

**POTILASTURVALLISUUS, RISKIENHALLINTA,
VIRHETILANTEIDEN KÄSITTELY JA VIRHEISTÄ OPPIMINEN
TERVEYDENHUOLLOSSA**

Lääkäriliiton laatuneuvoston muistio 28.10.2004

Lääkäriliiton hallitukselle

SISÄLLYS

1 Taustaa

1.1. Laatuneuvoston polku näkemyksille.....	3
Laatuneuvoston kutsuseminaari.....	3
Tiedustelu terveydenhuollon toimintayksiköille.....	4
Asiantuntijakuulemiset.....	4
Laatuneuvoston työseminaari ja ilmailuhallinnon edustajan kuuleminen.....	5
1.2 Potilasturvallisuutta edistäviä yhteistyöverkostoja ja viimeaikaisia aktiviteetteja.....	6
1.3 Kansainvälisiä esimerkkejä.....	6
1.4 Virhetilanteiden raportointia tehdään jo kentällä.....	7
1.5 Potilasturvallisuuden edistäminen on terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteinen asia.....	8

2 Potilasturvallisuuden TOP SEVEN -näkökulmat	8
--	----------

3 Miten tästä eteenpäin?.....	9
--------------------------------------	----------

3.1 Terminologia ja toimintaohjeet.....	9
3.2 Raportoinnin ja avoimuuden edistäminen.....	10
3.3 Tarvitaanko lakia?.....	10
3.4 Keskitetyn toiminnan organisaatio ja tehtävät	10

4. Lääkäriliiton hallituksen linjaukset ja Laatuneuvoston ja Lääkäriliiton yhteistyö.....	11
--	-----------

1 Taustaa

Virheisiin liittyviä riskitekijöitä voidaan tunnistaa läpi koko terveydenhuollon toimintaketän valtakunnallisista ohjausmekanismeista yksilöiden tasolle. Organisaatioihin liittyvät tekijät ovat erityisen merkittävässä osassa terveydenhuollon riskien hallinnassa. Millainen on palvelujen toimintarakenne, turvallisuuskulttuuri, toimintastandardit ja resursointi? Miten on huolehdittu työympäristöstä ja onko saatavilla tasokasta välineistöä? Kattaako osaamisen kirjo kohdattavien ongelmien laajuuden?

Henkilöstön tasolla virheistä oppimisessa ja riskien hallinnassa tulee ottaa huomioon sekä työryhmiin että yksilöihin liittyviä tekijöitä. Jokaiseen työtehtävään liittyy hallittavia riskitekijöitä. Miten selkeästi toimintaprosessit on määriteltä? Onko käytössä hyviä toimintaohjeita? Miten tutkimustulokset saadaan nopeasti käyttöön hoidossa? Potilasta ja hänen sairautensa erityisominaisuuksia ei pidä myöskään unohtaa riskien lähteenä. Tällöin voi olla kyse sairauden vaikeusasteesta, kommunikaatiovaikeuksista tai potilaan persoonallisuuspiirteistä.

Otammeko näitä virhemahdollisuuksia riittävästi huomioon? Mitä ilmeisimmin emme. Virheiden toteaminen ja myöntäminen ei ole helppoa, saati niiden käsittely työyhteisössä. Organisaatioiden toiminta hoitovirhetilanteissa on vaihtelevaa ja vakiintumatonta eikä monessa paikassa ole annettu toimintaohjeita tai opastusta tilanteiden varalle.

1.1 Laatuneuvoston polku näkemyksille

Potilasturvallisuuden edistäminen on ollut pitkään esillä kansallisissa ja eurooppalaisissa lääkärijärjestöissä. Aihetta on käsitelty liiton laatuneuvoston kokouksissa kevästä 2003 alkaen. Lääkäriliiton laatuneuvostossa (SLL, Duodecim, FLS, LKY) on edustajat erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta sekä yksityissektorilta.

