissa toimintayksiköissä. (Flinck ym. 2023, 11–12.)

Kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy aina erehtymisen mahdollisuus. Vaaratapahtumien käsittelyn yhteydessä huomion tulisi keskittyä syyllisten etsimisen sijaan toiminnan kehittämiseen, sillä syyllisten etsiminen johtaa helposti vain vastaavista tapahtumista vaikenemiseen, ja virheiden salailu tai peittely taas lisäävät potilaiden ja omaisten tyytymättömyyttä. Syyllistämättä tapahtuva ja kehittämiseen tähtäävä oppiminen edellyttävät johdonmukaisia käsittelyprosesseja. Johdonmukaisuus on myös edellytys luottamuksellisen turvallisuuskulttuurin rakentamiselle ja tutkinnan laadun varmistamiselle. Johdonmukainen systeemi-lähtöinen analysointi varmistaa, että tapahtumaan vaikuttaneet tekijät huomioidaan riittävän laajasti, eivätkä tarkasteluun osallistuvien henkilöiden omat ennako-oletukset pääse ohjaamaan päättelyä liikaa. Systeemiajattelussa vaaratapahtumia käsiteltäessä keskitytään työympäristön ja vaaratapahtuman olosuhteiden tarkasteluun. Tarkastelun kohteina voivat olla esimerkiksi organisaation toimintaprosessit, johtamistavat, työtilat, käytettävät laitteet, henkilöstön osaaminen, ohjeistukset ja suojausjärjestelmät. Tällainen tarkastelu ohjaa kehittämään organisaation toiminnasta laadukkaampaa ja systeemi kehittyä turvallisemmaksi. (Flinck ym. 2023, 21–22; Kinnunen ym. 2014.)

Kiinassa tehdyssä tutkimuksessa osallistavalla johtajuudella havaittiin olevan suoria positiivisia vaikutuksia työntekijöiden kokemaan psykologiseen turvallisuuden tunteeseen. Turvallisuuden tunne puolestaan motivoi työntekijöitä virheistä oppimiseen. Panostamalla osallistavaan johtamiskulttuuriin voidaan mahdollisesti helpottaa virheistä oppimisen prosessia etenkin organisaatioissa, joissa johtajien ja työntekijöiden välinen valtaetäisyys ei ole kovin suuri. Suuria valtaetäisyyksiä sisältävissä hierarkkisissa organisaatioissa työntekijöiden turvallisuuden tunnetta lisäävät sen sijaan selkeät ja tarkat ohjeet sekä vaatimukset. (Ye ym. 2019.)

3.4 Omavalvonta

Omavalvontaa toteutetaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja palvelujen tuottamista sekä järjestämistä. Niin yksityisillä kuin julkisilla palveluntuottajilla on velvollisuus huolehtia siitä, että palvelut tuotetaan laadukkaasti sekä asiakas- ja potilasturvallisesti näyttöön ja hyviin hoitokäytänteisiin perustuen. (Valvira 2023, 8.) Omavalvonta on keskeinen osa organisaation johtamisjärjestelmää. Siihen liittyy palvelujen tuotantoon kuuluvaa

ennakointia, laadunhallintaa, riskien arvioimista ja jatkuvuuden varmistamista. Omavalvonta on myös palveluntuottajan ja henkilöstön työkalu palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden seurannassa, kehittämisessä sekä päivittäisessä asiakastyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024, 21.)

Omavalvonnan avulla voidaan saada aikaan konkreettisia parannuksia organisaation toiminnassa. Esimerkiksi Casablancan yliopiston psykiatrisessa keskuksessa toimintaa kehitettiin seuraamalla avohoitokonsultaatioiden sähköisiä potilastietoja tilastollisen analytiikan menetelmillä. Huomio odotusaikojen ylitymisestä tietynä vuodenaikana johti parannuksiin henkilökunnan lomien suunnittelussa. Potilaiden mielenterveydenhäiriöiden esiintyvyyden tilastointi ja analysointi taas johti harjoittelijoiden koulutuksen sisällön mukauttamiseen, ja seuraamalla lääkemääräyksiä pystyttiin arvioimaan tulevia lääketarpeita todennukaisesti. (Housebane ym. 2020.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskeva lakiuudistus (741/2023) astui voimaan 1.1.2024. Laissa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen valvonnasta, palveluntuottajien toimintaedellytyksistä ja rekisteröinnistä, omavalvonnasta sekä viranomaisvalvonnasta. Voimaan tullessaan se kumosi aikaisempia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulainsäädännön valvontaa koskevia säännöksiä sekä aikaisemmat lait yksityisestä sosiaalipalvelusta (922/2011) sekä yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990). Lakiuudistuksen pyrkimyksenä on yhtenäistää ja selkeyttää sääntelyä, varmistaa palvelujen käyttäjien asiakas- ja potilasturvallisuutta, käytettävien palvelujen hyvää laatua, ja edistää palveluntuottajien ja valvontaviranomaisten välistä yhteistyötä. Laki velvoittaa palvelunjärjestäjiä ja useammassa palveluyksikössä palvelua antavia palveluntuottajia laatimaan omavalvontaohjelmat. Lisäksi palveluntuottajien on laadittava palveluyksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023; Sosiaali- ja terveysministeriö 2024, 4.)

Omavalvontaohjelmassa määritellään tavat, joiden avulla varmistetaan, että palvelujen järjestäminen ja toteuttaminen ovat sopimusten ja lainsäädännön mukaisia. Omavalvontaohjelmaan kirjataan, miten palvelujen toteutumista, turvallisuutta, laatua ja yhdenvertaisuutta seurataan, ja kuinka havaittuihin puutteisiin tarvittaessa puututaan. Omavalvontaohjelmaan sisältyvät myös palveluyksikkökohtaiset omavalvontasuunnitelmat sekä lääkehoitosuunnitelmat. Omavalvontasuunnitelmaan kirjataan keskeiset toimenpiteet, joiden avulla palveluntuottaja ja henkilöstö valvovat palveluyksikön toimintaa, henkilöstön riittävyttä, mahdollisia muutoksia sekä palvelujen laatua. Suunnitelma toimii päivittäisen toiminnan työvälineenä ja sen tulee olla myös julkisesti saatavilla. (Valvira a.)

Oman toimintansa valvominen ja kehittäminen edellyttävät palvelunjärjestäjiltä keskeisten prosessien sekä hoito- ja palveluketjujen tunnistamista, selkeää määrittämistä, kuvaamista ja jatkuvaa kehittämistä. Organisaation strategian tulee myös tukea potilasturvallisuutta edistävien prosessien ja toimintatapojen käyttöä osana päivittäistä toimintaa. Palvelunjärjestäjän on määriteltävä keskeiset turvallisuutta edistävät linjaukset ja toiminnan kehittämiseen vaadittavat resurssit. Prosessien kehittäminen vaatii moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024, 21.)

Palvelunjärjestäjän omavalvonta sisältää oman tuotannon seuraamisen lisäksi myös eri palveluntuottajien kanssa tehtyjen yhteistyösopimusten noudattamisen seuranta sekä yhteistyökumppaneiden ohjausta ja valvontaa. Palvelunjärjestäjän on varmistettava omien palvelujensa lisäksi myös muualta hankkimiensa palvelujen saatavuutta, jatkuvuutta, turvallisuutta ja laatua. Tähän sisältyvät myös henkilöstön riittävyyden seuranta sekä käytettävien tilojen ja laitteiden soveltuvuuden ja turvallisuuden seuranta. Omavalvonnan toteutumista seurataan myös keräämällä säännöllisesti palautetta palvelujen käyttäjiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään, sekä palveluyksiköiden henkilökunnalta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023, 26 §, 27§).

Palveluntuottajien ja valvontaviranomaisten yhteistyötä edistetään palveluntuottajien ja palveluyksiköiden rekisteröinnillä ja omavalvontaa vahvistamalla. Valvontaviranomaisten antamalla ohjauksella ja arviointikäynneillä pyritään varmistamaan asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksien toteutumista sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskeva yleinen ohjaus, ja Valvira sekä aluehallintavirastot toimivat laillisuusvalvontaviranomaisina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024, 1, 4.) Lakisääteistä omavalvonnan toteutumista arvioidaan esimerkiksi seuraamalla hoitoon pääsyn enimmäisaikoja, lakisääteisten terveystarkastusten määräaikoja ja henkilöstömitoituksien toteutumista. (Valvira 2023, 19.)

Henkilöstön sitoutuminen omavalvontaan vaatii selkeää ymmärrystä omavalvonnan merkityksestä, tarkoituksesta ja tavoitteista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024, 21). Omavalvontasuunnitelmaan perehtymisen tulisikin olla osa uusille työntekijöille tarjottavaa perehdytysohjelmaa, potilasturvallisuus suunnitelmaan, lääkehoitosuunnitelmaan ja organisaation työtapoihin perehtymisen ohella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 36.)

4 Potilaan oikeudet ja oikeusturvakeinot

4.1 Lainsäädäntö

Potilaiden oikeuksia turvataan Suomessa lainsäädännöllä. Laki määrittää oikeudelliset periaatteet sille, miten potilaita tulee terveydenhuollossa kohdella. Potilaan oikeudellisen aseman sääntelyn lähtökohdat löytyvät ihmis- ja perusoikeuksista. Suomen perustuslaki (731/1999, 19 §) velvoittaa turvaamaan kaikille riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Myös joissain kansainvälisissä yhteistyösopimuksissa, otetaan kantaa kansalaisten terveyden suojeluun. Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa todetaan mm., että jokaisella on oikeus käyttää hyväkseen kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla hän voi saavuttaa parhaan mahdollisen terveydentilan. (Euroopan sosiaalinen peruskirja 44/1991; Lohiniva-Kerkelä 2017a.)

Potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai niiden kohteena olevaa henkilöä (785/1992, 2 §). Ero potilaan ja asiakkaan välillä on lainsäädännön näkökulmasta merkittävä silloin, kun toimintayksikössä tuotetaan samanaikaisesti sekä sosiaali- huollon että terveydenhuollon palveluja. Tällaisia toimintayksiköitä voi olla esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa, kehitysvammahuollossa sekä mielenterveys- ja päihdehuollossa. Rajanveto asiakkaan ja potilaan välillä ratkaisee mitä säädöksiä sovelletaan ja millaisia oikeusturvakeinoja henkilön on mahdollista käyttää. (Lohiniva-Kerkelä, 2017b.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oltava oikeus hänen terveydentilansa vaatimaan hoitoon, terveydenhuollolla käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Tilapäisesti Suomessa oleskelevien oikeutta sovelletaan erillisten säädösten tai valtioiden välisten vastavuoroisten sopimuksien mukaan. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, ja hoito on järjestettävä ihmisarvoa, potilaan vakaumuksia ja yksityisyyttä kunnioittaen. Mahdollisuuksien mukaan hoidossa ja kohtelussa on huomioitava myös potilaan yksilölliset tarpeet, äidinkieli sekä kulttuuritausta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3 §.)

Mikäli potilas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, on hänelle ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta ja ajankohdan muuttuessa on potilaalle ilmoitettava välittömästi uudesta ajankohdasta sekä muutokseen johtaneesta syystä. Tiedonsaantioikeuden mukaan potilaalla on myös oikeus saada selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, ja muista päätöksentekoon vaikuttavista hoitoon liittyvistä seikoista. Poikkeuksena ovat kuitenkin tilanteet, joissa on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle. Selvitystä annettaessa terveydenhuollon ammattihenkilön on varmistettava, että potilas ymmärtää selvityksen

sisällön riittävällä tasolla, mahdollisuuksien mukaan tarvittaessa tulkitsemista hyödyntäen. Potilaan itsemääräämisoikeus velvoittaa, että hoidon on myös tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan kieltäytyessä jostakin hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, on terveydenhuollon mahdollisuuksien mukaan löydettävä muu lääketieteellisesti hyväksyttävä hoitokeino. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5 §, 6 §.)

Potilaalla on myös oikeus ilmaista tyytymättömyyttään, mikäli hän kokee tulleen väärin kohdelluksi tai on muuten tyytymätön terveydenhuollossa saamaansa palveluun. Terveydenhuollossa tietoa potilaan oikeuksista ja valitusmahdollisuuksista on mahdollista saada potilasasiavastaavalta. Hyvinvointialueilla on velvollisuus järjestää ja tiedottaa potilasasiavastaavien toiminnasta terveydenhuollon palvelujen yhteydessä. Potilasasiavastaavan tehtäviin kuuluvat mm. neuvominen ja avustaminen muistutuksen teossa, potilaan oikeuksista ja asemasta tiedottaminen, sekä muilla tavoin potilaan oikeuksien toteutumisen edistäminen. Potilasasiavastaava ei kuitenkaan ota kantaa terveydenhuollossa tehtyihin hoitopäätöksiin tai hoidon mahdollisiin seuraamuksiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 11 §; Laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 789/2023.; Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2022b, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö b.)

Potilaan oikeuksia koskeva lainsäädäntö on yhteydessä myös terveydenhuollon toimintaa ja ammattihenkilöstöä koskevaan lainsäädäntöön. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) on luotu edistämään potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon laatua. Lailla varmistetaan terveydenhuollon ammattilaisten pätevyyttä, ammattihenkilöiden valvontaa sekä helpotetaan ammatillisesti perusteltua yhteistyötä. Terveydenhuollon ammattilaisen toiminnan tavoitteena on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, sairaiden parantaminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveydenhuollon ammattilaisen on toiminnassaan huomioitava toiminnasta potilaalle aiheutuvat hyödyt ja haitata, sekä potilaan oikeuksia koskevat säädökset.

4.2 Muistutus

Terveydenhuollon palvelussa ilmenneitä ongelmia suositellaan selvitettäväksi ensisijaisesti palvelua antaneen tai potilasta hoitaneen henkilön tai tämän esihenkilön kanssa. Monet väärinkäsityksistä ratkeavat jo pelkästään keskustelemalla. Mikäli keskustelu ei kuitenkaan riitä, on potilaalla oikeus tehdä asiasta muistutus toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Muistutuksen voi tehdä valtakirjalla potilaan puolesta myös hänen laillinen edustajansa, omaisensa tai muu läheinen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 10 §) velvoittaa toimintayksiköjä tiedottamaan potilaitaan muistutusoikeudesta ja järjestämään muistutuksen tekeminen mahdollisimman vaivattomaksi. Muistutus tehdään

yleensä kirjallisesti, mutta se voidaan erityisestä syystä antaa myös suullisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Sosiaali- ja terveysministeriö c.)

Muistutukseen kirjataan selkeä kuvaus tapahtuneesta. Kuvauksessa kerrotaan milloin ja missä tapaus on sattunut, ja mihin asiaan potilas on saamassaan palvelussa, kohtelussa tai hoidossa tyytymätön. Muistutukset pohjautuvat potilaan kokemukseen, eikä muistutuksella voi hakea muutosta aikaisemmin terveydenhuollossa tehtyihin päätöksiin tai ratkaisuihin. Muistutuksen tekemällä potilaan on kuitenkin mahdollista vaikuttaa toimintayksikön menettelytapoihin ja siihen, miten potilaat toimintayksikössä vastaavuudessa huomioidaan. (Valvira b; Sosiaali- ja terveysministeriö c.)

Muistutus tulisi käsitellä kohtuullisessa ajassa, asianmukaisesti ja muistutuksen tekijälle on annettava asiasta kirjallisesti perusteltu vastaus. Kohtuullisena aikana pidetään, että vastaus annetaan noin kuukauden kuluessa muistutuksen vastaanottamisesta. Mikäli muistutukseen saatu vastaus ei ole tekijän mielestä riittävän tyydyttävä, voi asiasta tehdä myös kantelun oman alueen aluehallintavirastoon tai Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirastoon (Valvira). (Sosiaali- ja terveysministeriö c, Valvira b.)

4.3 Kantelut

Kantelulla tarkoitetaan valvontaviranomaiselle tehtyä ilmoitusta, jonka taustalla on epäily jonkinlaisesta virheellisestä menettelystä tai laiminlyönnistä viranomaisen valvonnan piiriin kuuluvassa yksikössä. Kanteluja käsittelevät useat eri viranomaiset ja kantelun voi tehdä niin yksityishenkilö, yritys, yhteisö kuin toinen viranomainen. Nimettömänä kantelua ei kuitenkaan ole mahdollista tehdä, eikä ilman valtakirjaa toisen puolesta tehdyistä kanteluista voi saada itselleen palautetta. (Aluehallintavirasto.)

Lähes kaikki terveydenhuoltoa koskevat kantelut kuuluvat aluehallintavirastojen käsiteltäviksi. Valviralle kantelu voidaan osoittaa tapauksissa, joissa epäillään vakavaa kuolemaan tai pysyvään vammautumiseen johtanutta hoitovirhettä. Valvira saattaa ottaa käsiteltäväkseen myös valtakunnallisesti ja periaatteellisesti merkittäviä asioita, joista ei ole tehty aikaisempia linjauksia. Kantelujen käsitetty on pitkä prosessi, ja se saattaa kestää jopa yli vuoden. Jotta asia etenisi sujuvasti, on ennen kantelun tekemistä syytä varmistaa, mille viranomaiselle oman asian käsittely kuuluu. (Aluehallintavirasto, Valvira b.)

Mikäli valvontaviranomainen katsoo, ettei kantelu anna aihetta ryhtyä toimenpiteisiin, ilmoitetaan siitä kantelun tekijälle mahdollisimman pian. Joissakin tapauksissa asia saatetaan siirtää muistutuksena palvelua antaneeseen toimintayksikköön, mikäli asiasta ei ole aikaisemmin jo tehty muistutusta ja viranomaisen harkinnan mukaan asiaa olisi tarkoituksenmukaista käsitellä muistutuksena. Jos kantelu otetaan käsittelyyn, hankkii käsittelijä tapauksen

käsittelyyn tarvittavat selvitykset ja asiakirjat. (Aluehallintavirasto, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 10 a §.)

Mikäli aluehallintavirasto tai Valvira katsoo, että kantelu on ollut aiheellinen ja palvelussa on tapahtunut virheitä tai epäasianmukaisuuksia, ryhtyy viranomaisen asianmukaisiksi katsomiinsa toimenpiteisiin. Kantelupäätöksessä voidaan antaa hallinnollista ohjausta kantelun kohteelle tai kantelun kohteen menettely voidaan todeta lainvastaiseksi. Kantelun kohteelle tarjotaan tietoa lainmukaisesta menettelystä, kiinnitetään kohteen huomiota omaan toimintaansa ja tarvittaessa annetaan toiminnasta huomautus. Ohjeistuksen tarkoituksena on saada kantelun kohteena ollut toimipaikka ja ammattihenkilöstö toimimaan vastaavissa tilanteissa toisin. Terveystieteiden osastoja koskeissa kantelupäätöksissä valvontaviranomainen ei voi kantelun perusteella kuitenkaan kumota tai muuttaa lääkärin tekemiä diagnooseja tai hoitopäätöksiä. Valvontaviranomainen ei voi myöskään muuttaa tai kumota tuomioistuimen tai muun viranomaisen tekemiä ratkaisuja, eikä kantelusta voi myöskään saada rahallista korvausta. Mahdollisia korvauksia haetaan Potilasvakuutuskeskuksen kautta. (Aluehallintavirasto, Valvira b.)

Kantelun voi osoittaa myös eduskunnan oikeusasiamiehelle, jos kantelija epäilee, ettei viranomaisen noudata lakia tai täytä muuten velvollisuuksiaan, tai kantelija epäilee kantelun kohteen rikkovan perus- ja ihmisoikeuksia. Lainvastaiseksi toiminnaksi katsotaan esimerkiksi, jos viranomaisen ylittää oman toimivaltansa tai käyttää harkintavaltaansa väärin, tai viranomaisen toimii asiankäsittelyssä hyvän hallinnon vastaisesti. Kantelun voi tehdä itseään koskevasta asiasta tai valtakirjalla toisen puolesta joko vapaamuotoisesti tai kantelulomakkeen avulla. Neuvoja kantelun tekemiseen saa oikeusasiamiehen kansliasta. (Eduskunnan oikeusasiamies a, Eduskunnan oikeusasiamies b.)

5 Potilasvahingot

5.1 Potilasvakuutuskeskus

Potilasvakuutuskeskus (PVK) käsittelee Suomessa kaikki terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat potilasvahinkoilmoitukset. Ratkaisut tehdään potilasvahinkoja koskevan lainsäädännön perusteella soveltamalla vahingon tapahtumahetkellä voimassa ollutta lainsäädäntöä. PVK toimii sekä potilaiden että terveydenhuollossa toimivien ammattilaisten turvana pitävyydellä selvityksissä puolueettomana. PVK tuottaa myös tietoa potilasvahingoista terveydenhuollon ja vakuutusyhtiöiden toiminnan tueksi sekä potilasturvallisuuden edistämiseksi. (Potilasvakuutuskeskus a.)

