

**AUVO RAUHALA**  
dosentti, johtajaylilääkäri  
Vaasan sairaanhoitopiiri  
auvo.rauhala@vshp.fi

**MARINA KINNUNEN**  
KTT, vt. johtaja  
Vaasan sairaanhoitopiiri

**ANSSI KUOSMANEN**  
TtM, turvallisuuspäällikkö  
Niuvanniemen sairaala

**MARI LIUKKA**  
TtM, laatu- ja turvallisuuspäällikkö  
Etelä-Karjalan sosiaali- ja  
terveyspiiri

**KAROLINA OLIN**  
TtM, potilasturvallisuuspäällikkö  
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

**MERJA SAHLSTRÖM**  
TtM, kehittämisspäälikkö  
Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

**RISTO P. ROINE**  
LKT, professori  
Itä-Suomen yliopisto  
ylilääkäri  
HUS ja KYS

#### KIRJALLISUUTTA

1 Sosiaali- ja terveysministeriö.  
Valtioneuvoston periaatepäätös.  
Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 (siteerattu 14.1.2018). [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09\\_2017\\_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021\\_suomi.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf)

- 2 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, toim. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US) 2000.
- 3 Makary M.A, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.

## Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat?

**LÄHTÖKOHDAT** Yli 300 sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiota käyttää vapaaehtoista vaaratapahtumien HaiPro-raportointijärjestelmää. Ilmoituksia on tehty yli miljoona.

**MENETELMÄT** Analysoimme tilastollisesti valtaosan ilmoituksista, yhteensä 847 492.

**TULOKSET** Ilmoitusten vuotuinen määrä on kasvussa. Kolmannes koski läheltä piti -tilanteita. Potilaaseen kohdistuneet haitat olivat useimmiten korkeintaan lieviä. Yleisimmin ilmoitukset koskivat lääke- ja nestehoitoa, tapaturmia tai tiedonkulkua. Potilaille oli kerrottu haitoista lähes aina. Lääkärit ilmoittivat vain 2 % tapauksista, ja ilmoituksissa painottuivat vakavat tapahtumat. Kehittämistoimenpiteitä esitettiin harvoin.

**PÄÄTELMÄT** Lääkärien ilmoitusaktiivisuus oli heikko. Syynä lienee huomion painottuminen lääketieteeseen ja mestari-kisällimallin mukaiseen henkilökohtaiseen ohjaukseen enemmän kuin prosesseihin. Tämä ei yleensä johda moniammatilliseen oppimiseen.

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 määrittelee potilas- ja asiakasturvallisuuden niin, että henkilön saamat hoiva, hoito ja palvelut edistävät hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan ja näistä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (1). Potilasturvallisuus on jokaisen potilaan oikeus, mutta silti terveydenhuollossa tehdään huomattavan usein virheitä, joista aiheutuu potilaille haittaa.

Vuonna 1999 julkaistun raportin mukaan Yhdysvalloissa kuolee vuosittain lähes 100 000

mentä. Useimmiten niissä käsitellään jotakin potilasturvallisuuden osa-aluetta tai yksittäisiä potilastapauksia, eikä tutkittua tietoa haittatapahtumien kokonaismäärästä ole. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kuitenkin arvioinut, että joka kymmenes sairaalassa hoidettu potilas kokee haittatapahtuman ja että Suomessa kuolee vuosittain 700–1 700 ihmistä haittatapahtuman seurauksena (5).

Haittatapahtumat aiheutuvat valtaosin erilaisista järjestelmä- ja prosessitason ilmiöistä. Näitä ei havaita ilman vaaratapahtumien systemaattista raportointia ja analyysiä. Näin ollen potilasturvallisuus on kaikkien terveydenhuollon toimijoiden yhteinen asia. Jokaisen työntekijän tulisi jatkuvasti arvioida riskejä, joita potilaan tutkimukseen ja hoitoon liittyy.