Laatuneuvoston järjestämän kutsuseminaarin, kuultujen asiantuntijoiden sekä kokouksissa käytyjen keskustelujen pohjalta on laadittu tämä muistio, jonka pohjalta haetaan näkemyksiä liiton linjauksiksi.

Laatuneuvoston käsittelyprosessi lähti käyntiin, kun sen puheenjohtaja Kari Pylkkänen osallistui Kööpenhaminassa 3.4.2003 pidettyyn potilasturvallisuuskonferenssiin. Konferenssin järjesti Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Kari Pylkkänen, Hannu Halila ja Ulla Anttila kävivät elokuussa 2003 tutustumassa Dansk Selskab for Patientsikkerhed-yksikön toimintaan Kööpenhaminan Hvidovren Sairaalassa. Yksikön päällikkö Beth Lilja Pedersen pyydettiin puhumaan joulukuussa pidettävään laatuneuvoston kutsuseminariin.

Laatuneuvoston kutsuseminaari

Laatuneuvosto järjesti 3.12.2003 aiheesta laajapohjaisen kutsuseminaarin ”Virheistä oppimalla potilasturvallisuuteen – Mikä on Suomen malli?”. Osallistujia oli runsaat 70 eri intressiryhmistä ja yhteistyötahoista. Seminaari-

rin johtopäätöksenä voitiin todeta, että aika on kaikin tavoin kypsä konkreettiselle toiminnalle potilasturvallisuuden edistämiseksi maassamme.

Seminaarin luennoitsijat ja aiheet:

- Beth Lilja Pedersen, M.D., Head of Unit of Patient Safety
Copenhagen Hospital Corporation and Danish Society for Patient Safety
Patient Safety - the Danish Experience
- TEO:n ylilääkäri, työryhmän puheenjohtaja Pirjo Pennanen
Euroopan neuvoston työryhmä 2003 - 2004: suosituksia terveydenhuollon turvallisuudesta ja laadusta
- Sairaalanuovos, kirurgian dosentti Tapio Tervo
Kliininen oikeustutkimus – mahdollisuus sekä potilaan että lääkärin oikeudenmukaiseen kohteluun
- Laatujohtaja, professori Pertti Mustajoki
Virheiden ja erehdysten raportointi - ajatuksia ja suunnitelmia HUS:ssa

Tiedustelu terveydenhuollon toimintayksiköille

Kaikille sairaanhoitopiireille, valituille terve yskeskuksille ja yksityissektorin toimintayksiköille lähetettiin laatuneuvoston tiedustelu keväällä 2003 virhetilanteiden ja läheltä piti – tilanteiden kirjaamisesta, jossa pyydettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä tietoa kerätään laatu järjestelmien/riskienhallinnan puitteissa tapahtuneista virheistä tai läheltä piti – tilanteista?
2. Onko käytössänne muita tiedonkeruutapoja tai vakiintuneita toimintamalleja virheiden käsittelemiseksi?
3. Minkälaisia suosituksia, evästyksiä tai toimintamalleja toivoisitte virheistä oppimisen ja niiden käsittelyn tueksi?

Kyselyyn vastasi 11 sairaanhoitopiiriä ja yksi yksityissektorin sairaala. Tietoa poikkeamista ja erilaisista virhetilanteista kerätään vastaajien mukaan varsin kattavasti laatu järjestelmiä ja rekisterejä varten. Tapahtuneita tilanteita käsitellään erilaisissa kokouksissa (mm. ylilääkärikokous, osastopalaveri, kliininen meeting, työsuojelutoimikunta, laatu järjestelmän edellyttämä katselmus).