Kaikilla terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavilla työnantajilla, yhteisöillä, säätiöillä sekä yksityisillä ammatinharjoittajilla, joilla on palveluksessaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä, on lain mukaan myös vakuuttamisvelvollisuus (948/2019, 6 §). Suomessa kaikki potilasvakuutuksia myöntävät vakuutusyhtiöt ovat Potilasvakuutuskeskuksen jäseniä. PVK taas kuuluu osaksi Vakuutuskeskus-ryhmää Liikennevakuutus-, Ympäristövakuutus- ja Lääkevahinkovakuutuskeskuksen kanssa. Potilasvakuutuskeskuksen hallintoa, rahoitusta ja jäseniä koskevat säädökset löytyvät potilasvakuutuskeskuslaista 949/2019. (Potilasvakuutuskeskus a.)

Potilasvakuutuskeskuksen tehtävistä määrätään tarkemmin potilasvakuutuslaissa 948/2019. Tehtäviin kuuluu mm. huolehtia lain mukaisesta keskitetystä korvaustoiminnasta ja korvauskäytänteiden yhdenmukaisuudesta sekä pitää potilasvakuutustilastoa vahinkotapahtumista, potilasvahingoista, vakuutuksista, vakuutuksenottajista ja korvauksista. PVK laatii myös riskiluokitukseen perustuvia selvityksiä potilasvahingoista, vakuutuksista ja maksetuista korvauksista. Mikäli PVK tietoon tulee potilasturvallisuutta vaarantavia seikkoja, tekee se niistä tarvittaessa myös ilmoituksen Valviralle, aluehallintavirastoon tai lääkealan valvonta- ja turvallisuusviranomaiselle (Fimea). (Potilasvakuutuskeskus a.)

5.2 Potilasvahinkoilmoituksen laatiminen ja käsittely

Potilasvahinkoilmoituksen voi tehdä, mikäli epäilee hoidon tai toimenpiteen seurauksena itselleen aiheutuneen henkilövahinkoa. Ennen vahinkoilmoituksen tekemistä PVK ohjeistaa keskustelemaan hoitoa antaneen henkilön tai muun henkilökuntaan kuuluvan terveydenhuollon ammattilaisen kanssa mahdollisten epäselvyyksien korjaamiseksi, sekä tekemään Potilasvakuutuskeskuksen verkkosivuilta löytyvän verkkotestin. Verkkotesti auttaa selvittämään onko tapauksessa mahdollista soveltaa lakia. (Potilasvakuutuskeskus b, Potilasvakuutuskeskus c.)

Potilasvahinkoilmoitus tehdään aina kirjallisena Potilasvakuutuskeskuksen julkaisemalla vahinkoilmoituslomakkeella. Ilmoituslomakkeeseen kirjataan mahdollisimman tarkasti vahingon tapahtumapaikka ja ajankohta, sekä muut samaan syyhyn liittyvät tutkimus- ja hoitopaikat ennen ja jälkeen vahingon aiheutumisen. Ilmoitukseen liitetään oma kuvaus aiheutuneesta henkilövahingosta sekä perusteista, joilla korvausta haetaan. Ilmoituksen tekijän ei kuitenkaan tarvitse esittää lääketieteellisiä tai oikeudellisia perusteita vaatimukselleen. Ilmoitukseen ei myöskään tarvita liitteeksi sairauskertomuksia, sillä PVK pyytää ilmoituksen perusteella selvityksen tapahtumista suoraan hoitopaikasta, jossa vahinko on sattunut. Potilasvahinkoilmoitus on myös mahdollista tehdä toisen puolesta valtakirjalla. Kuolemantapauksissa ilmoituksen voi tehdä ja allekirjoittaa kuolinpesän osakas tai muu läheinen, jolle potilaan kuolemasta on aiheutunut taloudellista vahinkoa. (Potilasvakuutuskeskus c.)

Vahinkoilmoitus tulisi tehdä kolmen vuoden sisällä siitä, kun vahingonkärsijä on saanut tietää tai hänen olisi pitänyt tietää vahingon tapahtumisesta tai siihen liittyvästä seurauksesta. Määräajan kulumisen ei ala hoitohetkestä, vaan hetkestä, jolloin voidaan olettaa, että vahingonkärsijällä on ollut riittävästi tietoa ymmärtää vahingon olevan seurausta terveyden- ja sairaanhoidosta. Määräajan kulumisen ei myöskään edellytä tarkkaa lääketieteellistä diagnoosia vahingosta. Ilmoitus tulee jättää kuitenkin viimeistään kymmenen vuoden kuluessa vahingon tapahtumahetkestä. Ilmoituksen laatimista ei suositella tehtäväksi välittömästi oireiden ilmaannuttua, sillä käsittelyssä saatetaan tarvita tietoa myös terveydentilan kehityksestä. (Potilasvakuutuslaki 948/2019, 31 §, Potilasvakuutuskeskus d.)

Poikkeustilanteissa voidaan joustaa kolmen vuoden määräajasta sekä 1.1.2021 tai sen jälkeen sattuneiden potilasvahinkojen osalta myös kymmenen vuoden määräajasta erityisen syyn perusteella. Kolmen vuoden määräajasta voidaan joustaa, mikäli on ollut terveydenhuollon ammattihenkilön antamien tietojen valossa perusteltua uskoa, että hoidon seuraukset paranevat vielä ajan kanssa, eikä potilas ole tämän vuoksi tehnyt vahinkoilmoitusta kolmen vuoden määräajassa. Kymmenen vuoden määräajasta voidaan joustaa esimerkiksi tilanteissa, joissa lapsena koettu vahinko on aiheuttanut työkyvyttömyyteen johtaneen sairauden tai vamman, tai potilasvahingosta johtuva sairaus tai vamma aiheuttaa hoitokuluja aikuisiällä, eivätkä lapsen huoltajat ole hakeneet korvauksia määräajassa. Erityiseksi syyksi ei kuitenkaan riitä, ettei hakijalla ollut tietoa korvauksien hakemisen mahdollisuudesta. Myöskään pelkkä vahingon vakavuus ei ole syy poiketa määräajoista. (Potilasvakuutuskeskus c, Potilasvakuutuskeskus d.)

Vahinkoasiasta saapunut ilmoitus rekisteröidään ja korvauskäsittelyn alkamisesta lähetetään ilmoituksen tekijälle vahvistus. Käsittelyn alettua PVK pyytää asiaan liittyvät selvitykset ilmoitetusta hoitopaikasta. Tämän jälkeen tilanteesta hankitaan asiantuntijalääkäriin

lausunto ja tarvittaessa vielä kuullaan ilmoituksen tekijää. Mikäli potilasvahinkoilmoitukseen annetaan myönteinen korvauspäätös, täytyy Potilasvakuutuskeskukseen toimittaa vielä kustannuksia koskeva korvaushakemus. Hakemus tulee jättää kolmen vuoden kuluessa päätöksen saamisesta. Vahinkoilmoituksen saapumisesta ensimmäiseen korvauspäätökseen kuluu keskimäärin kahdeksan kuukautta. (Potilasvakuutuskeskus e, Potilasvakuutuskeskus f.)

Korvauspäätöksissä sovelletaan hallintolakia (434/2003, 45 §), jonka mukaan päätöksissä tulee perustella arviointiin vaikuttaneet seikat sekä niiden pohjalta tehdyt johtopäätökset. Korvauspäätöksissä ilmoitetaan myös, miten asia voidaan tarvittaessa saattaa tuomioistuimen, potilaslautakunnan tai muun vastaavan elimen käsiteltäväksi. PVK lähettää päätöksen korvausvaatimuksen tekijälle, jonka lisäksi PVK:lla on oikeus salassapitovelvollisuuttaan rikkomatta lähettää päätös tiedoksi hoitoa antaneelle terveydenhuollon toimintayksikölle ja terveydenhuollon henkilölle sekä käsittelyyn asiantuntijalausunnon antaneelle lääkärille. (Potilasvakuutuslaki 948/2019, 35 §.)

5.3 Korvattavat vahingot

Kaikkia terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä aiheutuneita seurauksia ei korvata. Potilasvakuutuskeskus määrittää potilasvakuutuslainsäädännön perusteella, onko ilmoituksen tapauksessa kyseessä korvattava vahinko. Alkuperäistä potilasvahinkolakia sovelletaan 1.5.1987–30.4.1999 tapahtuneisiin vahinkoihin, ja 1.5.1999–31.12.2020 tapahtuneisiin vahinkoihin sovelletaan potilasvahinkolain uudistettua muotoa. Potilasvahinkolaki korvattiin 1.1.2021 potilasvakuutuslailla, jota sovelletaan voimaantulon jälkeen tapahtuneiden potilasvahinkojen käsittelyssä. (Potilasvakuutuskeskus a.)

Korvaukseen oikeuttavia perusteita on potilasvakuutuslain voimaantulosta alkaen yhteensä kahdeksan (948/2019, 23 §). Korvaukseen oikeuttavia vahinkoja ovat hoito-, infektio-, tapaturma-, laite-, ja implanttivahingot, hoitoympäristön tai hoitolaitteiston vahingot, lääkkeen toimittamisvahingot sekä muut kohtuuttomiksi katsotut vahingot. Merkittävin syy kielteiseen korvauspäätökseen on, ettei aiheutunut vahinko olisi ollut vältettävissä asianmukaisesta hoidosta huolimatta. Joissain tapauksissa tällainen vahinko voi kuitenkin tulla korvattavaksi kohtuuttomana vahinkona, mikäli kyseessä on vakava ja yllättävä hoidon seuraus. (Potilasvakuutuskeskus g, Potilasvakuutuskeskus h.)

Ennen vuoden 2021 lakiuudistusta, korvattaviksi vahingoiksi eivät soveltuneet Suomen rajojen ulkopuolella tapahtuneet vahingot. Uudistuksen myötä tällaiset vahingot voidaan kuitenkin korvata, mikäli julkisen terveydenhuollon yksikkö on järjestänyt hoidon ulkomailta ja ulkomaille lähettäminen on ollut potilaan terveydentilan kannalta välttämätöntä. Myös

ulkomaille annetun etäpalvelun seurauksena sattunut potilasvahinko voidaan joissakin tilanteissa korvata. (Potilasvakuutuskeskus h.)

Esinevahingot, kuten irtoproteesien tai muun omaisuuden katoaminen tai rikkoutuminen eivät kuulu PVK:n korvaamiin vahinkoihin. Näihin voi kuitenkin hakea korvausta suoraan vahingon aiheuttajalta. Korvauksen ulkopuolelle jäävät myös sellaiset korvausperusteet täyttävät vahingot, joita voidaan pitää vähäisinä. Vähäisenä vahinkona pidetään potilaalle aiheutunutta lievää kipua ja särkyä, jos vahingosta ei aiheudu pysyvää haittaa tai potilaalle haitasta aiheutuneet kustannuksen jäävät alle 200 euroa. Mikäli vahinko tapahtuu kotiavun tai palveluasumisen henkilöstön antaessa avustusta päivittäisissä toiminnoissa, ei sen katsota kuuluvan osaksi potilasvahinkolain tarkoittamaa terveyden- ja sairaanhoitoa, eivätkä tällaisissa tilanteissa tapahtuneet vahingot siksi kuulu myöskään korvauksen piiriin. Korvattaviin vahinkoihin eivät kuulu myöskään puhtaat varallisuusvahingot. Tällaisia ovat esimerkiksi vahingot, joissa vahingonkärsijä on jäänyt ilman sosiaalietuutta terveydenhuollosta saamansa arvion tai lausunnon perusteella. (Potilasvakuutuskeskus h.)

Potilasvakuutuskeskus julkaisee vuosittain korvattavien potilasvahinkojen lukumäärät sairaanhoitopiireittäin. Pelkkä vahinkojen määrä ei kuitenkaan kerro koko tilannetta alueiden potilasturvallisuuden tilasta tai sen kehityksestä. Alueellisia potilasturvallisuustilanteita vertaillessa tulisi ottaa huomioon myös taustatekijät, kuten alueen väestörakenne, terveydenhuollon kokonaiskäyntimäärät sekä tehtyjen toimenpiteiden vaativuustaso. (Potilasvakuutuskeskus 2023a, 7.)

Vuonna 2022 potilasvakuutuskeskukselle tehtiin yhteensä yli 9000 vahinkoilmoitusta. Ilmoituksen teki 7 225 eri henkilöä ja ilmoitukset koskivat 9 241 eri hoitopaikkaa tai -tapahtumaa. Ratkaisu annettiin noin 8 400 vahingosta ja myönteisen korvauspäätöksen vähintään yhden hoitopaikan osalta sai lähes 27 % hakijoista. Vahinkoilmoitusten määrä on yleensä suhteutettavissa hoitokontaktien ja toimenpiteiden määrään. Ilmoitusmäärä on pitkällä aikavälillä ollut noususuhtainen, kuitenkin poikkeuksena tässä on koronapandemian aika, jolloin vahinkoilmoitusten määrä oli keskimääräistä hieman vähäisempi. (Potilasvakuutuskeskus i; Potilasvakuutuskeskus 2023a, 4–5.)

Valtaosa korvattavista vahingoista on hoitovahinkoja, joilta voitaisiin välttyä toisenlaisilla menettelytavoilla. Vuonna 2021 hoitovahinkojen osuus kaikista julkisen ja yksityisen sektorin yhteenlasketuista potilasvahingoista oli 92,5 %, ja vuonna 2022 noin 93,4 %. Vuoden 2023 osavuosikatsauksen mukaan hoitovahinkojen osuus korvattavista vahingoista on edelleen lisääntynyt (94,0 %). (Potilasvakuutuskeskus 2023a, 5–6; Potilasvakuutuskeskus 2023b, 5.) Vahinkoratkaisujen lukumääriä ja korvattavia vahinkoja vuosina 2021 ja 2022 on koottu taulukkoon 1.

Ratkaisujen lukumäärä	2021	2022
Myönteiset ratkaisut	2041	1921
Evätyt ilmoitukset	6660	6480
Yhteensä	8701	8401

Korvattavien vahinkojen suhteelliset osuudet	2021	2022
Hoitovahingot	92,5 %	93,4 %
Infektiovahingot	5,3 %	5,1 %
Tapaturmavahingot	0,9 %	0,5 %
Muut vahingot	1,3 %	1,0 %

Korvattavien vahinkojen lukumäärä toimenpiteen mukaan	2021	2022
Tuki- ja liikuntaelinten leikkaustoimenpiteet	364	347
Muut leikkaus- tai anestesiatoimenpiteet	445	426
Kliiniset tutkimus- tai hoitotoimenpiteet	601	547
Hammashoito	319	312
Muut toimenpiteet	281	289

Taulukko 1. Potilasvahinkojen ratkaisut ja korvattavat vahingot (Potilasvakuutuskeskus 2022, 9; Potilasvakuutuskeskus 2023a, 5–6, 9).

Eniten vahinkoja tapahtuu erilaisissa leikkaus- ja anestesiatoimenpiteissä. Tällaisia tapauksia oli vuonna 2022 yhteensä 773, eli noin 40 % kaikista sinä vuonna korvattavista potilasvahingoista. Näistä vajaa puolet liittyi tuki- ja liikuntaelinten leikkauksiin. Kliinisiin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyviä vahinkoja korvattiin 547 (28,5 %) ja hammashoidollisiin toimenpiteisiin liittyviä vahinkoja 312 (16,2 %). Kliinisten tutkimus- tai hoitotoimenpiteiden ryhmässä korostuvat PVK:n mukaan diagnoosin ja hoidon viivästyminen. Näissä potilasta ei ollut tutkittu riittävästi tai potilas ei ollut päässyt tutkimuksiin ajoissa. Tällaisten tapausten määrä on ollut viime vuosina kasvussa. Suoraan resurssien vähäisyydestä aiheutuneita vahinkoja PVK ei korvaa. (Potilasvakuutuskeskus i; Potilasvakuutuskeskus 2023a, 9.)

5.4 Potilasvahinkojen kustannusvaikutukset

Potilasvakuutusjärjestelmästä aiheutui vuosina 2021–2022 yhteensä noin 81,5 miljoonan euron kustannukset. Vuoden 2022 kustannuksista 67 % (27,5 miljoonaa euroa) tuli maksetuista korvauksista ja 33 % (13,5 miljoonaa euroa) korvauksien käsittelystä aiheutuvista kuluista. Maksetuista korvauksista noin 48 % koostui potilasvahingoista aiheutuneiden ansionmenetysten korvaamisesta, 33 % tilapäisen tai pysyvän aineettoman vahingon korvauksista, ja 19 % sairaanhoidon kustannuksista tai muista potilasvahingoista aiheutuneista kustannuksista. (Potilasvakuutuskeskus 2023a, 13–14.) Potilasvakuutusjärjestelmästä aiheutuvat kustannukset eivät kuitenkaan kata kaikkia potilasvahingoista aiheutuvia kuluja. Potilasvahingot aiheuttavat lisäkustannuksia myös terveydenhuoltojärjestelmälle ja koko yhteiskunnalle mm. uusintaleikkauksien ja jälkihoitojen muodossa. (Potilasvakuutuskeskus i.)

Järvelin ym. (2012, 37–38) tutkimuksessa havaittiin, että Potilasvakuutuskeskukselta korvauksia hakeneiden ohitusleikkauspotilaiden terveydenhuollon kustannukset olivat merkittävästi suurempia kuin sellaisten potilaiden, jotka eivät hakeneet korvauksia. Aineistossa vahinkoilmoituksen tehneiden, mutta korvauksetta jääneiden potilaiden vuoden aikana kertyneet terveydenhuollon kustannukset olivat noin 71 % suuremmat kuin potilailla, jotka eivät hakeneet korvauksia lainkaan. Korvauksia saaneiden potilaiden kustannukset olivat lisäksi 20 % suuremmat kuin korvauksetta jääneiden kustannukset. Korvauksetta jääneiden korkeammat kustannukset saattavat viitata siihen, että heidän hoitoonsa on liittynyt muita ongelmia ja mahdollisia haittatapahtumia, jotka ovat johtaneet potilasvahinkoilmoituksen tekemiseen, huolimatta siitä, etteivät vahingot oikeuttaneet korvauksiin. Haittatapahtumien ehkäisyn näkökulmasta voisi olla syytä tarkastella myös kielteisiä vahinkopäätöksiä saaneiden potilaiden hoitoprosesseja.

Potilasvakuutuskeskuksen vuonna 2015 ratkaisemia tapauksia koskevassa tarkastelussa ylimääräisiä terveydenhuollon kustannuksia kertyi 42 tapauksesta yhteensä 281 360 euroa, mikä tarkoittaa noin 6 700 euron lisäkustannuksia potilasta kohden. Aineisto sisälsi yhteensä 80 korvauksiin johtanutta sekä korvaamatta jäänyttä tapausta yhden sairaanhoitopiirin alueelta. Kaikkia aineiston tapauksia ei kuitenkaan pystytty arvioimaan puutteellisten potilasasiakirjamerkintöjen vuoksi. (Saarikoski ym. 2021.)

6 Menetelmälliset lähtökohdat

6.1 Soveltava laadullinen tutkimus

Tutkimustoiminnalla tarkoitetaan yksinkertaisuudessaan tiedon lisäämistä systemaattisen ja luovan toiminnan kautta. Sen menetelmiä ovat perustutkimus sekä soveltava tutkimus. Perustutkimuksessa tavoitteena on uusien teorioiden, hypoteesien ja lainalaisuuksien muodostaminen, todentaminen sekä selittäminen ilman suoraa käytännön sovellusta. Soveltavassa tutkimuksessa taas tavoitellaan juuri käytännön sovellettavuutta. Siinä tietoa tuotetaan jonkin tietyn ongelman ratkaisemiseksi. (Tilastokeskus.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytettäviä lähestymistapoja ja analyysimenetelmiä on paljon, eikä laadullista tutkimusta voida siksi määrittää täysin yksiselitteisesti. Laadullinen tutkimus on ikään kuin sateenvarjotermi, joka alle mahtuu monenlaisia nimityksiä, jaotteluja ja ajatussuuntia, jotka pohjautuvat laadullisen tutkimuksen historiaan tai menetelmiä ohjaaviin filosofisiin suuntauksiin. Tästä syystä puhutaan usein laadullisen tutkimuksen ominais- tai erityispiirteistä määritelmän sijaan. Yksi laadullisen tutkimuksen erityispiirteistä on, että sillä pyritään osoittaman tutkimuksen aikana muodostettujen havaintojen pohjalta jotain, jota ei voida välittömällä havainnoilla saavuttaa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 10, 12; Vilkka 2021, 96–97.)

Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan usein suhteiden muodostamia merkityskokonaisuuksia, jotka ilmenevät ihmisistä lähtöisin olevina ja ihmisiin päätyvinä tapahtumina. Tällaisia tapahtumia ovat kaikenlainen toiminta, ajatukset, päämäärien asettelu, yhteiskunnan rakenteet ja hallintavalta. Näiden kaikkien voidaan olettaa pitävän sisällään ihmiselle itselleen tärkeitä ja merkityksellisiä asioita. Merkitykset ovat osa jokapäiväistä elämää ja muodostuvat kokemusten pohdinnan, tarkkailun ja tulkintojen kautta. Ne ovat toisaalta myös tilapäisiä, epävakaita ja muutoksille alltiita. Tärkeää laadullisessa tutkimuksessa on määrittää mitä tutkitaan, ja ovatko tarkastelun kohteena käsityksiin vai kokemuksiin liittyvät merkitykset. Kokemukset ovat aina omakohtaisia, kun taas käsitykset kertovat yleisistä tavoista ajatella, eikä näiden kahden välillä välttämättä ole yhteyttä. (Vilkka 2021, 95, 130.)

Tutkimustyyppiltään laadullinen tutkimus on empiiristä ja siinä käytetään empiirisen analyysin tapaa tarkastella havaintoaineistoa sekä argumentoida. Jos teoreettisen analyysin raportoinnissa korostuu ihmisjärjen suorittama tarkastelu, korostuu empiirisessä raportoinnissa, kuinka metodit tätä tarkastelua ohjaavat. Teoreettisessa analyysissä painottuvat myös, kuka on sanonut mitäkin ja milloin, kun empiirisessä tutkimuksessa tiedonantajien ja lähdeaineiston tunnistettavuutta yksilötasolla suojataan. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 22.)

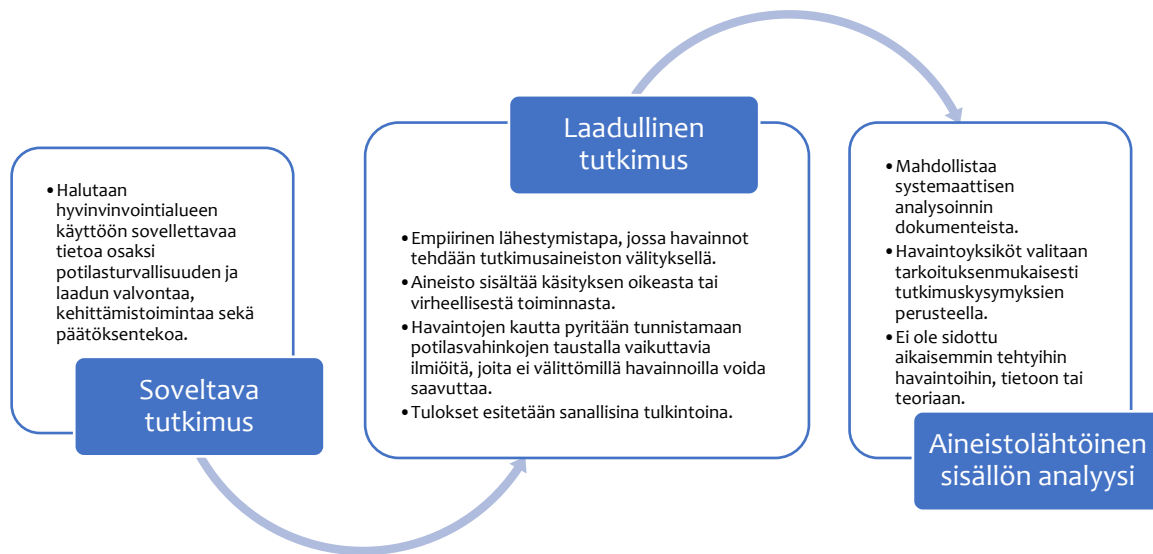
Vaikka laadullinen tutkimus on tyypiltään empiiristä, ei se silti ole teoriatonta. Tutkimuksessa käytetty teoria on vahvasti yhteydessä tutkimuksen laatuun. Laadullisessa tutkimuksessa teoriapitoisuus muodostuu ilmiölle annetuista merkityksistä ja käytetyistä työkaluista. Tutkijan oma näkökulma sekä ennakkokäsitykset tutkittavasta ilmiöstä voivat näkyä muun muassa käsitteiden, tutkimusasetelman ja menetelmien valinnassa. Tehdyt valinnat vaikuttavat aina myös tutkimuksen tuloksiin. Laadullisella tutkimuksella saavutettava tieto on siis lähtökohtaisesti subjektiivista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 19.)

Sisällön analyysi on yksi laadullisessa tutkimuksessa käytetyistä analyysimenetelmistä. Metodina sitä on käytetty paljon suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa, etenkin tutkimusaihetta kuvailevissa laadullisissa tutkimuksissa, mutta toisinaan myös määrällisissä tutkimuksissa. (Kyngäs ym. 2011, 147.) Laadullisella sisällön analyysillä etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia, joita koskeva tieto ei ole täysin esitettävissä numeerisina tuloksina vaan enemmän sanallisina tulkintoina (Vilka 2021, 134).

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta jonkinlainen toiminnan logiikka tai tyyppikertomus, jonka avulla luodaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Vilka 2021, 134). Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt eivät ole ennalta sovittuja, vaan ne valitaan aineistosta aina tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Analyysin toteuttaminen ei ole sidoksissa aiemmin tehtyihin havaintoihin, tietoon tai teoriaan vaan analyysissä keskitytään tiukasti aineistolähtöisyyteen. Tämän vuoksi myös aloittelevan tutkijan on mahdollista päästä menetelmän avulla hyvään analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 82–83, 110.)

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkimusaineiston määrällä ei ole suurta merkitystä, sillä tutkimuksessa ei tavoitella samanlaista tilastollista yleistettävyyttä kuin määrällisessä tutkimuksessa, ja laadullisen tutkimuksen tavoitteisiin on mahdollista päästä pienelläkin tutkimusaineistolla. Tutkimusaineiston määrää tärkeämpää on aineiston laatu ja tutkimusjoukon edustavuus, sillä aineisto toimii asian tai ilmiön ymmärtämisen tai teoreettisen tulkinnan muodostamisen välineenä. Tiedonantajien valinnan tulisi aina olla harkittua, jotta tutkimukseen saadaan mukaan henkilöitä, joilla on mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 75; Vilka 2021, 122; Elo ym. 2014, 4.)

Yleisimpiä laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnan menetelmiä ovat haastattelut, kyselyt, havainnointi ja erilaisista dokumenteista kerätty tieto. Sisällön analyysi on yksi dokumenttien analysoinnissa käytettävä menetelmä. Menetelmänä se mahdollistaa dokumenttien systemaattisen analysoinnin, jolloin aineistosta saadaan muodostettua tiivistetty kuvaus johtopäätelmien lähtökohdaksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 63, 74, 89.) Menetelmien valintaperusteita on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Menetelmien valintaperusteet.

6.2 Aineiston hankinta

Potilasvahinkopäätösten käyttö tutkimuksen aineistona päätettiin tutkimuksen ideointivaiheessa yhteistyössä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kanssa. Aineiston keräämistä varten tehtiin hyvinvointialueelle tietolupahakemus (liite 1.), jonka liitteinä toimitettiin henkilökuntaan kuulumattoman tutkijan rekisteröintilomake, tutkimussuunnitelma sekä tietoturva- ja tietosuojauslupaus. Aineistoksi pyydettiin kaikki hyvinvointialueen rekisteristä löytyvät, vuosina 2021 ja 2022 Potilasvakuutuskeskuksen antamat potilasvahinkopäätökset, jotka sisälsivät myönteisen korvausratkaisun. Rajauksella haluttiin saada aikaan mahdollisimman ajankohtaista tietoa nykytilanteesta, ottaen kuitenkin huomioon vahinkoilmoitusten tekemiselle asetetut aikarajat sekä käsittelyajat. Aineiston poiminta suoritettiin hyvinvointialueella ja tutkijalle luovutettiin yhteensä 59 päätösasiakirjan sähköiset valokopiot. Asiakirjat oli anonyymisoitu ennen luovutusta.

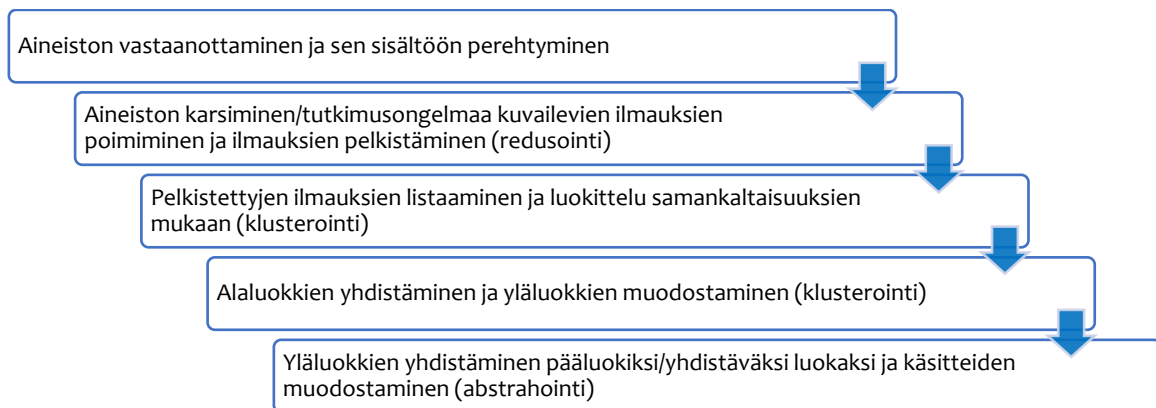
Luovutetuista asiakirjoista oli poistettu kaikki korvausten hakijoiden henkilötiedot, päätösten käsittelytunnukset sekä korvausten käsittelijöiden ja asiantuntijalausuntojen antajien tunnistiedot. Korvauspäätöksen päätösajankohta oli asiakirjoissa ilmoitettu tutkijalle vuoden tarkkuudella ja vahinkopäivä kuukauden tarkkuudella. Päätösteksteistä oli poistettu tarkkojen päivämäärien lisäksi myös muita tunnistamista helpottavia tietoja, kuten esimerkiksi

kumpaa ala- tai yläraajaa jossakin toimenpiteessä on operoitu tai mikä hammas potilaalta on hoitotapahtumassa poistettu.

Saadusta aineistosta rajattiin vielä analyysin ulkopuolelle kaksi päätöstä. Toinen näistä päätöksistä koski apuvälineiden hankintaan liittyneiden kustannuksien korvaamista. Tämä päätös rajattiin aineistosta, sillä perusteella, ettei päätöstekstissä käynyt ilmi yhteyttä potilasvahinkoon, sen ajankohtaan tai tapahtumapaikkaan, eikä päätösteksti muutenkaan eritelletyt syitä apuväline tarpeen taustalla. Mukaan luovutettuun aineistoon oli tullut myös yksi vuodelle 2020 kirjattu korvauspäätös, joka jätettiin analysoimatta aineistoa koskevan aikaisemman rajauksen perusteella. Lopullinen analysoitava aineisto sisälsi yhteensä 57 korvauspäätöstä.

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä Milesin ja Hubermanin (1994) analyysikuvauksen pohjalta, missä laadullinen aineistolähtöinen sisällönanalyysi on esitetty kolmivaiheisena prosessina. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Toisessa vaiheessa pelkistetty aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään, ja kolmannessa vaiheessa luodaan teoreettisia käsitteitä eli abstrahoidaan aineisto. (Tuomi Vielä & Sarajärvi 2018, 93–94.) Analyysin etenemistä on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Analyysin eteneminen (Tuomi Vielä & Sarajärvi 2018, 93–94).

Ennen varsinaisen analysoinnin aloittamista määritellään käytettävät analyysiyksiköt ja redusointivaiheessa tutkimusaineistosta karsitaan kaikki tutkimusongelman kannalta epäolennainen tieto. Analyysiyksikkönä voi toimia yksittäinen sana, virke, virkkeen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita virkeitä. Niiden valintaa ohjaavat käytettävän

aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Koska aineistosta haluttiin tunnistaa potilasvahinkoihin johtaneita tekijöitä, käytettiin analyysiyksikköinä päätöstekstien perusteluista ja johtopäätelmistä poimittuja virkkeitä ja ajatuskokonaisuuksia, jotka ilmaisivat, mikä asiantuntijoiden mielestä johti potilasvahingon syntyyn tai kuinka terveydenhuollossa olisi tullut toimia toisin potilasvahingon välttämiseksi. Ilmauksien poimimisen yhteydessä aineistosta karsittiin pois kaikki muu tieto. Pelkistämistä varten luotiin erillinen väliaikainen asiakirja, johon valitut ilmaukset koottiin. Asiakirjaa varten luotiin ilmauksille myös tunnustekoodit, joiden avulla olisi mahdollista analyysin edetessä jäljittää alkuperäisen asiakirjan kopio ilmauksen perusteella. (Vilkka 2021, 134; Tuomi & Sarajärvi 2018, 94.)

Kun kaikki asiakirjat oli käyty läpi, aloitettiin poimittujen ilmauksien pelkistäminen. Pelkistetyt ilmaukset pyrittiin luomaan sellaisiksi, ettei mitään tutkimusasetelman kannalta tärkeää informaatiota jäisi puuttumaan. Huomioitavaa on, että joissakin tapauksissa yhdestä lausumasta muodostui useampi pelkistetty ilmaus. Tässä poimituista alkuperäisilmauksista muodostui yhteensä 72 pelkistettyä ilmausta niin, että 13 päätöksestä löytyi kaksi pelkistettyä ilmausta, yhdestä päätöksestä kolme pelkistettyä ilmausta ja lopuista 43 päätöksestä löytyi jokaisesta yksi pelkistetty ilmaus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 94.) Esimerkki lausumien pelkistämisestä löytyy taulukosta 2.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Arvioimme mukaan esitietojen ja löydösten vuoksi -- turvotuksen syytä olisi tullut selvittää päivystyksellisesti -- ultraäänitutkimus tekemällä. Näin menetellen -- diagnoosi olisi todennäköisesti päästy toteuttamaan aikaisemmin.	Esitietojen ja löydösten perusteella olisi tullut tehdä lisätutkimus.
"Arvioimme mukaan nesteinfuusion tarkkailu on jäänyt puutteelliseksi, ja tästä on seurannut -- joiden syntyminen olisi todennäköisesti ollut vältettävissä toisin toimimalla."	Tarkkailu nesteinfuusion aikana jäi puutteelliseksi.
"Arvioimme mukaan saamamme valokuvan perusteella on todettavissa, että hoito ei ollut asianmukaista -- vaan -- tila oli sellainen, että märkäkertymä olisi tullut tyhjentää ja aloittaa antibioottihoito. Myös teillä oleva -- infektiolle altistavana tekijänä olisi pitänyt huomioida hoitopäätöstä tehtäessä."	Statuksen perusteella olisi tullut aloittaa hoito. Perussairaus olisi tullut huomioida hoidon suunnittelussa paremmin.
"Saamiemme asiakirjojen perusteella arvioituna teille annettu hoito ei ollut asianmukaista siltä osin, että -- metallisen tekonivelen seuranta jäi tekemättä. Tämän vuoksi metallinen tekonivel oli ehtinyt aiheuttaa vauriota --. Arvioimme mukaan olisitte asianmukaisen seurannankin kanssa tarvinneet uuden leikkauksen, mutta vauriot olisivat olleet pienemmät."	Asianmukainen seuranta jäi tekemättä.

Taulukko 2. Esimerkki alkuperäisilmauksien pelkistämisestä.

Redusoinnin jälkeen siirryttiin aineiston luokitteluun. Luokittelu tiivistää aineistoa, kun yksittäisistä tekijöistä muodostuu yleisempiä käsitteitä ja samalla alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Luodut pelkistetyt ilmaukset listattiin ja käytiin läpi etsien niistä samankaltaisuuksia, joiden perusteella pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokkiin. Muodostetut alaluokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla ilmauksilla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 94–95.) Esimerkki alaluokkien muodostamisesta on esitetty taulukossa 3.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>Esitietojen ja löydösten perusteella olisi tullut tehdä lisätutkimuksia.</p> <p>Oireiden perusteella olisi tullut uusia aiemmin tehty tutkimus.</p> <p>Oireiden perusteella olisi tullut tehdä tarkempi selvitys potilaan voinnista.</p> <p>Kipuoireiden vuoksi olisi ollut perusteltua tehdä lisätutkimus.</p>	<p>Tilanteessa olisi vaadittu lisätutkimuksia tai lisäselvityksiä.</p>
<p>Kokeiden tuloksia ei ilmoitettu potilaalle.</p> <p>Potilaalle ei annettu riittävästi informaatiota toimenpiteen riskeistä.</p>	<p>Potilaan informointi oli puutteellista.</p>

Taulukko 3. Esimerkki alaluokkien muodostamisesta.

Ensimmäisessä ryhmittelyssä muodostui 12 alaluokkaa. 72 ilmauksesta kolme (4,2 %) ja samalla kolme 57 päätöksestä (5,3 %) kuului ryhmään, joiden lopputulemaan henkilökunta ei olisi voinut vaikuttaa omaa toimintaansa muuttamalla. Näiden taustalla oli joko sairaanhoitolaitteen toimintavika tai jokin ei vältettävissä ollut komplikaatio. Tämän alaluokan ryhmittelyä ei enää jatkettu.

Klusterointia jatkettiin edelleen yhdistelemällä muodostuneita alaluokkia yläluokiksi luokkia yhdistävien tekijöiden mukaan. Suuria yläluokkia muodostui analyysiprosessissa yhteensä neljä. Luokittelematta jäi kaksi ilmausta sisältävä alaluokka, jonka ilmaukset kuvasivat puutteita potilaan informoinnissa. Tämä ei sisällöllisesti sopinut yhdistettäväksi muiden

alaluokkien kanssa ja jätettiin siksi omaksi ryhmäkseen. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta löytyy taulukosta 4.

Alaluokka	Yläluokka
<p>Tilanteessa olisi vaadittu lisätutkimuksia tai lisäselvityksiä.</p> <p>Esitietojen tai oireiden perusteella olisi tullut päästä toisenlaiseen johtopäätökseen tai johtopäätökseen olisi tullut päästä aikaisemmin.</p> <p>Tutkimustuloksia ei tulkittu riittävällä ammatillisen osaamisen tasolla tai tuloksiin ei reagoitu asianmukaisesti.</p>	<p>Potilastietoihin ja oireisiin perehtyminen tai tietojen tulkitseminen oli puutteellista</p>
<p>Muutoksiin potilaan voinnissa ei reagoitu tai niihin olisi tullut reagoida nopeammin.</p> <p>Jatkohoidon suunnittelussa oli puutteita.</p>	<p>Voinnin seuranta ei toteutunut asianmukaisesti</p>

Taulukko 4. Esimerkki yläluokkien muodostamisesta.

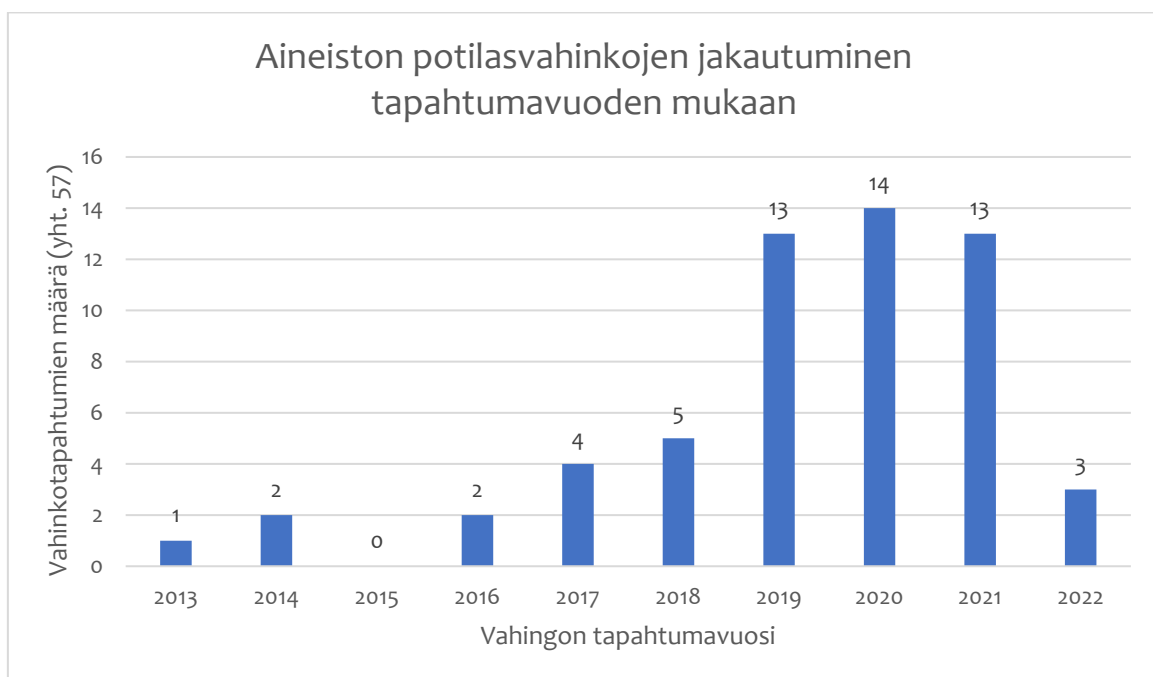
Sisällönanalyysissä aineiston luokittelua jatketaan aina niin pitkälle kuin se aineiston ja tutkimusasetelman kannalta on mahdollista ja mielekästä. Vasta abstrahoinnin edetessä määrittäytyy, montako väliluokkaa, yläluokkaa tai pääluokkaa aineistosta saadaan aikaan. Kun luokittelu on valmis, siirrytään aineiston abstrahointiin. Abstrahointi on prosessi, jossa aineistosta pyritään luomaan käsitteellisempi kuvaus tutkimuskohteesta yhdistämällä analysoitava empirinen aineisto teoreettisiin käsitteisiin. Näin aineistosta saadaan muodostettua aineistoa kuvaavia teemoja. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 96–98.)