Haittatapahtumista noin puolet on ehkäistävissä (6), kunhan ne ensin tunnistetaan. Tunnistamiseen on monenlaisia keinoja, ja yksi niistä on haittatapahtumien vapaaehtoiseen ilmoittamiseen perustuva lähestymistapa (7,8). Vaikka vapaaehtoinen raportointi kattaa yleensä vain 10–20 % haitoista (9) ja vaikka tutkimusnäyttö raportointijärjestelmien tuottamista hyödyistä on vähäistä (10), nämä järjestelmät ovat levinneet kansainvälisesti laajaan käyttöön.

Suomessa jo yli 300 sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiota käyttää vaaratapahtumien raportointiin HaiPro-järjestelmää. Siihen

### *Haittatapahtumista noin puolet on ehkäistävissä.*

ihmistä hoitovirheiden takia (2). Tuokin määrä saattaa olla aliarvio, sillä uusimmat tutkimustulokset viittaavat siihen, että haittatapahtumat ovat sydäntautien ja syövän jälkeen Yhdysvaltain kolmanneksi yleisin kuolemansyy (3). Suuren ruotsalaistutkimuksen mukaan eriaisteisia haittoja liittyy melkein 8 %:iin hoitotapahtumista, eli noin 100 000 potilasta kokee haittatapahtuman Ruotsissa vuosittain (4).

Suomessakin potilasturvallisuuden tutkimus on lisääntymässä. Esimerkiksi Lääkärilehdessä ”potilasturvallisuus”-hakusanan sisältäviä kirjoituksia julkaistaan vuosittain noin viisikym-

- 4 Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009;21:285–91.
- 5 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma (siteerattu 14.1.2018). [https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma\\_final\\_180811.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf)
- 6 Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research* 2018;18:521: 1–13 (siteerattu 19.7.2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>

voi tehdä ilmoituksen nimettömänä (11). Järjestelmän tarkoituksena on tukea organisaatiota virheistä oppimisessa. Ilmoituksista saatavaa tietoa tulee käyttää pelkästään potilasturvallisuuden kehittämiseen ja vaaratapahtumaan vaikuttaneiden syiden löytämiseen – ei syyllisten etsintään eikä eri organisaatioiden väliseen potilasturvallisuuden tason vertailuun. Myös potilailla pitää olla mahdollisuus tehdä vaaratapahtumailmoituksia.

HaiPro-järjestelmään on tehty Suomessa vuodesta 2007 alkaen yli miljoona ilmoitusta. Silti kansallisen tason tieto vaaratapahtumien tyypeistä ja siitä, ketkä ilmoituksia tekevät, on toistaiseksi vähäistä. Vain kolmen ensimmäisen vuoden tulokset koko maan noin 64 000 ilmoituksesta on julkaistu (12). Lisäksi HaiPro-aineistoja on käytetty paljon paikallisesti opinnäytetöihin.

## Lähes puolet ilmoituksista liittyi lääke- tai nestehoitoon.

Tässä tutkimuksessa selvitimme, minkä tyyppisiä vaaratapahtumailmoituksia HaiPro-järjestelmään on tehty, miten ilmoitusten määrä jakautuu ammattiryhmittäin ja tapahtumatyypeittäin ja kuinka suuri osa ilmoituksista koskee

potilaille todella aiheutunutta haittaa. Tämän lisäksi selvitimme vaaratapahtumailmoituksiin kirjatut syy- ja vaikuttavat tekijät sekä ilmoitusten perusteella tehdyt toimenpiteet.

## Aineisto ja menetelmät

Aineisto käsittää kaikkien niiden organisaatioiden vaaratapahtumailmoitukset, jotka ovat antaneet Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry:lle luvan aineistonsa käyttöön (17 sairaanhoitopiiriä ja 34 muuta organisaatiota). Analyysissä mukana olevien organisaatioiden todellinen määrä on huomattavasti suurempi, koska samassa rekisterissä voi olla esimerkiksi saman sairaanhoitopiirin alueen lukuisien organisaatioiden tiedot. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhteensä runsaasta miljoonasta vaaratapahtumailmoituksesta on tutkimusaineistossa mukana valtaosa, 847 492 ilmoitusta.