Virhetilanteiden käsittelyn tueksi toivotaan valtakunnalliset perusohjeistukset (mitä kerätään ja miten menetellään). Virheistä oppimisen edellytys on, että on luotu sellainen järjestelmä, jossa virheet rekisteröidään. Lisäksi niiden käsittely ja mahdolliset toimenpiteet tulee ohjeistaa, mikä edellyttää myös toteutuksen valvontaa. Sovitun järjestelmän kautta virheistä oppiminen tulee osaksi normaalia toimintaa. Potilashoitoon liittyvien läheltä piti – tilanteiden kirjaaminen ja analysointi tulee olla osana laatu järjestelmää. Lisäksi toivottiin hyviä käytännön ideoita omiin ongelmiin sovellettaviksi.

Asiantuntijakuulemiset

Laatuneuvosto on kokouksissaan kuullut aiheesta seuraavia asiantuntijoita: toimialajohtaja Matti Liukko (Lahden kaupunki) 11.6.2003, ylilääkäri Pirjo Pennanen (TEO) 20.8.2003, professori Paul Lillrank (Teknillinen korkeakoulu, tuotantotalouden osasto) 26.4.2004 ja everstiluutnantti Ilkka Koho (Ilmavoimien esikunta) 7.6.2004.

Matti Liukko katsoi, että virheiden käsittelyyn tulisi tuoda enemmän uskallusta. Esimerkiksi Ruotsissa ja Hollannissa ollaan systeemeissä pidemmällä. Laaduntuottokyky terveydenhuollossa on Suomessa vain keskinkertainen eikä prosessien laadunhallinta ole aina helppoa. HOPE:n (Standing Committee of the Hospitals of the European Union) piirissä ollaan tekemässä selvitystä potilasvahinkojärjestelmistä. Matti Liukko on ollut järjestön laatutyöryhmän puheenjohtaja.

Pirjo Pennanen toimii puheenjohtajana Euroopan neuvoston terveystoimikomitean alaisen työryhmässä, jonka tehtävänä on laatia suositukset potilasturvallisuudesta sekä strategia niiden käyttöön ottamiseksi 31.12.2004 mennessä. Aloite työryhmän perustamiseksi oli tullut terveystoimikomitean työn puitteissa Hollannista ja Suomi oli asiaa kannattanut.

Työryhmän raportti tulee sisältämään suositusosion, strategiaosuuden sekä perustelumistion. Työryhmä käyttää työnsä pohjana erilaisia selvityksiä, joita on jo eri tahoilla tehty. Osa raportista tulee olemaan hyvin kuvailevalla tasolla, minkälaisia eri systeemejä on terveydenhuollossa. Sattumanvaraiset potilaskantelut, jotka nykyisin painottuvat, eivät voi olla systemaattisen laadunvalvonnan pohjana.

Paul Lillrankin mielestä virheistä oppimisen kehittäminen edellyttäisi perustutkimusta, koska virheet ovat yhteiskunnallisilta kustannuksiltaan merkittäviä. Hän jakaa virheet kolmeen eri ryhmään:

- poikkeama (deviation)
- virhevalinta (error)
- laiminlyönti (failure)

Laatuvirheiden tyypit ovat eri ilmiöitä ja ne tulisi pystyä erottelemaan. Teollisuudessa keskitytään poikkeamiin. Terveydenhuollossa virhevalinnat ovat isoin alue. Väärien valintojen seurauksena potilaat saattavat edelleen joutua väärään prosessiin ja virhevyöhyke kasvaa. Virheiden syyt voidaan selvittää järjestelmän tasolla, esim. ei ollut taitoa tai tietoa asioista.

Hannu Halila otti potilasturvallisuuden edistämisen esille **kansanedustajalääkärien** ja liiton välisessä tapaamisessa 18.5.2004. Kansanedustajalääkärit suhtautuivat asian edistämiseen suomalaisessa terveydenhuollossa myönteisesti.

Laatuneuvoston työseminaari ja ilmailuhallinnon edustajan kuuleminen

Laatuneuvosto piti 7.6.2004 oman työseminaarin ja keskittyi keskustelemaan aiheesta ja jatkotoimenpiteistä muistion laatimiseksi.