Aineiston taustatiedot sekä aineistosta analyysin pohjalta tunnistettavat potilasvahinkojen syntyyn myötävaikuttaneet tekijät on kuvailtu tutkimuksen tuloksissa. Myötävaikuttaneita tekijöitä kuvaillaan toiminnan puutteiden näkökulmasta ryhmittelyssä syntyneiden luokitusten kautta. Tutkimuksen toiseen tutkimuskysymykseen vastataan raportin pohdinnassa, jossa havaintojen pohjalta tunnistetut ilmiöt sekä mahdolliset kehittämiskohteet on kuvailtu aikaisempaan tutkimukseen ja teoriaan yhdistettyinä tulkintoina.

7 Tulokset

7.1 Aineiston potilasvahinkojen taustatiedot

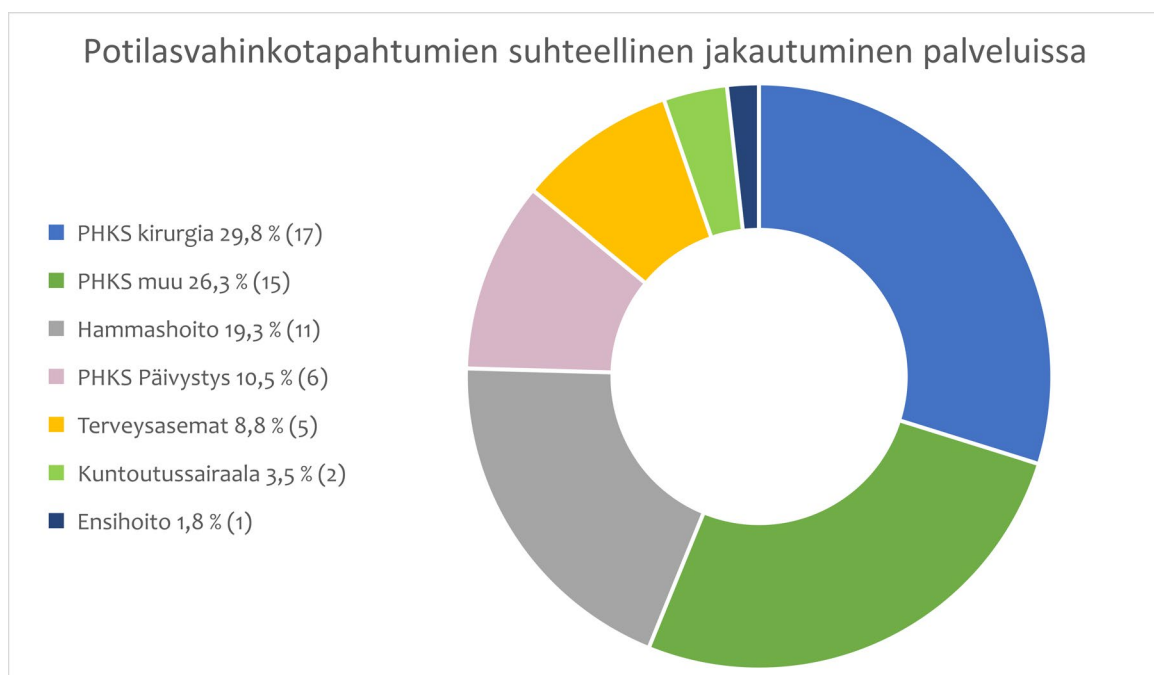
Aineiston taustatietoja ovat korvauspäätöksien päätösvuosi, vahinkojen tapahtuma-aika sekä tapahtumapaikka. Analysoiduista 57 ratkaisusta 66,7 % (38) oli tehty vuonna 2021 ja 33,3 % (19) vuonna 2022. Tapahtuma-aika poimittiin havainnollistamaan aineiston vahinkotapahtumien ajallista jakautumista. Johtopäätelmiä tehtäessä on muistettava, ettei korvauspäätöksistä saatava tieto ei ole koskaan täysin reaaliaikaista. Aineiston vahinkotapahtumista 24,6 % (14) sijoittui vuosien 2013–2018 välille. Selkeästi eniten aineisto sisälsi vuosina 2019–2021 sattuneita potilasvahinkoja. Tälle ajalle sijoittui yhteensä 70,2 % (40) koko aineiston potilasvahingoista. 5,3 % (3) vahinkotapahtumista sijoittui vuodelle 2022. Potilasvahinkojen jakaumaa on havainnollistettu kaaviossa 1.



Kaavio 1. Aineiston potilasvahinkojen jakautuminen tapahtumavuoden mukaan

Kaikista aineiston potilasvahingoista 80,7 % (46) sijoittui jonnekin terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin, ja 19,3 % (11) hammashoidon palveluihin. Terveyden- ja sairaanhoidon puolelle sijoittuneista potilasvahingoista eniten vahinkoja tapahtui jossakin Päijät-Hämeen keskussairaalan leikkausyksikössä (PHKS kirurgia) leikkaus- tai anestesiatoimenpiteen yhteydessä. Nämä muodostivat 29,8 % (17) koko aineistosta. Toiseksi eniten potilasvahinkoja sattui jossakin muussa Päijät-Hämeen keskussairaalan (PHKS muu) yksikössä. Nämä

muodostivat 26,3 % (15) kaikista vahinkotapahtumista. Tähän jaotteluun laskettiin mm. erikoissairaanhoidon osastoilla ja poliklinikoilla sattuneet vahingot, sekä yksi erikoissairaanhoidon konsultaatioon liittynyt vahinkotapahtuma. Mukaan ei kuitenkaan laskettu Päijät-Hämeen keskussairaalan yhteispäivystykseen sijoittuneita tapahtumia, vaan nämä tilastoitiin erikseen. Päivystykseen sijoittui 10,5 % (6) tapahtumista ja alueen terveysasemille yhteensä 8,8 % (5) tapahtumista. Salpausselän kuntoutussairaalaan sijoittui 3,5 % (2) ja ensihoitoon 1,8 % (1) tapahtumista. Korvattavien vahinkotapahtumien suhteellista jakaumaa palveluissa on havainnollistettu kaaviossa 2.



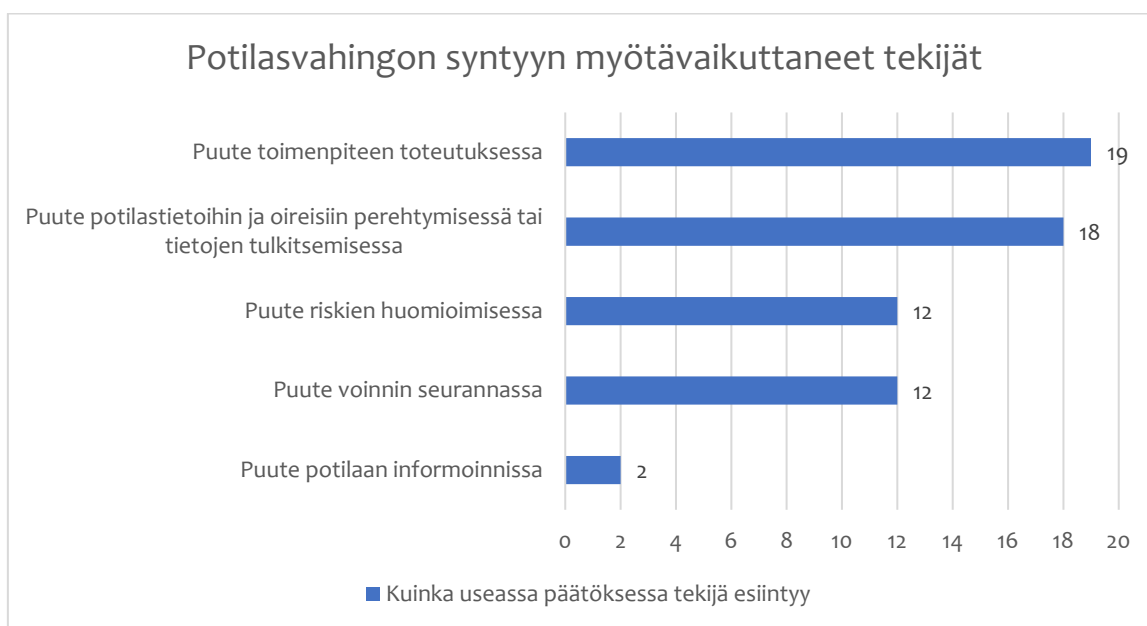
Kaavio 2. Potilasvahinkotapahtumien suhteellinen jakautuminen palveluissa

Tarkempaa jaottelua ei palvelujen välille tehty, eikä tarkkaa potilasvahingon tapahtumapaikkaa tai -yksikköä päätösteksteissä ilmaistu. Tarkkojen toimintayksiköiden määrittely vaatisi tietojen selvittämistä potilastietokannoista. Tutkimusasetelman näkökulmasta tällaiselle tarkennukselle ei katsottu olevan tarvetta. Erikoissairaanhoidon toiminnasta eroteltiin kuitenkin kirurgia ja päivystys sillä perusteella, että ne erottuivat aineistossa muita erikoisaloja selkeämmin.

7.2 Potilasvahinkojen syntyyn myötävaikuttaneet tekijät

Suurimmiksi potilasvahinkotapahtumiin myönteisesti vaikuttaviksi tekijöiksi muodostuivat puutteet toimenpiteiden toteutuksessa, puutteet potilastietoihin ja oireisiin perehtymisessä

tai niiden tulkitsemisessa, puutteet riskien huomioimisessa ja puutteet voinnin seurannassa. Näiden ryhmien ulkopuolelle jäivät aikaisemmin mainitut tilanteet, joiden lopputulemaan henkilökunta ei olisi voinut vaikuttaa omaa toimintaansa muuttamalla ja tilanteet, joissa potilaan informointi oli puutteellista. Vahinkoihin myötävaikuttaneiden tekijöiden esiintyvyyttä aineistossa on havainnollistettu kaaviossa 3.



Kaavio 3. Aineiston potilasvahinkoihin myötävaikuttaneita tekijöitä

Suurimman ryhmän muodostivat **puutteet toimenpiteiden toteutuksessa**. Tällaisia puutteita löytyi 33,3 % (19) aineiston ratkaisupäätöksiä. Ryhmä sisälsi tapauksia, joissa tehty toimenpide oli jäänyt asiantuntijan mukaan vajaaksi tai toimenpiteen viimeistely oli puutteellista, sekä tapaukset, joissa huolellisuus ja tarkkaavaisuus oli katsottu puutteelliseksi. Tässä ryhmässä korostuivat anestesia- ja leikkaustoimenpiteet. Kaikista tämän ryhmän potilasvahingoista yhteensä 68,4 % (13) sattui jonkin leikkaus- tai anestesiatoimenpiteen yhteydessä.

Vajaaksi jääneellä toimenpiteellä tarkoitetaan esimerkiksi, ettei toimenpiteessä poistettavaksi tarkoitettua kudosta poistettu kokonaisuudessaan. Puutteilla toimenpiteiden viimeistelyssä viitataan taas tilanteisiin, joissa jokin osa toimenpidettä on jäänyt viimeistelemättä. Esimerkiksi hampaan paikkauksessa purenta on jäänyt kokonaan tai osittain viimeistelemättä tai leikkauksessa asennetun proteesin asentoon ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Huolellisuuden ja tarkkaavaisuuden puutteilla viitataan siihen, että toimenpiteessä on sattunut jokin komplikaatio, joka olisi asiantuntijan arvion mukaan pitänyt havaita toimenpiteen

aikana tai aiheutunut komplikaatio olisi ollut vältettävissä huolellisemmin toimien. Aineiston potilasvahingoista 15,7 % (9) liittyi puutteisiin huolellisuudessa ja tarkkaavaisuudessa toimenpiteiden aikana. Seuraavat lainaukset on poimittu edelleen havainnollistamaan toimenpiteiden toteutuksen puutteiden ryhmään sisältyneitä tapauksia.

Arvioimme mukaan -- tehty toimenpide oli lääketieteellisesti perusteltu, mutta sitä ei suoritettu kaikilta osiltaan asianmukaisesti. Tietokonekerroskuvauksessa ja uusintaleikkauksessa todettiin, että tyrän sisältöä ei leikkauksessa -- kokonaisuudessaan poistettu. -- Uusintaleikkaus olisi ollut vältettävissä ensimmäisessä leikkauksessa huolellisemmin toimien.

Teille kehittyi ensimmäisen leikkauksen komplikaationa laaja --, joka olisi ollut arvioimme mukaan vältettävissä toisin toimien. -- Kyseisestä komplikaatiosta aiheutui ylimääräistä tilapäistä haittaa muun muassa vaikean kipuoireilun ja uusintaleikkaustarpeen muodossa.

Arviomme mukaan leikkauksessa proteesin asennus ei tapahtunut täysin asianmukaisesti ja huolellisemmin leikkauksessa toimimalla olisi todennäköisesti vältetty proteesin liiallinen varausasento.

Toiseksi suurin ryhmä koostui **puutteista potilastietoihin ja oireisiin perehtymisessä tai tietojen tulkitsemisessa**. Tällaisia mainintoja löytyi yhteensä 31,6 % (18) päätöksiä. Potilastiedoilla tässä tarkoitetaan terveydenhuollossa tallennettuja tietoja, kuten potilaan esitietoja, laboratoriotuloksia ja otettuja röntgenkuvia, jotka terveydenhuollon henkilökunnalla on ollut käytettävissä potilaan hoidon tarvetta määriteltäessä sekä lisätutkimuksia ja hoitoa suunniteltaessa. Tähän ryhmään kuuluivat tapaukset, joissa asiantuntijan mukaan potilastietojen tai oireiden perusteella tilanteessa olisi vaadittu vielä lisätutkimuksien tai lisäselvityksien tekemistä ennen johtopäätöksen tekemistä, tai käytettävissä olevien tietojen perusteella olisi tullut päästä toisenlaiseen johtopäätökseen tai johtopäätökseen olisi tullut päästä toteutunutta aikaisemmin. Ryhmään sisältyi myös kolme tapausta, joissa yksittäisiä tutkimustuloksia ei asiantuntijan mukaan tulkittu riittävällä ammatillisen osaamisen tasolla tai tuloksiin ei reagoitu asianmukaisesti.

Arvioimme mukaan -- diagnoosiin olisi tullut päästä toetutunutta aikaisemmin. -- olisi tullut epäillä viimeistään -- ikänne ja näköoireenne perusteella. -- mikäli hoito olisi aloitettu oikea-aikaisesti on arvioimme mukaan todennäköistä, että nykyisenkaltainen merkittävä näkökyvyn heikkeneminen olisi voitu välttää.

Arvioimme mukaan kuvantamistutkimuksen tekeminen oli lääketieteellisesti perusteltua, mutta röntgenkuvan tulkinnassa -- ei kaikilta osin saavutettu vaadittavaa

ammattillisen osaamisen tasoa. – Teidän tapauksessanne -- jäi huomaamatta ja uusintajuurihoidon aloitus viivästyi.

Arvioimme mukaan esitietojen ja löydösten vuoksi -- turvotuksen syytä olisi tullut selvittää päivystyksellisesti -- ultraäänitutkimus tekemällä. Näin menetellen -- diagnoosi olisi todennäköisesti päästy toteuttamaan aikaisemmin.

Puutteita riskien huomioimisessa löytyi 21,1 % (12) päätöksiä. Puutteilla riskien huomioimisessa viitataan tapauksiin, joissa kaikkia riskitekijöitä ei huomioitu hoidon suunnittelussa tai toteutuksessa, tai riskejä ei huomioitu riittävällä tasolla. Tällaisia ovat esimerkiksi tapaukset, joissa potilaan vointiin tai hoitoon liittyvä riskitekijä tai erityisvaatimus on ollut tulovaiheessa terveydenhuollon tiedossa tai voidaan katsoa, että hoitoon tai toimenpiteeseen liittyvä riski on yleisesti hoitoa toteuttavan ammattihenkilöstön tiedossa, mutta se on jäänyt kokonaan tai osittain huomioimatta myöhemmässä toiminnassa tai kirjauksissa. Tällaisia ovat esimerkiksi tapaukset, joissa potilaalla on ollut lääkityksen takia kohonnut kaatumisriski. Puutteisiin riskien huomioimisessa kuuluvat myös tapaukset, joissa kaikkia tarvittavia varotoimenpiteitä ei ollut tehty tai potilasvahinko olisi voitu välttää varotoimenpiteillä, kuten tarkistamalla tehtävän toimenpiteen indikaatiot ennen toimenpiteen aloitusta.

Illalla -- saitte epähuomiossa toisen potilaan iltalääkkeet ja kaaduitte -- Arvioimme mukaan kaatuminen -- on todennäköisesti syy-yhteydessä virheellisesti saamiinne toisen potilaan lääkkeisiin, ja se olisi ollut vältettävissä huolellisemmalla menettelyllä.

Kaatumisriskistä ei tehty arvioita tai kirjauksia tullessa. -- Arvioimme mukaan -- kaatumisriski oli ilmeinen esitietojen ja akuutin sairauden ja sen vaatiman lääkityksen vuoksi. Vuoteen laidat olisi ollut perusteltua nostaa ylös sen vuoksi. Merkintöjen mukaan -- ei ollut sekava tai rauhaton siinä määrin, että olisi todennäköisesti tullut sängyn laitojen yli. Tässä tapauksessa sängyn laidat olisivat todennäköisesti estäneet kaatumisen ja siitä seuranneen --.

Hoitolaitoksesta saadun selvityksen mukaan -- korkean painehaavariskin potilaalla tulisi olla minimipainealusta, jota kuntoutusjakson aikana ei kuitenkaan ollut käytössä. Hoitotyön kirjauksista ei myöskään tule esille asentohoidon toteutus. Arvioimme mukaan -- oli merkittävä alttius painehaavojen synnylle ja tämä olisi tullut huomioida tyyppillisten painealueiden hoidossa. -- Pidämme todennäköisenä, että toisin toimimalla -- painehaavan hoito olisi ollut tuloksellisempaa ja -- haavauma olisi jäänyt vähäisemmäksi.

Puutteita voinnin seurannassa löytyi yhteensä 21,1 % (12) päätöksiä. Tähän sisältyivät maininnat, joiden mukaan tiedossa oleviin muutoksiin potilaan voinnissa ei reagoitu tai niihin

olisi tullut reagoida nopeammin, sekä maininnat, joiden mukaan jatkohoidon suunnittelussa oli puutteita. Tähän ryhmään kuului esimerkiksi tilanteita, joissa toteutunut seurantaväli oli suosituksia pidempi tai potilaan voinnin muutokset oli todettu, mutta hoitoon ei kuitenkaan ollut tehty niiden vaatimia muutoksia.

Saamiemme asiakirjojen perusteella arvioituna teille annettu hoito ei ollut asianmukaista siltä osin, että -- metallisen tekonivelen seuranta jäi tekemättä. Tämän vuoksi metallinen tekonivel oli ehtinyt aiheuttaa vauriota --. Arvioimme mukaan olisitte asianmukaisen seurannankin kanssa tarvinneet uuden leikkauksen, mutta vauriot olisivat olleet pienemmät.

Arviomme mukaan laskuputken poistamatta jättäminen -- oli asianmukaista, koska sappiteissä olisi voinut vielä olla sappikiviä. Arvioimme mukaan -- laskuputken poisto olisi ollut perusteltua ohjelmoida -- päättyneen sairaalahoitajakson aikana. Näin menetellen laskuputken poistaminen ei olisi viivästynyt. Laskuputken poistamisen viivästyisestä aiheutui -- tulehdusoireita.

Puutteet potilaan informoinnissa olivat myötävaikuttamassa kahdessa (3,5 %) vahinkotapahtumassa. Toinen tapahtumista liittyi potilaan laboratoriotulosten tarkistamiseen, ja tuloksista ja hoidon aloituksesta tiedottamiseen. Toinen liittyi tilanteeseen, jossa potilas ei saanut riittävästi tietoa toimenpiteen mahdollisista seuraamuksista ennen toimenpiteeseen suostumista. Aineistoa kokonaisuutena tarkasteltaessa potilasvahingoista 94,7 % oli sellaisia potilasvahinkoja, joilta olisi voitu välttyä toisin toimimalla.