Mukana ovat ilmoitukset, jotka on tehty 5.7.2007–30.6.2017, eivätkä ne sisällä tietoa, josta potilas tai asiakas voitaisiin tunnistaa. HaiPro-ilmoituksen käsittelylomakkeella on kaiken kaikkiaan 130 kysymystä, joista osaan voi valita useamman vastausvaihtoehdon. Jotkin organisaatiot ovat käyttämässään versiossa yhdistäneet heillä harvinaisia vastausvaihtoehtoja, mutta tällä ei ole vaikutusta seuraavassa esitettäviin keskeisiin tuloksiin.

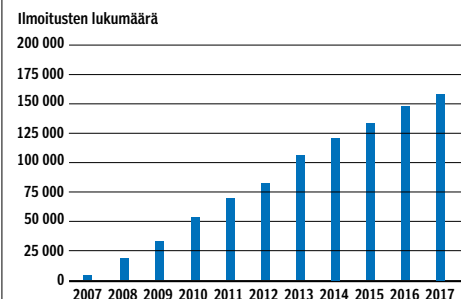
TAULUKKO 1.

Vaaratapahtumien (n = 847 492) tyypit kansallisessa HaiPro-aineistossa vuosina 2007–17.

Tapahtuman tyyppi	n	%
Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä	368 461	43,5
Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä	84 079	9,9
Diagnosiin liittyvä	3 137	0,4
Operatiiviseen toimenpiteeseen liittyvä	5 921	0,7
Invasiiviseen toimenpiteeseen liittyvä	2 999	0,4
Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä	32 627	3,8
Laboratorio-, kuvantamis- tai muuhun potilastutkimukseen liittyvä	26 656	3,1
Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä	15 450	1,8
Aseptiikkaan tai hygieniaan liittyvä	6 350	0,7
Tapaturma, onnettomuus	191 671	22,6
Väkivalta	56 261	6,6
Muu	42 161	5,0
Ei tiedossa tai vastaus puuttuu	11 719	1,4
<b>Yhteensä</b>	<b>847 492</b>	<b>100,0</b>

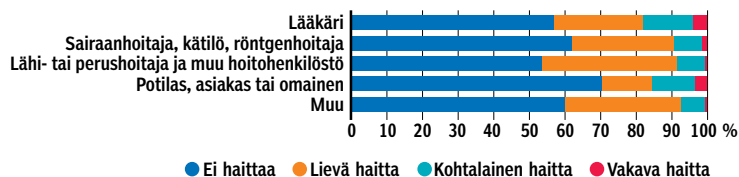
KUVIO 1.

HaiPro-ilmoitusten vuotuinen määrä. Vuodesta 2017 on mukana vain ensimmäinen vuosipuolisko, jonka ilmoitusten lukumäärä on kerrottu kahdella.



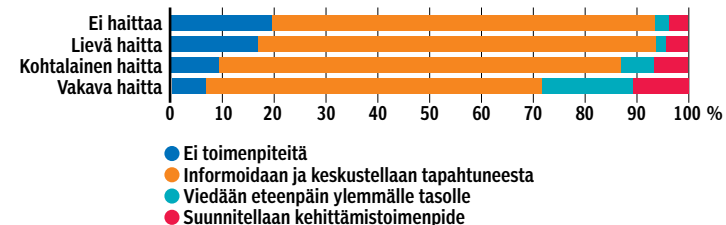
KUVIO 2.

Seuraus potilaalle tai asiakkaalle sen mukaan, minkä ammattiryhmän edustaja oli tehnyt HaiPro-ilmoituksen (n = 847 492) vuosina 2007–17.



KUVIO 3.

HaiPro-ilmoituksissa (n = 847 492) raportoidun potilaalle seuranneen haitan asteen yhteys toimenpide-ehdotuksiin vuosina 2007–17.



7 Howell AM, Burns EM, Hull L, Mayer E, Sevdalis N, Darzi A. International recommendations for national patient safety incident reporting systems: an expert Delphi consensus-building process. *BMJ Qual Saf* 2017;2:150–63.