Seminaarin yhteydessä kuultiin lentoturvallisuuspäällikkö, everstiluutnantti **Ilkka Kohoa** Ilmavoimien esikunnasta ilmavoimien häiriöilmoitusten raportointijärjestelmästä. Raportointijärjestelmä on ollut käytössä jo 25 vuotta ja ilmoituksia tehdään 300 ohjaajan toimesta noin 5 500 vuodessa. Tietojen keräämistä ja niistä saadun palautteen hyväksikäyttämistä koulutuksessa edistää selkeä organisaatiomalli. Kohon mukaan asennekulttuurin muutos on ollut aikaa vievä prosessi. Esikunnan lentoturvallisuustoimistossa on töissä neljä henkilöä. Laivueita on viisi, joissa on kussakin lentoturvalli-

suusupseeri. Raportit häiriöilmoituksista ovat hyvin saatavilla ja tarkasteltavissa organisaation sisäisissä tietojärjestelmissä.

1.2 Potilasturvallisuutta edistäviä yhteistyöverkostoja ja viimeaikaisia aktiviteetteja

Suomen Kuntaliitto ja Potilasvakuutuskeskus ovat tehneet yhteistyötä parin vuoden ajan tuottamalla tilastoja sairaanhoitopiireille. Potilasvakuutuskeskus on järjestänyt sairaanhoitopiirikohtaisia koulutustilaisuuksia tilastojen pohjalta ja kehittää tilastoja edelleen käytännön tarpeita vastaaviksi. Sairaanhoitopiirikohtaisissa koulutustilaisuuksissa on käyty läpi minkälaisia tilastoja sairaanhoitopiirit haluavat käyttöönsä, sekä miten yksiköissä hyödynnettäisiin potilasvahingoista ja potilasvahinkolautakunnasta saadut sekä kielteiset että myönteiset ratkaisut. Suunnitteilla on extranet-järjestelmä, jolla sairaanhoitopiirit pääsevät tarkastelemaan vahinkotilastoja. Tässä ollaan yhteistyössä Kuntaliiton kanssa mm. järjestelmän sisällön ja käyttöoikeuksien osalta.

Duodecim järjesti opetuksen kehittämisseminaarin ”Ehkäise ennalta – virheistä viisaammaksi” 1.- 2.4.2004. Seminaarin arvioinnissa ja saadussa osallistujapalautteessa tuli monipuolisesti eri näkökulmia virheistä oppimisen edistämiseen ja tarpeista saada evästystä virheiden käsittelyyn hoitotilanteissa. Kuinka käsittelen alaisteni virheitä heidän kanssaan? Mistä saan tietoa keskitetysti hoitohaittojen raportointiin ja tutkintaan liittyvistä kotimaisista ja kansainvälisistä hankkeista, opastusta henkilökunnan kouluttamiseen ja tietoa syyllisyys-ongelmaan liittyvistä näkökulmista?

Arkkiatri Risto Pelkonen on esittänyt Aikakauskirja Duodecimissa viime vuonna, että lääkärit perustaisivat yhteisen, onnettomuustutkintaa vastaavan elimen vahinkojen jälkikäsittelyyn.

Stakesissa on maaliskuussa 2004 alkanut kaksivuotinen Riskit hallintaan – projekti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Mukana olevan keskussairaalan projektissa käsitellään potilasturvallisuutta ja virheistä oppimisen edistämistä ja se käsittää organisaatioissa tehtävän kehittämistyön.