8 Pohdinta

8.1 Aineistosta tunnistettavat ilmiöt ja kehittämistarpeet

Tutkimuksessa pyrittiin tunnistamaan alueen potilasvahinkojen korvausratkaisuista potilasvahinkojen syntyyn johtaneita tekijöitä. Lisäksi haluttiin tunnistaa näiden tekijöiden taustalla vaikuttavia ilmiöitä ja mahdollisia kehittämistarpeita. Aineistosta tunnistettiin neljä keskeistä potilasvahinkojen syntyyn myötävaikuttavaa kokonaisuutta, joita lähdettiin tarkastelemaan ensin hoitoprosessin näkökulmasta.

Kansallisen koodistopalvelimen luokituksessa hoitoprosessilla tarkoitetaan yhden potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintasarjaa. Hoitoprosessin vaiheita ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi. (Kansallinen koodistopalvelin.) Jokaiseen prosessin vaiheeseen voi sisältyä useampia eri ammattilaisille kuuluvia prosesseja, ja yhdellä potilaalla voi olla samanaikaisesti useita eri tarpeisiin liittyviä hoitoprosesseja. Hoitoprosessin vaiheet saattavat myös jakautua useammalle käynnille tai ne voivat toteutua yhden käynnin yhteydessä. (Kauvo & Virkkunen 2022, 38.)

Potilastietoihin ja oireisin perehtymisen ja tulkitsemisen puutteet liittyvät hoitoprosessissa pitkälti tulotilanteen selvittelyyn. Tulotilanteessa selvitetään potilaan taustatiedot ja nykytila (status). Tähän sisältyvät mm. potilaan esitietojen tarkastaminen ja hoitoon hakeutumisen syy selvittely, havainnointi potilaan toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta, sekä potilaan pysyväisluonteiseen terveydentilaan liittyvien tietojen, kuten riskitietojen ja lääkehoidon selvittely. Tulotilanteeseen voi kuulua myös muiden asianmukaisiksi katsottujen tutkimuksien ja selvityksien suorittamista. (Kauvo & Virkkunen 2022, 39; Kansallinen koodistopalvelin.)

Puutteet toimenpiteiden toteutuksessa voidaan katsoa osaksi hoidon toteutusta ja puutteet voinnin seurannassa osaksi hoidon arviointia. Hoidon suunnitteluvaiheessa terveydenhuollon ammattihenkilöt laativat yhteistyössä potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa suunnitelman potilaan hoidosta, hoidon perusteista sekä hoidon tavoitteista. Hoidon toteutukseen sisältyy suunnitteluvaiheessa valittujen toimenpiteiden, hoitotyön ja lääkehoidon suorittamista. Hoidon arvioinnissa seurataan potilaan voinnin muutoksia ja arvioidaan toteutunutta hoitoa suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Riskien huomioimista on haastavampi kiinnittää vain yhteen hoitoprosessin vaiheeseen ja sen voidaan ajatella liittyvän kaikkiin hoitoprosessin vaiheisiin sekä organisaatiossa tai yksiköissä yleisesti vallitsevaan potilasturvallisuuskulttuuriin. (Kauvo & Virkkunen 2022, 39; Kansallinen koodistopalvelin.)

Vahinkoja voi sattua kaikenlaisissa toimintayksiköissä ja kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Yksittäisen vaaratapahtumien taustalta voi myös löytyä useita tilanteen syntyyn vaikuttavia

tekijöitä. Vaaratapahtumien syntyyn saattavat vaikuttaa esimerkiksi erilaiset järjestelmä- ja organisaatiotekijät, teknologiset tekijät, inhimilliset tekijät, potilaisiin liittyvät tekijät sekä erilaiset ulkoiset tekijät, kuten poliittinen päätöksenteko tai rahoitukseen liittyvät paineet. (World Health Organization.) Tässä tutkimuksessa potilasvahinkojen ehkäisyn kannalta tunnistettavat kehittämistarpeet liittyvät yleisen potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen ja ammattilaisten onnistumisen mahdollistamiseen hoitoprosessin eri vaiheissa.

8.1.1 Virheelliset tulkinnat ja osaamisen varmistaminen

Lähes kolmasosa aineiston potilasvahingoista liittyi puutteisiin potilastietoihin ja potilaan oireisiin perehtymisessä tai niiden tulkitsemisessa hoitoprosessin tulovaiheessa. Tulovaiheen virheellisten tulkintojen ja päätelmien voidaan katsoa liittyvän puutteisiin esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnissa tai taudinmäärittämisessä. Arvioinnissa tapahtuvien virheiden taustalla vaikuttavat syyt voivat johtua moninaisista tekijöistä.

Potilaan hoidon tarpeen arviointi alkaa usein heti, kun potilas ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. Arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy sekä potilaan oireiden luonne, vakavuus ja kiireellisyys potilaan ilmoittamien esitietojen sekä haastattelun avulla. Arvioinnin tavoitteena on saada tarjottua potilaalle oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Usein tarkempaa hoidon tarpeen selvittelyä tehdään sovitussa vastaanottotilanteissa, mutta arviointia voidaan toteuttaa myös verkossa täytettävillä oirekyselyillä, puhelimesta tai päivystyksessä. Potilasturvallisuuden näkökulmasta tiedon keräämisen tulisi tapahtua systemaattisesti, jotta saadaan varmistettua tiedon riittävyys turvalliseen päätöksentekoon. (Alanen ym. 2023, 8; Rehunen 2020.)

Hoidon tarpeen arviointi ei ole sama asia kuin taudinmäärittäminen, jonka suorittaa lääkäri tai hammaslääkäri, mutta diagnoosin asettaminen on osa lääkärin tekemää hoidon tarpeen arviointia. Hoidon tarpeen arvioinnin voi suorittaa myös muu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on siihen riittävä ammattitaito, koulutus ja kokemus. Arvioinnit perustuvat lääketieteellisesti hyväksytyihin kriteereihin, mutta tasalaatuisen arvioinnin toteuttaminen vaatii, että toimintayksiköissä on myös selkeästi sovitut yhteiset toimintatavat, ohjeistukset sekä työnjako. (Rehunen 2020.)

Oikean diagnoosin löytyminen on keskeinen osa terveydenhuoltoa ja potilaan hoitoprosessia, sillä diagnoosilla sekä selitetään potilaan terveysongelmaa että annetaan tietoa myöhempiä terveydenhuollon päätöksiä varten. Virhetulkinta taudinmäärittämisessä ei kuitenkaan automaattisesti aiheuta potilaalle haittaa, sillä joissain tapauksissa hoidossa päästään tavoiteltuun lopputulemaan myös alun virhetulkinnasta huolimatta. Virheet saattavat kuitenkin estää ja viivästyttää asianmukaisen hoidon aloitusta, johtaa tarpeettomaan tai haitalliseen

hoitoon, sekä aiheuttaa psykologisia tai taloudellisia seurauksia. (Graber ym. 2005; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine ym. 2015, 2.)

Potilasvakuutuskeskuksen mukaan diagnosoinnin ja hoidon aloituksen viivästyemisestä johtuvien potilasvahinkojen määrä on ollut viime vuosina kasvussa (Potilasvakuutuskeskus 2023a, 9). WHO:n arvion mukaan diagnostiikkaan liittyviä virheitä voidaan havaita 5–20 prosentissa kaikkia lääkärin ja potilaiden välisiä kohtaamisia. WHO arvioi myös, että suurin osa ihmisistä kärsii jonkinlaisesta diagnoosivirheestä jossain elämänsä vaiheessa. Lääkärikatsauksessa haitallisia diagnostisia virheitä havaittiin noin 0,7 prosentissa aikuisten potilaiden vastaanottokäyntejä. (World Health Organization.)

Virhetulkintojen syntyyn voivat vaikuttaa esimerkiksi yhteistyön ja kommunikaation ongelmat terveydenhuollon ammattilaisten kesken tai henkilöstön, potilaan ja omaisten välillä. Virhetulkintoissa ja vaaratapahtumissa potilaista lähtöisin olevia vahingon syntyyn vaikuttavia tekijöitä voivat olla potilaan sitoutumattomuus, yhteistyöhaluttomuus, tahallinen ammattilaisten harhaan johtaminen sekä oman terveydentilan arviointiin liittyvät rajoitteet. Joskus myös potilaan oireet ilmenevät epätyypillisellä tavalla, mikä haastaa niiden tulkintaa. Organisaation näkökulmasta katsottuna myös toimintayksikön tai organisaation toimintakulttuuri saattaa olla muotoutunut sellaiseksi, ettei se tue diagnoosiprosessia. Lisäksi virheiden ja läheltä piti -tilanteiden tunnistamiseksi, syiden selvittämiseksi ja toiminnan kehittämiseksi tarvitaan organisaatiossa ja työyhteisössä avoimuutta ja toimivia palautejärjestelmiä. (Graber ym. 2005; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine ym. 2015, 2; World Health Organization.)

On mahdollista, että virheellisiin johtopäätelmiin on ollut vaikuttamassa myös tietojärjestelmien käyttöön liittyvät haasteet. Terveydenhuollossa ammattilaisten on hallittava ja sovellettava valtavia määriä tietoa. Vaatimukset saattavat ylittää ihmisen kognitiivisen kapasiteetin, mikä osaltaan voimistaa mm. diagnosoinnin haasteita. Hyvin suunnitelluilla terveydenhuollon tietojärjestelmillä voidaan parantaa diagnosoinnissa ja päätöksenteossa tarvittavan tiedon oikea-aikaista saatavuutta, terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välistä viestintää, kliinistä päättelyä ja päätöksentekoa sekä myös palautteen antamista ja seuranta. Tietojärjestelmien heikko käytettävyys taas lisää työn kuormitusta ja työntekijöiden psyykkistä rasittuneisuutta. Työnkulkuun huonosti integroitu järjestelmä vie ammattilaisilta myös asiakastyöhön ja päätöksentekoon tarkoitettua aikaa. (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine ym. 2015, 219.; Saranto ym. 2023, 187; Vehko ym. 2019, 27.)

Tietojärjestelmien käytössä terveydenhuollon työntekijöitä turhauttavat ja kuormittavat mm. saman asian kirjaaminen useaan paikkaan, välillehtien välillä edestakaisin kulkeminen,

useiden eri järjestelmien käyttö yhtäaikaaisesti sekä järjestelmien käyttökatkot. Välilehtien ja järjestelmien välillä kulkeminen rasittavat muistia, ja moneen paikkaan kirjaaminen hidastaa työprosesseja sekä altistaa virheille. Osa potilastietojärjestelmien käyttäjistä kokee myös, että virhevalintojen ja -kirjauksien tekeminen järjestelmissä on helppoa, mutta virheiden korjaaminen jälkikäteen on haastavampaa. Kirjauksissa tehdyt virheet saattavat myös kertaantua, jos virheellisiä kirjauksia käytetään myöhemmin osana päätöksentekoa. (Vehko ym. 2018, 151; Vehko ym. 2019, 20–21, 31.)

Arviointien ja johtopäätösten teossa heijastuvat terveydenhuollon ammattilaisen tiedot, kliininen ymmärrys, ongelmanratkaisutaidot, resurssit sekä tiimityöskentelystä saatava tuki. Henkilöstön osaamisen varmistaminen on tärkeää toiminnan sujuvuuden ja turvallisuuden kannalta. Terveydenhuollossa tieto ja suositukset muuttuvat jatkuvasti ja ajan tasalla pysyminen vaatii jatkuvaa osaamisen kehittämistä. Myös perehdyttämisellä on iso rooli osaamisen ja toiminnan sujuvuuden varmistamisessa, ja tehtäväkohtaista koulutusta saaneet työntekijät ovat usein tuottavampia ja itsevarmempia. Oppimiseen ja kouluttautumiseen kannustavalla ilmapiirillä on havaittu myönteisiä vaikutuksia myös henkilöstön motivaation ja sitoutuneisuuteen, mikä osaltaan lisää toiminnan tehokkuutta sekä potilastyytyväisyyttä. (Gesme ym. 2010; Graber ym. 2005.)

Osaamisen varmistamisella huolehditaan, että ammattihenkilöt voivat harjoittaa ammattiaan turvallisesti ja asianmukaisesti. Osaamisen kehittäminen alkaa organisaatiossa osaamisvaatimusten määrittelystä. Määrittely perustuu organisaation perustehtävään, kehittämistarpeisiin sekä työntekijöiden osaamistarpeisiin. Suomessa terveydenhuollon ammattilaisilla on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää omaa ammatillista osaamistaan ja työnantajalla on velvollisuus seurata kehitystä sekä luoda mahdollisuuksia osallistua osaamista kehittäviin täydennyskoulutuksiin tai muuhun osaamista kehittävään toimintaan. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, §18; Sosiaali- ja terveysministeriö 2021, 16.)

Erään tutkimuksen mukaan kuitenkin vain pieni vähemmistö taudinmääritykseen liittyvistä virheistä johtuu puhtaasti siitä, ettei ammattilainen vain löydä oikeaa diagnoosia, eikä ongelmaa tämän vuoksi tunnusteta tai siihen hankita asiaankuuluvaa tietoa. Näissäkään tilanteissa ei voida varmasti sanoa onko päättelyvirheen taustalla puhdas ammattilaisen tietovaje vai liittyykö tapauksiin puutteita käytännön prosesseissa. Henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja varmistamiseen liittyykin myös organisaation sisäisten prosessien osaamisen varmistamista sekä tietojärjestelmien käyttöön liittyvän osaamisen varmistamista. (Gesme ym. 2010; Graber ym. 2005; National Academies of Sciences, Engineering and Medicine ym. 2015, 8, 358.)

8.1.2 Henkilöstön hyvinvointi ja työn hallinta

Ammattilaisen huolellisuuden ja tarkkaavuuden puutteita löytyi 15,7 prosentissa aineiston potilasvahinkoja. Huolimattomuuden taustalla on mahdollisesti ollut jaksamiseen ja vireytilaan liittyviä haasteita. Jos kuitenkin pohditaan työhyvinvoinnin ja toisaalta työn hallinnan laaja-alaisempia vaikutuksia työssä suoriutumiseen, voidaan ajatella niiden olevan osaltaan vaikuttamassa lähes kaikissa estettävissä olevissa potilasvahinkotapahtumissa.

Hyvinvoiva ammattihenkilöstö on potilasturvallisuuden toteutumisen perusedellytys. Jotta riskejä voitaisiin ennakoida ja vähentää, tulee henkilöstön pysyä valppaana ja luoda aikaa ammattilaisten keskinäiselle yhteistoiminnalle. Työhyvinvointi syntyy mm. kannustavasta ja henkilöstöä tukevasta johtamisesta, henkilökunnan luottamuksesta omaan ammatilliseen osaamiseensa ja mahdollisuudesta keskittyä tekemään omaa työtänsä hyvin. Haastavat työolosuhteet aiheuttavat ammattilaisille tarpeetonta henkistä, kognitiivista ja fyysistä kuormitusta, mikä vaikuttaa myös tehdyn työn laatuun. Työtaakastaan kuormittuneet, väsyneet ja kiirettä kokevat työntekijät tekevät helpommin virheitä tarkkaavaisuutta vaativissa tehtävissä, ja ovat usein työyhteisössä yhteistyöhaluttomampia. Hyvän laadun varmistaminen vaatii myös, että henkilöstömäärät ovat riittäviä potilaiden ja palvelujen tarpeiden kannalta. (Jylhä ym. 2021, 88; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 27, 29.)

Tehyn jäsenille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan vuonna 2021 hoitajista noin 41 % piti omaa työhyvinvointiansa jokseenkin tai erittäin huonona, kun vastaava luku oli kaksi vuotta aikaisemmin 27 %. Koronapandemian aika on vastaajien mukaan ollut suuresti vaikuttamassa työhyvinvoinnin kehitykseen. (Aula Research 2021, 3, 6.) Työhyvinvoinnin voidaan ajatella olevan hyvää, kun työntekijä kokee omien fyysisten ja psyykkisten sekä työhön liittyvien voimavarojen riittävän tai ylittävän työn asettamat vaatimukset. Organisaation näkökulmasta hyvinvoiva työntekijä edistää myös organisaation tavoitteiden saavuttamista suoriutumalla työtehtävistään hyvin. (Työterveyslaitos a.)

Työhyvinvoinnin tukeminen ei saisi olla pelkästään ongelmien tarkastelua ja korjaaviin toimenpiteisiin keskittymistä, vaan vähintään yhtä merkittävää olisi keskittyä ongelmien ennaltaehkäisyyn ja työn kontekstin johtamiseen. Työhyvinvoinnin johtaminen ei saisi myöskään olla irrallista muusta strategisesta johtamistyöstä. (Työterveyslaitos a.) Toisaalta työhyvinvoinnin edistäminen ei ole yksin esihenkilöiden tai johdon vastuulla, vaan yhteisvastuu siitä kuuluu myös työntekijöille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 29).

Työn hallintaan liittyvät niin työprosessien hallinta kuin työntekijän subjektiiviset kokemukset omasta työstä. Näihin vaikuttavia tekijöitä ovat mm. työntekijän terveydentila, työilma-
piiri, työolosuhteet, asianmukaiset työvälineet ja kuinka resursseja organisaatiossa

kohdennetaan. Työn hallinnan näkökulmasta työhyvinvointia lisäävät mm. työyhteisön hyvä yhteishenki, hyväksyvä suhtautuminen muutoksiin organisaatiossa, yksikössä ja työskentelytavoissa, kokemus oman työajan hallinnasta sekä mahdollisuudet osallistua työtä koskevaan päätöksentekoon. (Jylhä ym. 2021, 94.)

Lääkäriin työolot ja terveys 2019 tutkimuksen mukaan lähes 60 % lääkäreistä arvioi kokeensa viimeisen puolen vuoden aikana joko usein tai jatkuvasti kiirettä sekä painetta tekemättömien töiden vuoksi. Muita lääkäreitä paljon kuormittavia tekijöitä työssä olivat mm. hankalat tai huonosti toimivat laitteet tai järjestelmät, liian vähäinen aika työn kunnolla tekemiseen, lääkäreiden määrällinen riittämättömyys sekä jatkuvat keskeytykset työn teossa. Verrattaessa tuloksia vuoden 2015 mittauksiin on lääkäreiden kokema kuormittuneisuus lisääntynyt lähes kaikilla tutkimuksessa mitatuilla osa-alueilla. Myös lääkäreiden sairastavuus on hieman lisääntynyt. Työssään melko paljon tai erittäin paljon stressiä ilmoitti kokevansa joka neljäs tutkimukseen vastannut lääkäri, kun vuonna 2015 melko paljon tai erittäin paljon stressiä koki noin joka viides. (Lääkäriliitto 2020, 8, 10, 13, 20.)

Työntekijöiden kokema stressi voi johtua suuren työmäärän lisäksi työtehtävien tiukoista määräajoista tai erilaisista rajoituksista, jotka vaikuttavat työntekijöiden tapaan ja kykyyn tehdä työtä. Työyhteisössä vallitseva yleinen ilmapiiri ja erilaiset ihmissuhdekonfliktit voivat toimia sosiaalisina stressitekijöinä. Stressaavassa työympäristössä työskentelevät ihmiset huomioivat muita työyhteisön jäseniä keskimääräistä heikommin, mikä edelleen heikentää yleistä työilmapiiriä, ja voi olla mahdollistamassa työntekijöiden eristäytymistä ja syrjäytymistä sekä lisätä henkilöstön keskinäisiä konflikteja. (Robinson ym. 2013.)

Terveydenhuollossa työntekijöiden kokemaa stressiä lisää myös eettinen kuormitus, jota voi syntyä eettisesti haastavissa tilanteissa, joissa ammattilaisten omat arvot, yleiset normit ja organisaation toimintamallit ovat toistuvasti ristiriidassa keskenään, eikä ammattilainen koe voivansa toimia tilanteessa hyvin tai oikein, tai ammattilainen ei ole varma oikeasta tavasta toimia. Eettisesti haastavia tilanteita voivat aiheuttaa esimerkiksi hoitoon liittyvät erimielisyydet ammattilaisen ja potilaan tai omaisten välillä sekä ammattilaisten kesken. Myös resurssien puutteista aiheutuvat haasteet, kuten liiallinen työmäärä ja kiire saattavat aiheuttaa eettisiä ristiriitoja. Eettistä kuormitusta voidaan yrittää purkaa tunnistamalla haastavia tilanteita sekä käymällä niiden aiheuttamia tunteita säännöllisesti työyhteisössä läpi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 30; Työterveyslaitos b.)