Näiden lisäksi aihe on toistuvasti esillä mm. eri tahojen seminaareissa. **Tehy ja Farmasialiitto** järjestivät lääkehoidon laatua ja lääkitysvirheitä käsittelevän seminaarin 29.9. **STM** on asettanut työryhmän 1.9.2004 – 31.8.2005 lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

1.3 Kansainvälisiä esimerkkejä

Tanskassa hyväksyttiin potilasturvallisuutta koskeva laki kesäkuussa 2003, joka on tulosta poliittisten toimintalinjojen yksimielisyydestä. Potilasturvallisuus ja riskienhallinta on nostettu terveydenhuollon keskeiseksi prioriteetiksi. Kööpenhaminassa toteutettiin laajamittainen pilottiprojekti ennen loppuvuotta.

Sairaaloihin on nimetty riskienhallintapäälliköitä ja alueellinen potilasturvallisuusorganisaatio toimii koordinaattorina. Ilmoituksista luodaan edelleen

valtakunnallinen terveydenhuollon vaaratilanteiden ja virheiden rekisteri maan lääkintöhallitukseen (Sundhedsstyrelsen). Laki turvaa sen, että virheiden ilmoittamisesta rekisteriin ei seuraa sanktioita. Järjestelmä on tarkoitettu laajentaa myös avohoidon puolelle. Dansk Selskab for Patientsikkerhed (www.patientsikkerhed.dk) toimii koordinaattorina, joka vastaanottaa ja analysoi tietoa.

Ruotsissa hyväksyttiin 1998 Lex Maria, jonka mukaan Socialstyrelseniin tulee ilmoittaa potilaalle tapahtuneet vakavat haitat ja sairaudet, jotka eivät ole tapahtuneet normaalien riskien puitteissa. Östergötlandin maakunnassa on vuodesta 2001 ollut käynnissä projekti, joka tähtää potilasturvallisuuden parantamiseen. Projekti päättyi vuodenvaihteessa 2004/2005, jonka jälkeen vastuu siirtyi paikalliselle potilasturvallisuusyksikölle. Östergötlandin maakunnan Internet-osoitteessa www.lio.se on kattavasti tietoa projektista.

USA:ssa, kuten muissakin maissa on julkaistu tutkimuksia virheistä ja niiden estämisestä. Yhdysvalloissa julkaisi Institute of Medicine vuonna 1999 raportin ”To Err is Human: Building a Safer Health System”, jonka päätelmissä todettiin monien virheiden tapahtuvan järjestelmävirheiden seurauksena. Presidentti Clinton antoi joulukuussa 1999 raportin perusteella QuiC:n (Quality Interagency Coordination Task Force, www.quic.gov) tehtäväksi evaluoida raportin suositukset ja laatia niiden pohjalta kansallinen strategia potilasturvallisuuden uhkien tunnistamiseksi ja virheiden vähentämiseksi. QuiC:n raportti ”Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact” luovutettiin presidentille helmikuussa 2000.

Näiden esimerkkien lisäksi aiheen tiimoilta on käynnissä kansainvälisiä työryhmiä ja aiheesta on tehty tutkimuksia eri maissa.

Stakesin sosiaali- ja terveystalvet, Palvelujen laatu – yksikössä on tehty kirjallisuuskoonnos riskienhallinnasta 2004, joka sisältää runsaasti viitteitä mm. hoitovirheistä ja hoitovirheistä lääkehoidossa. Koonnos on osoitteessa: www.stakes.fi/palvelut/palvelujen_laatu/lary/tervhuollonlaatu.html

1.4 Virhetilanteiden raportointia tehdään jo kentällä

Professori, ylilääkäri **Pertti Mustajoen** johdolla on Peijaksen sairaalassa lähdetty keräämään tietoa virhetilanteista. Sairaalassa käynnistettiin 1.4.2004 kolme kuukautta kestävä pilottiprojekti, jossa kokeiltiin hoitoon liittyvien virheiden ja poikkeamien ilmoittamista ja analysointia. Mukana oli 10 yksikköä: vuodeosastoja, poliklinikoita, päivystyksen yksiköitä ja leikkausosasto. Virhetilanteiden raportoinnista on tarkoitus tehdä Peijaksen sairaalassa jatkuvaa toimintaa.

Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä on käynnistynyt kaksivuotinen projekti, joka keskittyy virhetilanteiden käsittelyyn toimintayksiköissä. Tarkoitus on kartoittaa/luokitella potilasturvallisuuden näkökulmasta virhetilanteet, samoin läheltä piti -tilanteet sekä kehittää tiedon siirtoon sopivat välineet esim. sähköinen lomake tietojen tallentamiseksi tietokantaan. Tavoitteena on luoda käytännöt, joilla tuotettua tietoa analysoidaan ja tuodaan opiksi käytäntöön.

1.5 Potilasturvallisuuden edistäminen on terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteinen asia

Potilasturvallisuuden edistäminen on monen ammattiryhmän yhteinen asia, joista lääkärit ovat keskeisessä asemassa. Liiton tulee toimia aloitteentekijänä.

Keskeisiä potilasturvallisuuteen liittyviä yhteistyötahoja ovat mm. lääninhallitukset, sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Lääkelaitos, Stakes, sairaanhoitopiirit, terveyskeskukset, Qualisan, Duodecim, Tehy, Super, Potilasasiamiesyhdistys, Potilasvakuutuskeskus, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus, Lääkärikeskusten Yhdistys, Suomen Yksityisten Sairaaloiden Yhdistys.

2 Potilasturvallisuuden TOP SEVEN -näkökulmat

1. Hoitoon liittyvien virheiden asiantunteva käsittely kuuluu laadukkaaseen prosessijohtamiseen

Hoitoon liittyvät virhetilanteet on ensisijaisesti käsiteltävä systeemitasolla. Virheiden sattuessa tulee tarkastella koko tiimiä ja organisaatiota sekä miettiä miten virheitä voidaan karsia esim. toimintatapoja muuttamalla, toimintaohjeilla tai koulutuksella.

Asian edistämiseksi ja toimintakulttuurin muutoksen tukemisessa ovat keskeisessä roolissa esimiesasemassa toimivat lääkärit. Ammattijärjestön tehtävänä on olla aloitteellinen keskusteluissa ja toimenpiteissä sekä motivoida jäsenistöään pitkäjänteiseen toimintaan toimintakulttuurin ja asenteiden muuttamiseksi.

2. Virhetilanteista oppiminen on osa ammatillista kehittymistä eikä sitä tule liittää sanktiojärjestelmään

Virhetilanteiden käsittelyn opettaminen tulee paremmin huomioida lääkärin perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa, erityisesti lääkärin johtamiskoulutuksessa sekä pedagogisessa koulutuksessa. Opiskelijoita tulee kannustaa oppimaan virheistä, ei salailemaan niitä. Asioita tulisi käsitellä rakentavalla ja ammatillista kehittymistä tukevalla tavalla, ilman tarpeetonta syylistämistä. Valmiudet ja tavat käsitellä vaikeita tilanteita vaihtelevat eri erikoisaloilla.

Oppimista ei tule kytkeä yksittäisen työntekijän organisatorisiin sanktioihin. Järjestelmätasolla virheistä oppimisen organisaation tulee olla selkeästi erillään terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnasta ja sanktioimisesta. Se, että virhetilanteista ilmoittamisesta ja niiden rekisteröimisestä ei seuraa sanktioita on edellytys avoimelle ja oppimista kannustavalle ilmapiirille.

3. Terminologia tulee sopia valtakunnallisesti

Teollisuudessa käsitellään poikkeamia ja ilmailuhallinnossa raportoidaan häiriöilmoituksia. Millä termeillä/käsitteillä puhutaan terveydenhuollon vir-

hetilanteista? Termeistä tulee sopia valtakunnallisesti, jolloin niitä käytetään yhtenäisesti.