Terveydenhuollon ammattilaisten työuupumusta tarkastelevassa kirjallisuuskatsauksessa uupumukselle altistaviksi tekijöiksi nousivat mm. työn korkea vaatimustaso, johtamisen ja yhteistyön ongelmat, ristiriitaiset ohjeistukset, aikapaineet, kiusaaminen työyhteisössä, hierarkia, sisäisen kommunikaation ongelmat, epäselvä työnjako, tunnustuksen puute sekä

heikot mahdollisuudet osallistua omaa työtä koskevaan päätöksentekoon. Sisäisiä uupumukselle altistavia tekijöitä ovat mm. perfektionismi ja omaan työskentelyyn kohdistuvat idealistiset odotukset, omien tarpeiden tukahduttaminen sekä työn asettaminen oman sosiaalisen elämän edelle. (De Hert 2020, 176.)

Työuupumus ei itsessään ole sairaus, mutta pitkittynyt työstressi voi kuitenkin johtaa jopa työkyvyttömyyteen. Uupumuksen seurauksia ovat mm. tyytymättömyyden ja poissaolojen lisääntyminen organisaatiossa sekä henkilöstön vaihtuvuus ja kyynistyminen. Työuupumus voi johtaa myös henkilökohtaisen elämän ongelmille ja altistaa mm. masennukselle, ahdistukselle sekä päihteiden käytölle. Työuupumusta voidaan ehkäistä esimerkiksi työn ja vapaa-ajan tasapainoa sekä työstä palautumista tukemalla, ja työssä stressiä aiheuttavia tekijöitä vähentämällä. Parhaimpia tuloksia saadaan aikaan työntekijöitä osallistavilla menetelmillä. (Ahola & Hakala 2010, De Hert 2020, 180.)

Tutkimuksissa on havaittu myös yhä useamman terveydenhuollon työntekijän harkitsevan vakavasti työn lopettamista ja psykofyysinen kuormittuneisuus on yksi merkittävimmistä työn lopettamisaikeita ennustavista tekijöistä. Kiireen, resurssipulan ja kuormittavien työolosuhteiden lisäksi, myös lähiesihenkilöltä saadun tuen puute saattaa vaikuttaa työntekijöiden kokemukseen työn kuormittavuudesta. Toisaalta on mahdollista, että samat tekijät heikentävät myös esihenkilöiden mahdollisuuksia tuntea ja tukea omia alaisiaan. (Olakivi ym. 2021, 146, 149.) Esihenkilöltä saadun tuen puute nousi myös hoitajille tehdyssä tutkimuksessa kolmanneksi yleisimmäksi kuormitusta lisääväksi tekijäksi liian vähäisen henkilökunnan ja sijaisten osaamisen puutteiden jälkeen. Miten jaksat työssäsi -kyselyn mukaan, lääkärien työssä jaksamista toiseksi eniten tukevaksi tekijäksi nostettiin kannustava esihenkilö. Eniten työssä auttoi jaksamaan työtovereilta saatu tuki. (Aula Research 2021, 5; Medikumppanit, 2019.)

Pula osaavista ammattilaisista on uhka potilasturvallisuudelle sekä koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle. Myös voimakas henkilöstön vaihtuvuus, sijaisuudet sekä satunnaisen vuokratyövoiman käyttö haastavat potilasturvallisuutta. Ammattihenkilöstöä on kuitenkin mahdollista sitouttaa mm. hyvällä johtamisella ja luomalla ammattilaisille mahdollisuuksia toteuttaa työtään ammatillisesti eettisten periaatteiden mukaan. Näillä keinoilla voidaan myös mahdollisesti houkutella alalle uusia osaajia. Ammattilaisten saatavuutta voidaan lisätä myös kehittämällä entistä joustavampia työaikamuotoja ja urasuunnittelua. Hyvä johtaminen vaatii kuitenkin terveydenhuollon johtajien ja esihenkilöiden osaamisen varmistamista työhyvinvoinnin sekä henkilöstökokemuksen johtamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 27, 30.)

8.1.3 Toimintamallit ja potilasturvallisuuskulttuuri

Sekä voinnin seurannassa että toimenpiteiden toteutuksessa havaittujen puutteiden ja toisaalta myös riskien huomioimisen puutteiden voidaan ajatella ainakin osittain johtuvan potilasturvallisuuden näkökulmasta puutteellisista toimintamalleista tai toimintamallien puutteellisesta noudattamisesta. Tahattomat ja puutteellisista ohjeistuksista aiheutuneet vahingot sekä vaaratapahtumat saattavat johtua organisaation tai toimintayksiköiden puutteellisesta turvallisuuskulttuurista (Ash & Jo 2011, 111). WHO:n (2021, 16) mukaan vaaratapahtumien ehkäisyn ensisijaisena lähtökohtana tulisi olla potilasturvallisuuskulttuuriin panostaminen ja kattavien potilasturvallisuuskäytänteiden ja -strategian käyttöönotto.

Potilasturvallisuuskulttuuri ei muodostu itsekseen ilman ohjausta vaan hyvän kulttuurin rakentaminen vaatii aktiivista ja pitkäjänteistä johtamistyötä. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset turvallisuudesta saattavat helposti rajoittua oman toiminnan turvallisuuden arvioimiseen ja varmistamiseen, jolloin potilaan turvallisuuteen vaikuttavan kokonaisuuden huomioiminen jää vähemmälle. Vaikka kliininen osaaminen onkin merkittävää potilasturvallisuuden kannalta, liittyy turvallisuuteen paljon muutakin. Potilasturvallisuutta toimintakulttuurissa voidaan korostaa mm. henkilöstölle suunnattujen laatuun ja turvallisuuteen liittyvien koulutuksien kautta, perehdytyskäytännöissä sekä erilaisten potilasturvallisuutta huomioivien ohjeistuksien ja tarkistuslistojen käyttöönotolla tai olemassa olevia prosesseja päivittämällä. (Ash & Jo 2011, 111; 122; Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus 2024, 7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 35.)

Vahinkojen välttämiseksi terveydenhuollossa on käytetty erilaisia tarkistuslistoja jo pitkään muistin tukena ja apuvälineinä erilaisissa toimenpiteissä, arvioinneissa ja siirtotilanteissa. Etenkin vaativissa terveydenhuollon toimintayksiköissä, kuten leikkaussaleissa tai tehohoitoyksiköissä näennäisesti pieniltä vaikuttavat virheet ja unohdukset voivat osoittautua henkeä uhkaaviksi. Tarkistuslistojen käytöllä voidaan tukea esimerkiksi kirurgien selviytymistä monimutkaistuvassa ympäristössä, tukea kliinistä ammattitaitoa sekä parantaa potilasturvallisuutta. Tarkistuslistat tuovat toimintaan järjestelmällisyyttä ja tukevat kuuntelemista, ammattilaisten keskinäistä vuorovaikutusta, valppautta ja ryhmähengen luomista. Tiimityö on tehokas potilasturvallisuuden takaamisen väline ja onnistunut vuorovaikutus, etenkin lääkäreiden ja hoitajien välillä, parantaa myös hoidon tuloksia. (Ash & Jo 2011, 122–123; Blomgren & Pauniahon 2014; Jain ym. 2023.)

Tarkistuslistat ovat usein lyhyitä ja säännöllisesti niitä käyttävät saattavat muistaa ne ulkoa. Turvallisuuden näkökulmasta tarkistuslistoja ei kuitenkaan saisi käyttää ulkomuistista. Toisaalta, jos jokaiseen työtehtävään liittyy eteen etsittävä tarkistuslista, hankaloittaa sen työn suorittamista. Turhan yksityiskohtaiset ja moninaiset listat voivat myös lisätä ärtymystä, ja

heikentää listojen käyttöä ja niistä saatavaa hyötyä. Tarkistuslistojen, kuten muidenkin toimintaohjeiden ja prosessien suunnittelua ja päivittämistä suositellaan tehtäväksi monialaisissa työryhmissä, kuitenkin niin, että tarkistuslistan sisältö perustuu aina tutkittuun tietoon. Tarkistuslistojen ylläpitäminen on jatkuva prosessi, jossa käytössä olevia listoja tulisi arvioida ja päivittää säännöllisesti aina uusimman saatavilla olevan tiedon mukaan. (Blomgren & Pauniahho 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2024, 21.)

Turvallisuuteen liittyvä kouluttaminen ja perehdyttäminen on myös tärkeää, sillä pelkät uudet ohjeistukset eivät takaa potilasturvallisuutta, jos niiden noudattamiseen ei sitouduta. Organisaation johdolle ja henkilöstölle järjestettävät koulutukset lisäävät paitsi osaamista, myös ymmärrystä potilasturvallisuuden kokonaisuudesta, ja ymmärryksen kautta on mahdollista lisätä sitoutuneisuutta turvallisuustyöhön. Parhaimmillaan potilasturvallisuuskulttuurin priorisoiminen kannustaa henkilöstöä seuraamaan ja ennakoimaan turvallisuuspoikkeamia sekä toteuttamaan että kehittämään korjaavia toimenpiteitä. (Ash & Jo 2011, 111, 122–123; Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a, 36.)

Koreassa tehdyn tutkimuksen mukaan erityisesti käytännön toimintaohjeilla ja jatkuvalla osaamisen kehittämällä voidaan lisätä sairaanhoitajien tietoisuutta, kiinnostusta ja myös halukkuutta osallistua potilasturvallisuuden hallintaan. Tutkimuksessa havaittiin myös tiimi- ja parityöskentelyn sitouttavan hoitajia potilasturvallisuutta edistävään toimintaan. (Lim ym. 2019.) Tiimityöskentelyn hyötyjä on havaittu myös muissa potilasturvallisuuteen liittyvissä tutkimuksissa. Tiimityöskentelyllä on etenkin positiivisia psykologisia vaikutuksia työssä suoriutumiseen esimerkiksi jaetun ymmärryksen kautta. Jännitteet ja haasteet kommunikatiivissa taas estävät tiimityön onnistumista ja lisäävät virheiden esiintyvyyttä. (Manser 2009, 146–145; Vaismoradi ym. 2020.)

Myös toimintaympäristön suunnittelulla voidaan tukea potilasturvallisuutta lisäävien toimintamallien käyttöä ja käytettävyyttä sekä potilasturvallisuuskulttuuria. Tutkimuksissa on havaittu, että näyttöön perustuva tilojen suunnittelu voi vähentää sairaalaympäristössä esimerkiksi sairaalainfektioita, hoitovirheitä, kaatumisia sekä henkilökunnan loukkaantumisia. Näyttöön perustuvan sairaalaympäristön suunnittelun keskeisiä piirteitä ovat melua vähentävien rakennusmateriaalien käyttö, helposti saavutettavat työpisteet, potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta käytännölliset pohjaratkaisut sekä yhden hengen potilashuoneet. Eri-tyyppisen tärkeää olisi varmistaa riittävä tila työskentelyalueilla, sillä pienissä tiloissa virheiden todennäköisyyden on havaittu kasvavan. Myös valaistuksella on merkitystä, sillä hyvä valaistus tukee potilaan seurannan toteuttamista ja laadukkaalla seurannalla varmistetaan turvallisuutta ja lievennetään mahdollisia virheitä. Luonnonvalolla tai sitä jäljittelevällä

valaistuksella voidaan vähentää myös potilaiden kokemia sairaalahoitoon liittyviä negatiivisia tunteita. (Jain 2023; Reiling 2005.)

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Suomessa tutkijaa ohjaavat kaikilla tieteenaloilla tutkimuksen yleiset eettiset periaatteet, joiden lisäksi kaikessa tieteellisessä tutkimuksessa noudatetaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Ihmiseen ja inhimilliseen toimintaan kohdistuvalle tutkimukselle on luotu omat tutkimuseettiset periaatteet, joiden tehtävänä on sekä tukea tutkijoita että suojata tutkimuksen kohteena olevia ihmisiä. Henkilötietoja sisältävän tutkimusaineiston käsittelyssä on erityisen tärkeää tunnistaa aineiston käsittelyyn liittyvät riskit ja huolehtia toiminnan suunnitelmallisuudesta, vastuullisuudesta sekä toiminnan lainmukaisuudesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7, 11.) TENKin ohjeistuksien lisäksi ennen tutkimuksen aloitusta tutustuttiin myös tietosuojalakiin (1050/2018) sekä sitouduttiin noudattamaan Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tietoturva- ja tietosuojasitoumusta.

Potilasvakuutuskeskuksen päätösasiakirjojen käytössä sovellettiin lakia sosiaali- ja terveys-tietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019). Lailla mahdollistetaan myös salassa pidettävän henkilötietoja sisältävän aineiston käyttö osana tieteellistä tutkimusta sekä kehittämistoimintaa ja päätöksentekoa. TENKin ohjeistuksen mukaisesti aineistosta poistettiin tutkimuksen toteuttamisen kannalta tarpeettomiksi katsotut henkilötiedot jo ennen aineiston luovuttamista tutkijalle. Poistettaviin tietoihin kuuluivat mm. potilasvahinkoilmoitusten tekijöiden nimet, osoitetiedot sekä henkilötunnukset. Myös ratkaisujen antajien tunnistetiedot poistettiin. Potilasvahingoista kärsineiden yksityisyyden suojaa pyrittiin lisäämään myös poistamalla vahinkotapahtumien kuvauksista tutkimuksen kannalta tarpeettomia yksityiskohtia. Yksityiskohtia poistettiin edelleen tutkimuksen analyysin kuvauksessa sekä tutkimuksen tuloksien raportoinnissa käytetyistä ilmauksista. (Tutkimuseettinen tiedekunta 2019, 12.)

Alkuperäisilmauksia esimerkkeinä käytettäessä on aina pohdittava, mitä ne kertovat ja täydentävätkö ne raporttia. Eskolan (2007) mukaan alkuperäisilmauksia käytetään usein tilanteissa, joissa niillä pyritään osoittamaan tutkijan esittämä olettaus oikeaksi, tai ne toimivat tutkijan tulkinnan pohjana. Ilmauksien käyttöä ei kuitenkaan voida pitää yhdenmukaisena teoreettisen analyysin argumentoinnin kanssa. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 22.)

Alkuperäisilmauksia käyttämällä pyrittiin havainnollistamaan analyysiprosessia ja lisäämään tehtyjen tulkintojen selkeyttä sekä prosessin läpinäkyvyyttä. Potilasvahinkojen kohteena olleita henkilöitä pyrittiin kunnioittamaan valitsemalla esimerkkeinä käytettävät alkuperäisilmaukset tarkoituksenmukaisesti ja niin, ettei kaikista vakavimpia tapauksia, kuten

kuolemaan johtaneita potilasvahinkoja, käytetty tutkimuksessa esimerkkeinä. Yksityisyyden suojan vahvistamiseksi aineistoa tai analyysin aikana muodostettuja väliaikaisia asiakirjoja ei myöskään julkaista tutkimuksen liitteenä. Tutkimuksen aikana luodut väliaikaiset dokumentit hävitettiin tutkimuksen päätyttyä, mutta alkuperäiset dokumentit säilyvät yhä hyvinvointialueen rekisterissä ja tarvittaessa tutkimus on mahdollista toistaa yhteistyössä hyvinvointialueen kanssa. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 22, 123; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 13.)

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on osa hyvää tutkimuskäytäntöä, mutta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa täysin yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi pohtimalla tutkimuskohteen ja tulkitun aineiston yhteensopivuutta sekä mahdollisten ulkoisten tekijöiden vaikutusta tuloksien muodostumiseen. (Vilkkä 2021, 157.) Potilasvahinkojen syntyyn vaikuttaneiden tekijöiden tarkasteluun käytettiin Potilasvakuutuskeskuksen antamia päätöksiä. Dokumentit sisälsivät käsityksen toiminnan ongelmakohdista. Käsitys perustui ulkopuolisen asiantuntijan arvioon ja dokumentteja voidaan pitää verraten objektiivisena ja laadukkaana aineistona potilasvahinkoja tarkasteltaessa.

Aineistolähtöisen sisällön analyysin yhtenä ongelmana on, etteivät tehdyt havainnot ole puhtaasti objektiivisiä. Tutkijan omat sitoumukset ja asenteet vaikuttavat aina tulkintojen luomiseen. Tässä tutkimuksessa tutkijan oma hoitotyön tausta on vaikuttanut aineiston tarkasteluun ja tulkintojen luominen on aloitettu vahvasti käytännön hoitoprosessien kautta. Tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta on pyritty lisäämään kuvaamalla analyysiprosessia ja tulkintojen muodostamisen ajatusprosessia mahdollisimman selkeästi tutkimuksen raportoinnissa. Tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta on pyritty vahvistamaan myös tutkimusmenetelmien valinnan yhteydessä esitettyjen perustelujen avulla ja seuraamalla valittua aineistolähtöisen sisällön analyysin menetelmää parhaan ymmärryksen mukaisesti. On kuitenkin mahdollista, että toinen tutkija olisi lähestynyt tai luokitellut aineistoa toisenlaisesta näkökulmasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198; Sarajärvi & Tuomi 2018, 83, 125–127.)

Yksin tutkimusta tehtäessä on aina myös mahdollista, että tutkija tulee ikään kuin sokeaksi omalle tutkimusprosessilleen ja pitää omia päätelmiään todellisuutta vakuuttavampina (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197). Aineistosta nousseille ilmiöille löytyy kuitenkin yhteyksiä muusta kirjallisuudesta ja tutkimuksesta, mikä osaltaan lisää tutkimuksessa tehtyjen havaintojen luotettavuutta. Ennen analyysin aloitusta pitäydettiin perehtymästä aikaisemmissa tutkimuksissa havaittuihin vaaratapahtumia ja potilasvahinkoja

aiheuttaviin tekijöihin, jottei aikaisempi teoria ohjailisi analyysin suorittamista liikaa. Teoriaan lähestyttiin havaintojen pohjalta.

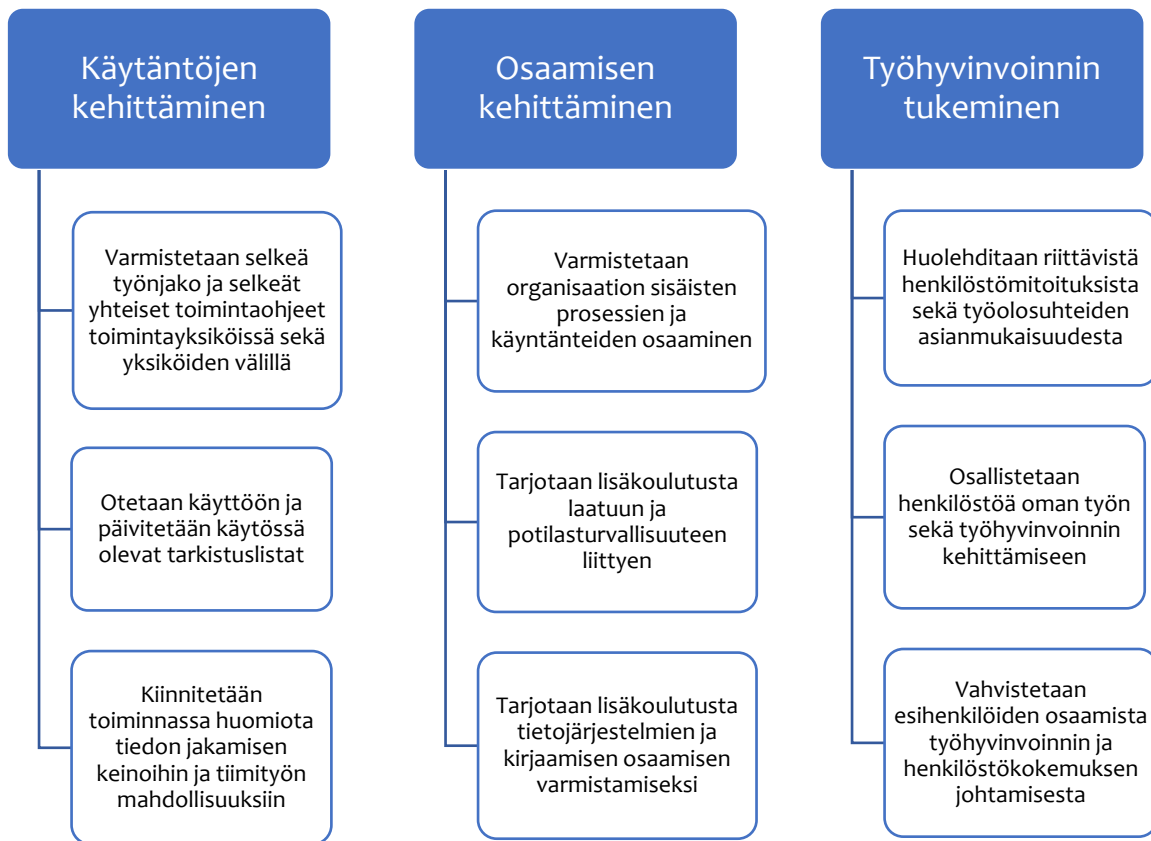
Teoriaa on kerätty useista erilaisista lähteistä, myös kansainvälistä tutkimusta hyödyntäen. Kaikki aiheeseen liittyvä tutkimus ei kuitenkaan ole vapaasti saatavilla, ja joissakin tilanteissa teoriaa havaintoihin yhdistettäessä on jouduttu tyytymään alkuperäisten tutkimusartikkelien sijaan kirjallisuuskatsauksissa tehtyihin havaintoihin ja yleisiin suosituksiin.