4. Virhetilanteiden käsittelyyn tulee saada valtakunnalliset toimintaohjeet

Toimintayksiköiden käytössä tulee olla valtakunnallisesti sovitut ohjeet siitä, miten menetellään virhetilanteen sattuessa. Ohjeiden tai ”tarkistuslistojen” tulee olla nähtävillä ja helposti löydettävissä mm. Internetistä. Vahinkoepäilystä ja virheistä tulee ohjeiden mukaan tehdä merkinnät ja kuvaus potilasasiakirjoihin (STM:n opas 2001:3 terveydenhuollon henkilöstölle).

5. Piloteista pysyviin käytäntöihin

Peijaksen sairaalassa on jo aloitettu poikkeamien ilmoittamiskäytäntö, joka on tarkoitus ottaa pysyväksi käytännöksi. Pyörää ei tule keksiä monta kertaa uudelleen vaan alkaa koordinoida yhteistyötä laajemmin pilottiyksiköiden kokemuksista oppien ja viisastuen.

6. Potilasturvallisuus tulee saattaa myös osaksi toimintaprosessien arviointia ja uusien teknologioiden käyttöä

Potilasturvallisuuden edistäminen on osa normaalia toimintaprosessien arviointia ja kehittämistä kuten vastaavasti poikkeamien käsittely teollisuudessa. Tekesin käynnistytävissä FinnWell - Terveydenhuollon teknologiaohjelmassa 2004-2009 akseli.tekes.fi/Resource.phx/tivi/tt/index.htm on yhtenä painopistealueena terveydenhuollon prosessien kehittäminen. Ohjelman laajuus on noin 150 milj. € josta Tekes rahoittaa puolet. Tätä kautta tulee löytää terveydenhuollon toimintaprosessien säännönmukaisuuksia myös virhetilanteita koskien. Uuden teknologian kehittämisen keskeisenä tavoitteena tulee olla potilasturvallisuuden edistäminen hoidon teknisiä virheitä vähentämällä.

7. Potilasturvallisuuden edistämisen tulee kattaa kaikki terveydenhuollon sektorit

Virheistä oppiminen ja virhetilanteiden käsittelyä koskevat ohjeet olisi alusta alkaen luotava palvelemaan ja koskemaan koko terveystalouden järjestelmää: erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityissektorin.

3 Miten tästä eteenpäin?

On aika lähteä luomaan suomalaista mallia potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Miten terveydenhuollon ammattilainen toimii, kun huomaa tehneensä virheen tai virheen tapahtuneen työtoverille? Terveydenhuollon yksiköitä ei tule jättää tuuliajolle asiassa, jonka edistämiseksi muissa maissa on jo ryhdytty toimenpiteisiin. Valtiovallan tulee omalta osaltaan tukea potilasturvallisuuden edistämistä esim. hankerahoituksella.

3.1 Terminologia ja toimintaohjeet

Maassamme tulee valtakunnallisesti sopia potilasturvallisuuden terminologia ja laatia toimintaohjeet, miten virhetilanteita käsitellään toimintayksi-

köissä. Tätä kautta voidaan edelleen edistää raportointijärjestelmien luomista. Virhetilanteiden säännönmukaisuuksia toimintaprosesseissa saadaan esille vasta riittävän aineiston kautta.

Laatuneuvosto ehdottaa kattotermiksi potilasturvallisuutta. Tapahtumista on käytetty mm. termejä: poikkeama (deviation), virhevalinta (error), virhetilanne, hoitovirhe, laiminlyönti (failure).

3.2 Raportoinnin ja avoimuuden edistäminen

Laatuneuvosto pitää paikallisten/alueellisten raportointijärjestelmien kehittämistä keskeisenä tavoitteena eikä niitä tule kytkeä sanktiojärjestelmiin. Raportoinnin kehittäminen ja virheiden käsittely edellyttää avointa ja rakentavaa työilmapiiriä sekä pitkäjänteistä sitoutumista toimintakulttuurin muuttamiseen.