Tutkimuksen käytännön sovellettavuutta pyrittiin tukemaan tutkimusprosessin aikana hyvinvointialueen kanssa pidetyillä yhteistyötapaamisilla, joissa hyvinvointialueen edustajilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja huomioita mm. tutkimuksen tutkimusasetelmaa, tutkimuskysymyksiä, käytettyjä käsitteitä sekä raportoinnin selkeyttä koskien. Todellinen tulosten hyödynnettävyys paljastuu kuitenkin vasta, kun tutkimus liitetään yhteen muun kehittämistyössä ja päätöksenteossa käytettävän materiaalin sekä hyvinvointialueen omien strategisten toimenpiteiden ja käytänteiden kanssa.

8.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Johtopäätelmiä tehtäessä keskityttiin neljään suurimpaan aineistosta havaittuun potilasvahinkojen syntyyn myötävaikuttaneeseen tekijään: 1) puutteet toimenpiteiden toteutuksessa, 2) puutteet potilastietoihin ja oireisiin perehtymisessä tai tietojen tulkitsemisessä, 3) puutteet riskien huomioimisessa ja 4) puutteet voimien seurannassa. Näitä tekijöitä yhtenäistämiseksi käsitteiksi nousivat käytännön hoitoprosessi sekä yleinen potilasturvallisuuskulttuuri. Teoriasta etsittiin puutteita selittäviä tekijöitä, joihin panostamalla olisi mahdollista tukea organisaatiossa yleistä potilasturvallisuuskulttuuria sekä ammattilaisten mahdollisuuksia onnistua omassa työssään hoitoprosessin eri vaiheissa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että aineistosta havaittujen puutteiden taustalla vaikuttavat ilmiöt ovat moniulotteisia ja toinen toisiinsa vaikuttavia. Kehittämissuhteita varten teoriasta nostettiin kolme teemaa, joihin panostamalla voidaan vaikuttaa puutteiden mahdollisiin juurisyihin yleisellä tasolla. Näitä teemoja ovat työn käytäntöjen kehittäminen, osaamisen kehittäminen sekä työhyvinvoinnin tukeminen. Kehittämisen painopisteet on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Kehittämisteemat

Selkeällä työnjaolla sekä selkeillä yhteisillä ohjeistuksilla ja toimintatavoilla voidaan ehkäistä toimenpiteiden toteutuksessa, voimien seurannassa sekä riskien huomioimisessa havaittuja puutteita. Selkeät ohjeistukset lisäävät työn sujuvuutta ja vähentävät ammattilaisten kokemaa kuormitusta, mikä tukee osaltaan myös työhyvinvointia. Erilaiset työn tukena käytettävät tarkistuslistat vähentävät tahattomia unohduksia ja tukevat ammattilaisten keskinäistä sekä ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Ohjeistuksien ja tarkistuslistojen arvioinnissa ja kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota niiden käytettävyyteen terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Aineistosta havaittujen puutteiden perusteella huomiota tulisi kiinnittää erityisesti tulovaiheessa tiedon keräämisessä, voimien seurannassa ja toimenpiteiden toteutuksessa käytettäviin tarkistuslistoihin ja ohjeistuksiin.

Myös osaamisen varmistaminen ja kehittäminen ovat oleellisia turvallisen ja asianmukaisen työstä suoriutumisen mahdollistajia. Kattavalla perehdytyksellä voidaan tarjota tehtäväkohtaista ohjeistusta ja varmistaa uusien työntekijöiden osaamista. Lisäkoulutus potilasturvallisuuteen liittyen lisää ymmärrystä ja halukkuutta noudattaa luotuja ohjeistuksia sekä halukkuutta osallistua potilasturvallisuutta edistävän toiminnan kehittämiseen. Myös

tiimityöskentelyn on havaittu edistävän potilasturvallisuusperiaatteisiin sitoutumista. Toisaalta voi olla tarpeen tarjota lisäkoulutusta myös työssä tarvittavien järjestelmien käytöstä ja kirjaamisesta. Osaamista kehittämällä varmistetaan mm. tiedonkulkua ja päätöksenteon kannalta tarvittavan tiedon saatavuutta.

Perusedellytyksenä toiminnan turvallisuudelle on hyvinvoiva henkilöstö. Työhyvinvoinnilla on vaikutusta mm. yksilön tapaan kommunikoida ja huomioida muita, mikä vaikuttaa tiedon jakamiseen sekä työn sujuvuuteen. Ongelmat kommunikoinnissa lisäävät virheiden esiintyvyyttä sekä henkilöstön keskinäisiä jännitteitä, mikä puolestaan heikentää työilmapiiriä, koettua työhyvinvointia sekä henkilökunnan motivaatiota. Kuormittuneet, uupuneet ja kiireiset työntekijät tekevät myös enemmän huolimattomuusvirheitä. Virheitä voidaan ehkäistä huolehtimalla henkilökunnan riittävydestä, tarjoamalla olosuhteet tehdä työtä hyvin ja ilman keskeytyksiä sekä tukemalla työn ja vapaa-ajan välistä tasapainoa. Myös esihenkilöiltä saadulla tuella on suuri merkitys työssä jaksamiseen sekä koettuun työn kuormittavuuteen. Tärkeää olisi kiinnittää huomiota myös palautteen antamiseen sekä johtamiskäytänteisiin, ja tukea johdon sekä esihenkilöiden osaamista työhyvinvoinnin ja henkilöstökokemuksen johtamisesta.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa potilasvahinkojen syitä ja niiden taustalla vaikuttavia tekijöitä tarkasteltiin Potilasvakuutuskeskuksen dokumenttien kautta. Päätösten tekijöillä on ollut käytössään vahingonkäräjien kuvaus sekä terveydenhuollon kirjaukset tapahtumista. Olisi kuitenkin mielenkiintoista kerätä myös osallisina olleiden terveydenhuollon ammattilaisten henkilökohtaisia näkemyksiä tilanteista. Potilasvahingot voivat aiheuttaa ammattilaisille psykologisia haittoja ja tietoa voitaisiin kerätä esimerkiksi potilasvahinkojen tai muiden turvallisuuspoikkeamien vaikutuksista ammattilaisten työskentelyyn ja jaksamiseen vaaratapahtumien jälkeen sekä ammattilaisten kokemuksia tilanteiden käsittelyyn tarjotusta tai toivotusta tuesta.

Johdon, esihenkilöiden sekä työntekijöiden asenteet ja organisaatiossa käytössä olevat järjestelmät sekä toimintamallit voivat toimia niin virheistä oppimisen edistäjinä kuin estäjinä. Voisi olla mielenkiintoista tehdä selvitystä myös henkilökunnan kokemuksista liittyen virheiden tai lähetä piti -tilanteiden käsittelyyn. Selvityksessä voitaisiin keskittyä esimerkiksi tunnistamaan poikkeamista ilmoittamiseen tai niiden käsittelyyn liittyviä epävarmuustekijöitä, jotka toimivat organisaatiossa tiedon jakamisen tai virheistä oppimisen esteinä. Tutkimuksella saataisiin tietoa organisaatiossa esiintyvistä asenteista ja esteiden tunnistaminen voisi tukea toimintamallien sekä mahdollisten kannustimien kehittämistä.

Potilaskokemuksen kehittämisen näkökulmasta tietoa voitaisiin kerätä myös vaaratapahtumissa mukana olleiden potilaiden kokemuksia vaaratapahtumien käsittelystä. Kiinnostavaa olisi myös selvittää jääkö osa havaituista poikkeamista ilmoittamatta ja mitkä tekijät mahdollisesti estävät tai edistävät virheistä ilmoittamista. Aikaisemman tutkimustiedon pohjalta myös kielteisten korvauspäätösten saaneiden potilaiden hoitoprosesseja olisi hyvä tarkastella potilasturvallisuuden näkökulmasta. Vaikka potilas onkin jäänyt ilman korvauksia, on hänellä ollut jokin syy potilasvahinkoilmoituksen jättämiseen. Potilasturvallisuuden ja potilaskokemuksen kehittämisen kannalta saattaisi olla mielekästä selvittää mitä nämä syyt ovat. Myös potilasvahinkojen aiheuttamista kokonaiskustannuksista on saatavilla melko vähän tutkimustietoa.

Lähteet

- Aalto, A. & Ilmarinen, K. 2023. Palvelujen asiakaslähtöisyys. Terve Suomi -ilmiöraportit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa https://www.thl.fi/terve-suomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/palvelujen_asiakaslahtoisuus.html
- Ahola, K. & Hakanen, J. 2010. Terveysammattilaisten työuupumus: erityisenä haasteena vuorovaikutus auttamistyössä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2010:126 nro 18. Viitattu 16.3.2024. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo99077>
- Alanen, P., Jormakka, J., & Kettunen, J. 2023. Oireista työdiagnoosiin. Ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. 4. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. E-kirja. Viitattu 5.3.2024. ISBN 978-952-63-6269-4
- Aluehallintavirasto. Valvonta ja kantelut. Viitattu 6.5.2023. Saatavissa <https://avi.fi/asioi/henkiloasiakas/valvonta-ja-kantelut>
- Ash, S. & Jo, S. 2011. Patient safety in secondary care. Teoksessa Tingle, J. & Bark, P. (toim.). Patient Safety, Law Policy and Practice. 111–129. E-kirja. Viitattu 10.2.2024. ISBN 9780203830734
- Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus 2024. Raportti asiakasturvallisuuden työpajoista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueilla syksyllä 2023. Viitattu 12.2.2024. Saatavissa https://pakes.pohjanmaanhyvinvointi.fi/wp-content/uploads/sites/3/2024/01/RAPORTTI-asiakasturvallisuus-sosiaalihuollossa_f_09012024.pdf
- Aula Research 2021. Kysely tehyläisille 2021 – Tulosesitys. PowerPoint esitys. Viitattu 17.3.2024. Saatavissa https://www.tehy.fi/system/files/mfiles/dokumentti/aula_researchin_kysely_hoitajien_tyossajaksamisesta_ja_tyohyvinvoinnista_2021_id_17362.pdf
- Blomgren, K. & Painiaho, S. 2014. Terveydenhuollon tarkistuslistat. Teoksessa: Aaltonen, L. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. E-julkaisu. Viitattu 19.2.2024. ISBN 978-951-656-576-0
- Dash, S., Shakyawar S. K., Sharma, M., & Kuaushik, S. 2019. Big data in healthcare: management, analysis and future prospects. Journal of Big Data, nro 6: 54 (2019). Viitattu 28.4.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1186/s40537-019-0217-0>
- De Hert, S. 2020 Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. Local and Regional Anesthesia 2020:13. 171–183. Viitattu 16.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.2147%2FLRA.S240564>

Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. 2012. A systematic review of evidence on links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013; 3. e001570. Viitattu 16.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

Eduskunnan oikeusasiamies a. Kantelu oikeusasiamiehelle. Viitattu 31.1.2024. Saatavissa <https://www.oikeusasiamies.fi/kantelu-oikeusasiamiehelle>

Eduskunnan oikeusasiamies b. Kuinka kantelu tehdään? Viitattu 31.1.2024. Saatavissa <https://www.oikeusasiamies.fi/kuinka-kantelu-tehdaan->

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utrainen, K., & Kyngäs, H. 2014. Qualitive Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE journals*. Volume 4, Issue 1, January-March 2014. Viitattu 10.5.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>

Euroopan sosiaalinen PERUSKIRJA 44/1991. *Finlex*. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa https://finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910044/19910044_2

Flinck, R., Helovuola, A., Hämäläinen, T., Liukka, M., Peltonen, E., Purhonen, M., Sahlström, M., Tenkanen- Rautakoski, P., & Welling, M. 2023. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:31. E-julkaisu. Viitattu 5.2.2024. ISBN (pdf) 1797-9854.

Gesme, H., Towle, E., & Wiseman, M. 2010. Essentials of Staff Development and Why You Should Care. *JCO Oncology Practice*. 2010 Mar; 6(2). 104–106. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa doi: [10.1200/JOP.091089](https://doi.org/10.1200/JOP.091089)

Graber, M., Franklin, N., & Gordon, R. 2005. Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med*. 2005;165(13):1493–1499. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1001/archinte.165.13.1493>

Hallintolaki 434/2003. *Finlex*. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>

Housebane, S., Khoubila, A., Ajbali, K., Serhier, Z., Agoub, M., Battas, O., & Othmani, M. B. 2020. Monitoring Mental Healthcare Services Using Business Analytics. *Healthcare Informatics Reserach*, 2020; 26(2): 146–152. E-julkaisu. National Library of Medicine. Viitattu 1.3.2023. Saatavissa doi: 10.4258/hir.2020.26.2.146

Jain, S., Kamal Jain, B., Kamal Jain, P., & Singh Kushwaha, A. (2023). Prevention Strategies for Patient Safety in Hospitals: Methodical Paradigm, Managerial Perspective, and Artificial Intelligence Advancements. E-julkaisu. Viitattu 5.3.2024. Saatavissa doi: 10.5772/intechopen.106836

Jalonen, H. 2015. Tiedolla johtamisen näyttämö ja kulissit. Teoksessa Virtanen, P., Stenvall, J., & Rannisto, P-H. (toim.). Tiedolla johtaminen hallinnossa. Teoriaa ja käytäntöjä. (40–65.) E-kirja. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juves Print. Tampere. Viitattu 27.5.2023. ISBN (pdf) 978-951-44-9755-1.

Jylhä, V., Mönkkönen, K., & Kuusisto, H. 2021. Turvallisuuskulttuuri, vaaratapahtumat ja työn hallinta. Teoksessa Kurki, T., Jylhä, V., & Kekoni, T. (toim.) Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. 79–99. E-kirja. Viitattu 10.2.2024. ISBN 978-952-345-681-5

Järvelin, J., Häkkinen, U., & Rosenqvist, G. 2012. Potilasvahinkojen kustannukset – tapausesimerkkeinä sydämen ohitusleikkaus sekä lonkan ja polven tekonivelleikkaukset. Teoksessa Klavus, J. (toim.). Terveystaloustiede 2012. 37–39. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137665/Terveystaloustiede2012.pdf>

Kagan, I., Porat, N., & Barnoy, S. 2018. The quality and safety culture in general hospitals: patient's, physicians' and nurses' evaluation of its effects on patient satisfaction. International Journal for Quality in Health Care. 2019: 31 (4). 261–268. Viitattu 31.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy138>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. painos. Helsinki, Sanoma Pro Oy. ISBN 978-952-63-5103-2

Kansallinen koodistopalvelin. AR/YDIN – Hoitoprosessin vaihe 2006. Viitattu 3.1.2024. Saatavissa <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=224&versionKey=299>

Kauvo, T. & Virkkunen, H. 2022. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas v 5.0. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

Kinnunen, M., Aaltonen, L-M., & Malmström, R. 2014. Vaaratapahtumien raportointi ja oppiminen. Teoksessa: Aaltonen, L-M., & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. E-kirja. Duodecim. Viitattu 10.5.2023. ISBN 978-951-656-576-0.

Klemola, K., Uusi-Ilkainen, J., & Askola, T. 2014. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tietojohdattamisen käsikirja. E-julkaisu. Helsinki: Sitra. Viitattu 3.5.2023. ISBN (pdf) 978-951-563-888-5

Kothari, A., Hovanec, N., Hastie, R., & Sibbald, S. 2011. Lessons from business sector for successful knowledge management in health care: A systematic review. BMC Health Services Research 2011, 11: 173. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-173>

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M., & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23 (2), 138–148. Viitattu 3.5.2023. Saatavissa https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi-suomalaisessa-hoitotieteellisessä-tutkimuksessa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex. Viitattu 1.1.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki potilasasiavastaavista ja sosiaaliasiavastaavista 739/2023. Finlex. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230739>

Laki potilasvakuutuskeskuksesta 949/2019. Finlex. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2019/20190949>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. Finlex. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta 741/2023. Finlex. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230741>

Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä 552/2019. Finlex. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Finlex. Viitattu 1.1.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Leskelä, R-L., Haavisto, I., Jääskeläinen, A., Helander, N., Sillanpää, V., Laaksonen, V., Ranta, T., & Torkki, P. 2019. Tietojohdaminen ja sen kehittäminen: tietojohdamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunnan julkaisusarja 2019:42. E-julkaisu. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki. Viitattu 27.5.2023. ISBN 978-952-287-754-3.

Lim, J., Ahn, J., & Son, Y. 2019. Association between Hospital Nurses' Perception of Patient Safety Management and Standard Precaution Adherence: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(23):4744. Viitattu 17.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.3390%2Fijerph16234744>

Lohiniva-Kerkelä, M. 2017a. Sääntelyn lähtökohdat. Teoksessa: Lehtonen, L., Lohiniva-Kerkelä, M., & Pahlman, I. (toim.). *Terveysjuridiikka*. E-kirja. Helsinki, Talentum Media. Viitattu: 11.5.2023. ISBN 978-952-14-2371-0.

Lohiniva-Kerkelä, M. 2017b. Potilaan oikeudet. Teoksessa: Lehtonen, L., Lohiniva-Kerkelä, M., & Pahlman, I. (toim.). Terveysjuridiikka. E-kirja. Helsinki, Talentum Media. Viitattu: 11.5.2023. ISBN 978-952-14-2371-0.

Lääkäriliitto 2020. Lääkärin työolot ja terveystutkimus – tuloksia 2019 ja vertailua aiempien vuosien tuloksiin. PowerPoint esitys 17.12.2020. Viitattu 16.3.2024. Saatavissa https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5229/tyoolot_ja_terveys_tutkimuksesta_net-tiin.pdf

Lääkäriliitto 2021. Lääkärin Etiikka. 8. painos. E-kirja. Painotalo Plus Digital Oy Lahti. Viitattu 25.5.2023. ISBN (pdf) 978-951-9433-75-2.

Manser, T. 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 52:2. 143–151. Viitattu 1.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>

Medikumppanit 2019. Yli puolet lääkäreistä kokee uupumusta työssään, eniten kuormittavat työn määrä ja sen vaatavuus. 31.10.2019 blogikirjoitus. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://medikumppani.fi/yli-puolet-laakareista-kokee-uupumusta-tyossaan-eniten-kuormittavat-tyon-maara-ja-sen-vaativuus/>

Mikkola, T. & Saarijärvi, H. 2022. Hyvä potilaskokemus on osa laatua. Katsausartikkeli. *Lääkärilehti* 2022; 78: e32739. Viitattu 28.5.2023. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/tie-teessa/katsausartikkeli/hyva-potilaskokemus-on-osa-laatua/>

Milberg, A., Friedrichsen, M., Jakobsson, M., Olsson, M., Wählberg, R., & Krevers, B. 2014. Patients' Sense of Security During Palliative Care – What Are the Influencing Factors? *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014, 48:1. 45–55. Viitattu 14.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.08.021>

National Academies of Sciences, E and M, Institute of Medicine, Board on Health Care Services, Committee on Diagnostic Error in Health Care, Ball, J. R., Miller, B. T., & Balogh, E. P. 2015. *Improving Diagnosis in Health Care*. Quality Chasm Series, National Academies Press, Washington, D.C. E-kirja. Viitattu 1.2.2024. ISBN (pdf) 9780309377706

Oben, P. 2020. Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. *Journal of Patient Experience*. 2020; vol. 7 (6): 906–910. Research article. Sage Journals. Viitattu 30.1.2024. Saatavissa doi:[10.1177/2374373520951672](https://doi.org/10.1177/2374373520951672)

Olakivi, A., Van Aerschot, L., Mathew Puthenparambil, J., & Kröger, T. 2021. Ylikuomitusta, lähijohtajan tuen puutetta vai vääränlaisia tehtäviä. Miksi yhä useammat vanhustyöntekijät

harkitsevat työnsä lopettamista? Yhteiskuntapolitiikka 86, 2021:2. 141–154. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://www.julkari.fi/handle/10024/141193>

Parikka, S., Koskela, T., Ikonen, J., Kilpeläinen, H., Hedman, L., Koskinen, S., & Lounamaa, A. 2020. Kansallisen terveystyön, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Tuloraportti. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa <https://www.terveytemme.fi/finsote/2020/palvelut.html>

Potilasvakuutuskeskus a. Mikä on Potilasvakuutuskeskus (PVK)? Viitattu 6.5.2023. Saatavissa <https://www.pvk.fi/pvk/mika-on-pvk/>

Potilasvakuutuskeskus b. Teet vahinkoilmoituksen. Viitattu 27.5.2023. Saatavissa <https://www.pvk.fi/vahinkoilmoitus/usein-kysyttya-vahinkoilmoituksesta/teet-vahinkoilmoituksen/>

Potilasvakuutuskeskus c. Potilasvahinkoilmoitus. Viitattu 27.5.2023. Saatavissa <https://www.pvk.fi/vahinkoilmoitus/potilasvahinkoilmoitus/>

Potilasvakuutuskeskus d. Määräaika vahinkoilmoituksen tekemiseen. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa: <https://www.pvk.fi/vahinkoilmoitus/potilasvahinkoilmoitus/maaraaika-vahinkoilmoituksen-tekemiseen/>

Potilasvakuutuskeskus e. Vahinkoasian käsittely. Myönteinen ratkaisu. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa: <https://www.pvk.fi/vahinkoilmoitus/vahinkoasian-kasittely/myonteinen-ratkaisu/>

Potilasvakuutuskeskus f. Vahinkoasian käsittely. Näin vahinkoasian käsittely etenee. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://www.pvk.fi/vahinkoilmoitus/vahinkoasian-kasittely/>

Potilasvakuutuskeskus g. Korvauserusteet. Viitattu 27.5.2023. Saatavissa <https://www.pvk.fi/korvauksenhakija/korvauserusteet/>

Potilasvakuutuskeskus h. Vahinkoasian käsittely. Kielteinen ratkaisu. Viitattu 1.2.2024. Saatavissa <https://www.pvk.fi/vahinkoilmoitus/vahinkoasian-kasittely/kielteinen-ratkaisu/>

Potilasvakuutuskeskus i. Potilasvahingoista yli 40 miljoonan euron kustannukset, seuraukset yhteiskunnalle moninkertaiset. Viitattu 1.4.2023. Saatavissa <https://www.pvk.fi/ajankohdista/uutiset-ja-tiedotteet/uutiset-ja-tiedotteet/2023/potilasvahingoista-yli-40-miljoonan-euron-kustannukset-seuraukset-yhteiskunnalle-moninkertaiset/>

Potilasvakuutuskeskus 2022. Vuosiraportti 2021. Potilasvakuutuskeskukselle ilmoitetut tapaukset ratkaisuvuosittain vuosilta 2016–2021. Viitattu 1.3.2024. Saatavissa

<https://www.pvk.fi/document/298553/B7D8121BB24191B89779FDB24C98D2849946406B1F39F52E9D3FC25C3C3DD9D7>

Potilasvakuutuskeskus 2023a. Vuosiraportti 2022. Potilasvakuutuskeskukselle ilmoitetut tapaukset ratkaisuvuositain vuosilta 2017–2022. Viitattu 1.4.2023. Saatavissa <https://www.pvk.fi/document/436108/439C2511D97E76DC84036E5E4C6749CE05A8AAF3702CE8356E5FD3C6537F2EAE>

Potilasvakuutuskeskus 2023b. Osavuosisraportti 2023. Viitattu 20.2.2024. Saatavissa <https://www.pvk.fi/document/479323/31C3EACBF33B07536694272B31D749BA22530F4E1C143BD020B14AE6F4E9D74F>

Potilasvakuutuslaki 948/2019. Finlex. Viitattu 7.3.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190948>

Päijät-Hämeen hyvinvointialue a. Tietoa hyvinvointialueesta. Viitattu 17.4.2023. Saatavilla <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/>

Päijät-Hämeen hyvinvointialue b. Päijät-Sote – Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalvet. Viitattu 17.4.2023. Saatavissa <https://paijat-sote.fi/yhtyma/>

Päijät-Hämeen hyvinvointialue 2022. Omavalvontaohjelma. E-julkaisu. Viitattu 3.5.2023. Saatavissa <https://www.paijatha.fi/wp-content/uploads/2022/12/Paijat-Hameen-hyvinvointialueen-omavalvontaohjelma.pdf>

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2022a. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän Laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden osavuosisikatsaus 1–8/2022. E-julkaisu. Viitattu: 17.4.2023. Saatavissa <https://paijat-sote.fi/laakariin-ja-hoitoon/sairaala/potilaalle-ja-omaiselle/asiakas-ja-potilasturvallisuus/>

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2022b. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän laadun, asiakas- ja potilasturvallisuuden suunnitelma 2021–2022. Versio 2, 21.2.2022. E-julkaisu. Viitattu 22.5.2023. Saatavissa <https://paijat-sote.fi/wp-content/uploads/2022/04/paivitetty-laadun-asiakas-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma-2021-2022-final.pdf>

Rehunen, S. 2020. Potilaan ongelman hahmottaminen. Teoksessa: Mäkelä, M., Keihänen-Kiukaanniemi, S., Korhonen, P., Kosunen, E., Mäntyselkä, P., & Salokkila, P. (toim.). Yleislääketieteen perusteet. E-kirja. Viitattu 7.2.2024. ISBN 978-951-656-858-7

- Reiling, J. 2005. Creating a Culture of Patient Safety through Innovative Hospital Design. Teoksessa Henriksen, K., Battles, J., Marks, E., & Lewin, D. (ed.) *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. (Volume 2: Concepts and Methodology). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). E-kirja. Viitattu 5.3.2024. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20499/>
- Robinson, S. L., O'Reilly, J., & Wang, W. 2013. Invisible at work: An Integrated Model of Workplace Ostracism. *Journal of Management*. Vol. 39 (1), 2013. 203–231. Sage journals. Viitattu 9.2.2024. Saatavissa. <https://doi-org.ezproxy.saimia.fi/10.1177/0149206312466141>
- Saarijärvi, H. & Puustinen, P. 2020. *Strategiana asiakaskokemus. Miksi, mitä, miten?* E-kirja. Docendo, Jyväskylä. Viitattu 12.5.2023. ISBN 978-952-291-984-7
- Saarikoski, T., Haatainen, K., Roine, R. P., Turunen, H., & Kataja, V. 2021. Haittatapahtumien kirjaaminen, ehkäistävyys ja kustannusvaikutus potilasvahinkotapahtumissa. *Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti* 24–32/2021, 76. 1557–1561. Viitattu 24.5.2023. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/haittatapahtumien-kirjaaminen-ehkäistävyys-ja-kustannusvaikutus-potilasvahinkotapauksissa/>
- Salovaara, S., Leinonen, J., & Silén, M. 2021. Barriers to the utilisation of data gathered through information systems in the management of social welfare organisations. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*,13(4). 372–387. Viitattu 27.5.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.23996/fjhw.109930>
- Saranto, K., Ikonen, J., Koponen, S., Kyytsönen, M., Kinnunen, U., & Vehko, T. 2023. Lähihoitajien kokemukset asiakas- ja potilastietojärjestelmien tuesta työtehtäviin – poikkileikkaustutkimus. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 15(2). 174–198. Viitattu 12.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.23996/fjhw.125360>
- Sosiaali- ja terveysministeriö a. Mikä on sote-uudistus? Viitattu 17.4.2023. Saatavissa <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->
- Sosiaali- ja terveysministeriö b. Potilasasiamies ja sosiaaliasiamies. Viitattu 31.1.2024. Saatavissa <https://stm.fi/potilasasiamies-sosiaaliasiamies>
- Sosiaali- ja terveysministeriö c. Muistutus, kantelu ja muutoksenhaku. Viitattu 11.5.2023. Saatavissa <https://stm.fi/asiakkaan-potilaan-oikeudet/valittaminen>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. *Kliinisen hoitotyön erikoisalut. Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:36. Viitattu 15.3.2024. ISBN (pdf) 978-952-00-8428-8

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022a. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:2. E-julkaisu. Viitattu 3.5.2023. ISBN (pdf) 978-952-00-8464-6.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022b. Sosiaali- ja terveystalvelujen valvonnasta säädetään uusi laki. Tiedote. Viitattu 28.5.2023. Saatavissa <https://stm.fi/-/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-valvonnasta-saadetaan-uusi-laki>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2023. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon valvontalain soveltamisesta julkaistu. Tiedote. Viitattu 24.1.2024. Saatavissa <https://stm.fi/-/ohje-sosiaali-ja-terveydenhuollon-valvontalain-soveltamisesta-julkaistu>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2024. Sosiaali- ja terveydenhuollon soveltaminen. Ohje. Viitattu 23.1.2024. Saatavissa <https://stm.fi/documents/1271139/1365571/Sote-valvontalain+soveltamisohje.pdf/90ebc10a-8a10-3bb4-423e-d2cb1259c4b0/Sote-valvontalain+soveltamisohje.pdf?t=1701349668622>

Suomen perustuslaki 731/1999. Finlex. Viitattu 1.1.2024. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tilastokeskus. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. Viitattu 8.3.2024. Saatavissa https://www.stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html#tab1

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos a. Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla. Kirjaaminen. Viitattu 13.4.2023. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos b. Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla. Terveydenhuollon kirjaamisohjeet. Viitattu 30.1.2024. Saatavissa <https://thl.fi/aiheet/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen/terveydenhuollon-kirjaamisohjeet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023. Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022. Lääkärille pääsy koetaan yhä vaikeammaksi – työikäisten psyykinen kuormittuneisuus lisääntynyt. Tilastoraportti 31/2023. Viitattu 13.3.2024. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146624/Tilastoraportti_Terve_Suomi_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu painos. E-kirja. Helsinki, Tammi. Viitattu 22.5.2023. ISBN 978-952-04-0011-8

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Toinen, uudistettu painos. E-julkaisu. Helsinki. Viitattu 11.5.2023.

Saatavissa https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf

Työterveyslaitos a. Työhyvinvoinnin johtaminen sote-alalla. Oppimateriaali. Viitattu 15.3.2024. Saatavissa <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/tyohyvinvoinnin-tiedolla-johtaminen-sote-alalla>

Työterveyslaitos b. Eettinen kuormitus ja sen hallinta. Oppimateriaali. Viitattu 25.3.2024. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/eettinen-kuormitus-ja-sen-hallinta/mita-on-eettinen-kuormitus>

Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. 2020. Nurses' Adherence to Patient Safety Prociplles: A Systematic Review. International Journal of Environmental Reseach and Public Health. 17(6): 2028. Viitattu 1.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17062028>

Valtiovarainministeriö 2023. Tietojohtaminen. Viitattu 3.5.2023. Saatavissa <https://vm.fi/tietojohtaminen>

Valvira a. Hyvinvointialueiden ja palveluntuottajien omavalvonta. Viitattu 29.1.2024. Saatavissa <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/omavalvonta>

Valvira b. Tyytymättömyys hoitoon: muistutus tai kantelu terveydenhuollossa. Viitattu 6.5.2023. Saatavissa https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/tyytymattomyys_hoitoon

Valvira 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023. Päivitys vuodelle 2023. Viitattu 12.5.2023. Saatavissa https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Sote_valvontaohjelma_2023.pdf/c90eefd8-1209-2702-1e47-2dc6317beb84?t=1676537158594

Van Dyck, C., Dimitrova, N., de Korne, D., & Hiddema, F. 2013. Walk the talk: Leaders' enacted priority of safety, incident reporting, and error management. Teoksessa Simons, T., Leroy, H., & Savage G. (ed.) Leading in Health Care Organizations: Improving Safety, Satisfaction and Financial Performance. Emerald Group Publishing Limited. 95–118. E-kirja. Viitattu 5.3.2024. ISBN: 978-1-78190-633-0

Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen-Tompuri, M., & Heponiemi, T. 2019. Miten tietojärjestelmät palvelevat terveydenhuollon ammattilaisten työtä? Vaikutukset työhön ja työhyvinvointiin. Digityö ja stressi -hankkeen loppuraportti. Työpaperi 4/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.2.2024. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137659/URN_ISBN_978-952-343-279-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Vehko, T., Hyppönen, H., Ryhänen, M., Tuukkanen, J., Ketola, E., & Heponiemi, T. 2018. Tietojärjestelmät ja työhyvinvointi – terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 10(1). 143–163. Viitattu 19.2.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.23996/fjhw.65387>
- Vilkka, H. 2021. *Tutki ja kehitä*. 5. päivitetty painos. PS-kustannus, Jyväskylä. Viitattu 9.5.2023. ISBN 978-952-370-173-1.
- Weingart, S., Pagovich, O., Sands, D., Li, M., Aronson, M., Davis, R., Bates, D., & Phillips, R. 2005. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *Journal of general internal medicine*. Sep; 20 (9): 830–836. Viitattu 31.3.2024. Saatavissa <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0180.x>
- Welling, M. 2018. Potilasvahingot. Katsaus. *Duodecim lääketieteellinen aikakausikirja* 2018. Numero 21: 2111-2119. Viitattu 25.5.2023. Saatavissa <https://www.duodecim-lehti.fi/duo14589>
- World Health Organization. Patient Safety. Viitattu 21.1.2024. Saatavissa <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization 2021. *Global patient safety plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Viitattu 9.5.2023. ISBN 978-92-4-003270-5.
- Ye, Q., Wang, L., & Li, X. 2019. Inclusive leadership and employees' learning from errors: A moderated mediation model. *Australian Journal of Management*. Vol. 44 (3). 462–481. E-julkaisu. Sage Journals. Viitattu 24.2.2024. Saatavissa <https://doi-org.ezproxy.saimia.fi/10.1177/0312896218805796>

Liite 1. Tietolupahakemus



TIETOLUPAHAKEMUS

Sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä annetun lain 44 §:n mukaan 1 §:n mukaan tämä hakemus koskee ainoastaan Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän henkilörekistereihin kohdistuvaa tietoa. Tämän hakemuksen perusteella annetun tietoluvan nojalla saatua tietoa ei saa yhdistää ja käsitellä tunnistusteellisesti toisen rekisterinpitäjän henkilötietojen kanssa.

Dnr _____ ST-numero _____ pvm 6 / 6 20 23
 Uusi Jatkoaika Muutos

Tutkimuksen/rekisterin vastuuhenkilö

Nimi Nona Laine	Nimike Opiskelija YAMK
Puhelin	Sähköposti
Toimipaikka / vastuualue LAB ammattikorkeakoulu	

Tutkimuksen / rekisterin nimi

Potilasvahinkojen korvauspäätökset 2021-2022

Potilastietojen käyttötarkoitus

Tilastointi Tieteellinen tutkimus Kehittämisen- ja innovaatiotoiminta
 Opetus Viranomaisen suunnittelu- ja selvitystehtävä

Jos kyseessä on viranomaisen suunnittelu- ja selvitystehtävä, voidaanko sitä toteuttaa ilman henkilö-
 tietojen käsittelyä? Kyllä Ei

Selvitys:

Eettisen toimikunnan myönteinen lausunto, pvm _____ ETL-koodi _____

Ihmistieteiden eettisen neuvottelukunnan lausunto, pvm _____

Tutkimusta ei tarvitse käsitellä eettisissä toimikunnissa, koska _____
 _____ Tiedot luovutetaan valmiiksi anonyymisoituina.

Findatan lupa, pvm _____

Onko henkilötietojen käsittelyä arvioitu tiedon elinkaari huomioiden?

Tietosuojan vaikutusarviointi (DPIA, TVA) on tehty

Kuvaa vastuuhenkilö ja miten vaikutusarviointi on suoritettu:
 Pohdinta sisällytetty tutkimussuunnitelmaan.

Jos vaikutusarviointia ei ole tehty, arvioi tiedonhyödyntämissuunnitelmassa seuraavia
 tiedonkäsittelyn elinkaaren vaiheita:

Kerääminen	Käyttö- ja muokkaaminen	Säilyttäminen
Tallentaminen	Luovutus ja saataville asettaminen	Hävittäminen
Yhdistäminen	Siirtäminen, ml. 3 maahan	Arkistointi

Potilas-/asiakastietojen käsittelijät (tarvittaessa erillinen liite)

Nimi	Nimike	Sähköposti	Vastuuyksikkö/ Ulkopuolinen tutkija
Tutkimus alkaa, pvm <u>6.6.2023</u> Tutkimus päättyy, pvm <u>31.12.2023</u> Potilaiden lukumäärä _____ Tietoja pyydetään <u>1.1.2021</u> - <u>31.12.2022</u> väliseltä ajanjaksolta			
<input type="checkbox"/> Haetaan käyttöoikeutta pyydettyjä tietoja sisältäviin rekistereihin <input checked="" type="checkbox"/> Tarvitaan tietojärjestelmäpalvelujen poimintoja <input type="checkbox"/> Potilaslistaus hakemuksen mukana <input type="checkbox"/> Potilaslista/rekisteri kertyy tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelman mukaisesti			
Tutkimusrekisterin pitäjä: Nona Laine			
Tutkimuksessa muodostuva potilasrekisteri perustetaan (mihin?): Erillinen tallenne.			

Aiheuttaako tutkimus kustannuksia Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymälle?

<input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti.) <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä.) Kenen kanssa asiasta keskusteltu/sovittu?

Tutkimustietojen poimintakriteerit:

Poimintakriteerit on mietittävä tarkasti, jotta halutut tapaukset olisivat otoksessa ja turhilta toistuvilta poiminnoilta välttyttäisiin.					
Diagnoosit					
Toimenpidekoodit					
Muita muuttujia, joilla otosta rajataan (esim. ikä, syntymävuosi, sukupuoli, erikoisala): Poimitaan vuosien 2021-2022 PVK myönteiset ratkaisut potilasvahinkoilmoituksiin.					
Mitä asioita raporttiin halutaan näkyville (esim. käynti-ikä, käyntipäivien lkm, hoitojaksot)? Päätöksen tekstisisältö/perustelut. Toimiala/tapahtumayksikkö. Tapahtuma-aika vuosi/kuukausi.					
Asiakirjat, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa: Potilasvakuutuskeskuksen antamat potilasvahinkoratkaisut.					

Järjestelmät, joista tietoja halutaan:

Sähköiset	Ei sähköiset
<input type="checkbox"/> LC-/Pegasospotilaskertomusjärjestelmä <input type="checkbox"/> Sapo-potilashallintajärjestelmä <input type="checkbox"/> Effica-laboratorio/Q-pat <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Anestesia/tehotietojärjestelmä	<input type="checkbox"/> Potilaskertomukset _____ kpl <input type="checkbox"/> Radiologiset kuvat _____ kpl <input type="checkbox"/> Mikrofilmatut potilaskertomukset <input type="checkbox"/> Arkistodiagnoosiluettelo <input type="checkbox"/> Ensihoitorekisteri
<input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä <u>Tweb asianhallintajärjestelmä</u>	
Tutkimuksesta/tietojen keruusta aiheutuvista kustannuksista ja rahoituksesta vastaa (yhteystiedot):	

Hyödyt ja vaikutukset Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän toimintaan

<input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltavuusarvio toimintaan, mihin/miten? Tuloksia voidaan käyttää päätöksenteon tukena.
Käsitellessäni työntekijöiden tai asiakkaiden/potilaiden tietoja sitoudun siihen, että en käytä saamiani tietoja muuhun kuin tässä hakemuksessa ilmoittamaani tarkoitukseen. En luovuta henkilötietoja sivullisille. Sitoudun raportoimaan tutkimuksesta ja hakemuksen tarkoittamasta toiminnasta tietoluvan myöntäjälle.

Allekirjoitukset

Tutkimuksen/rekisterin vastuuhenkilö (päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys): Nona Laine. 6.6.2023
Liitteet: <input type="checkbox"/> Luettelo tutkittavista potilaista <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma tai tiedon hyödyntämissuunnitelma <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökuntaan kuulumattomien tutkijoiden rekisteröintilomake <input type="checkbox"/> Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma

Määritelmiä

Sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä annetun lain (552/2019, toistolaki) 3 §:n laissa tarkoitetaan:

tietoluvalla toistolain mukaisesti myönnettyä lupaa käsitellä luvassa määriteltyjä salassa pidettäviä henkilötietoja luvassa mainittuun käyttötarkoitukseen.

henkilötietojen ensisijaisella käyttötarkoituksella sellaista käyttötarkoitusta, jossa henkilötiedot on alun perin tallennettu.

henkilötietojen toissijaisella käyttötarkoituksella henkilötietojen käsittelyä muussa käyttötarkoituksessa kuin toistolain tarkoittamassa ensisijaisessa käyttötarkoituksessa.

kehittämis- ja innovaatiotoiminnalla teknisen ja liiketoimintatiedon sekä olemassa olevan muun tiedon soveltamista ja käyttöä yhdessä tässä laissa tarkoitettujen henkilötietojen kanssa, kun tavoitteena on kehittää uusia tai merkittävästi parannettuja tuotteita, prosesseja tai palveluja.

tietojohtamisella tiedon käsittelemistä palvelunantajan asiakas-, palvelu- ja tuotantoprosesseissa toiminnan, tuotannon ja talouden ohjauksen, johtamisen ja päätöksenteon tukena.

tietoluvalla tämän lain mukaisesti myönnettyä lupaa käsitellä luvassa määriteltyjä salassa pidettäviä henkilötietoja luvassa mainittuun käyttötarkoitukseen.

tiedonhyödyntämissuunnitelmalla tutkimussuunnitelmaa, hankesuunnitelmaa ja vastaavaa suunnitelmaa, josta ilmenevät lupahakemuksessa tarkoitettujen tietojen käyttötarkoitus, niiden rekisterinpitäjä ja käsittelijät, käsittelyn oikeudellinen peruste sekä tietojen käsittelyn tietosuojaan ja tietoturvaan liittyvät olennaiset seikat kattaen koko tietojen elinkaaren mukaan lukien tietojen säilytys sekä hävittäminen tai arkistointi.