Valtakunnallisen raportointijärjestelmän luominen ei ole laatuneuvoston räkemyksen mukaan ensisijaista. Toiminnan sisällöllistä yhteneväisyyttä ajatellen valtakunnallista koordinaatiota tarvitaan potilasturvallisuuden koulutuksen ja tutkimuksen alalla. Järjestelmien puutteet ovat usein yhteneviä eri puolilla maata. Ratkaisujen etsimisessä omiin ongelmiin sovellettaviksi toimintayksiköt voivat kääntyä asiantuntijatahon puoleen.

3.3 Tarvitaanko lakia?

Laatuneuvosto ei katso potilasturvallisuuden edistämiseksi tarvittavan potilasturvallisuutta koskevaa lakia kuten Tanskassa. Asiaa voidaan edistää ilman erillistä lainsäädäntöä.

3.4 Keskitetyn toiminnan organisaatio ja tehtävät

- a) Terveyspalvelujärjestelmän tueksi tulee jatkossa luoda oma yksikkö, joka toimii terveydenhuollon toimintayksiköiden asiantuntijatahona (tutkimus ja koulutus), joka kokoaa ja analysoi aineistoa sekä kotimaasta että ulkomailta.
- b) Toiminnan pohjana voi olla yhdistys, säätiö tai yhtiö. Organisaatio voi myös kuulua valtion tai kunnalliseen hallinnonalaan. Tämä yksikkö toimii koordinoivana elimenä ja avainasemassa ovat terveydenhuollon toimintayksiköt. Toimintayksiköissä tapahtuvaa virheiden käsittelyä ei tule liittää ammatinharjoittamisen valvontaan. Kanteluilla ja valituksilla on terveyspalvelujärjestelmässä omat käsittelykanavansa.
- c) Lääkäriliiton ja muiden lääkärijärjestöjen tulee olla aloitteentekijöinä koordinoivan yksikön perustamisessa.

4. Lääkäriliiton hallituksen linjaukset ja Laatuneuvoston ja Lääkäriliiton yhteistyö

Laatuneuvoston mielestä potilasturvallisuuden edistäminen kuuluu liiton edunvalvonnan tärkeisiin haasteisiin ja tehtäviin.

Laatuneuvosto pyytää muistion pohjalta liiton hallituksen näkemyksiä erityisesti seuraavista keskeisistä asioista:

- terminologia ja toimintaohjeet (valtakunnalliset)
- raportointijärjestelmän kehittäminen (alueellinen/paikallinen)
- potilasturvallisuuden koulutuksen ja tutkimuksen asiantuntemuksen valtakunnallinen koordinaatio tulevaisuudessa
- liiton jatkotoimenpiteet ja aloitteet

Laatuneuvosto on valmis sitoutumaan edelleen toimintaan potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Lääkäriliiton laatuneuvosto

Kari Pylkkänen
puheenjohtaja (SLL)
johtajapsykiatri
YTHS

Risto Lantto
varapuheenjohtaja (SLL)
ylilääkäri
Pohjois-Karjalan keskussairaala

Juha Heino (SLL)
kehittämispäällikkö
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Tuula Heinänen (FLS)
terveyspalvelujen johtaja
Espoon sosiaali- ja terveystoimi

Pertti Mustajoki (Duodecim)
ylilääkäri, professori
Peijaksen sairaala

Pentti Parkkinen (LKY)
toimitusjohtaja
Kannelmäen terveysasema/Suomen
Terveystalo Oyj

Samuli Saarni (SLL)
tutkija
Kansanterveyslaitos

Helena Tunturi-Hihnala (Duodecim)
osastonylilääkäri
Seinäjoen keskussairaala

Anja Tuulonen (Duodecim)
professori
Oulun yliopisto/silmätautien
klinikka

Hannu Halila
koulutusjohtaja
Suomen Lääkäriliitto

Ulla Anttila
laatuneuvoston sihteeri
koulutussihteeri
Suomen Lääkäriliitto