8 Reporting and learning subgroup of the European Commission PSQCWG. Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe (siteerattu 14.1.2018). [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psqcwg\\_reporting\\_learning\\_systems\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learning_systems_en.pdf)

9 Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? A systematic literature review. *Milbank Q* 2015;93:826–66.

10 Department of Health and Human Services. Office of Inspector General. Hospital incident reporting systems do not capture most patient harm (siteerattu 14.1.2018). <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-09-00091.pdf>

11 Awanic Oy. HaiPro Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä (siteerattu 14.1.2018). <http://awanic.com/haiopro/>

Aineiston käyttöön saatiin lupa Suomen potilasturvallisuusyhdistykseltä ja sen toimitti Excel-muotoisena Awanic Oy. Aineiston muokkaukseen ja perustunnuslukujen analysointiin käytettiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiota 23.

### Tulokset

Vaaratapahtumailmoitusten määrä on kasvanut vuosittain (kuvio 1). Kaikista potilaita tai asiakkaita koskeneista vaaratapahtumailmoituksista vajaa kolmannes (31,8 %) koski läheltä piti-tapahtumia, loput olivat haittatapahtumia. Läheltä piti-ilmoitusten osuus oli 2010-luvun aikana hitaasti pienentynyt 35,5 %:sta 27,7 %:iin.

Ilmoitetut vaaratapahtumat luokiteltiin (taulukko 1). Lähes puolet ilmoitetuista tapahtumista liittyi lääke- tai nestehoitoon ja runsas viidennes koski sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyneitä tapaturmia. Kolmanneksi eniten ilmoituksia oli tehty tiedonkulusta ja tiedonhallinnasta.

Haitan aste oli arvioitu kolmessa neljäsosassa potilaita tai asiakkaita koskeneista ilmoituksista. Useimmissa potilaalle ei aiheutunut lainkaan haittaa (39,1 %) tai haitta oli lievä (48,4 %).

Runsaalle kymmenesosalle potilaista (11,2 %) oli aiheutunut kohtalainen ja 1,3 %:lle vakava haitta. Haitoista oli lähes aina ilmoitettu potilaalle tai ne olivat jo muutenkin hänen tiedossaan. Vain 2,3 %:ssa tapauksista potilaalle ei ollut ilmoitettu tapahtuneesta; tosin 5,4 %:ssa tapauksista vastaaja ei tiennyt asiaa.

Ilmoitusten tekijöistä suurin osa oli sairaanhoitajia (45,1 %) tai lähihoitajia ja heihin verrattavissa olevia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä (40,3 %). Lääkärien tekemät ilmoitukset edustivat vain pientä osaa koko aineistosta (2,0 %), ja tuo osuus oli vuosien saatossa säilynyt kutakuinkin muuttumattomana. Lääkärien tekemistä ilmoituksista suhteellisesti suurempi osa koski erityisesti tapahtumia, joista arvioitiin olevan vakavia seurauksia potilaalle (kuvio 2).

Vaaratapahtumiin vaikuttaviksi tekijöiksi oli useimmin tunnistettu potilaaseen tai asiakkaaseen liittyvät tekijät (19,8 %). Tämä liittyy siihen, että vaaratapahtumista toiseksi eniten oli ilmoitettu tapaturmia ja niihin oli usein vaikuttamassa potilas tai hänen läheisensä. Seuraavaksi yleisimmän vaikuttamassa olivat kommunikointiin ja tiedonkulkuun (13,0 %) sekä toimintatapoihin (10,5 %) liittyvät tekijät. Lääkehoidossa vaaratapahtumaan vaikuttaneita tekijöitä oli tunnistettu useita, joten lääkehoitoprosessi oli altis useille häiriötekijöille. Samoin tiedonkulun ja tiedonhallinnan ongelmat olivat vaikuttamassa useissa tapahtumatyypeissä. Yli neljänneksessä (26,9 %) ilmoituksista tapahtumaan vaikuttaneita tekijöitä ei ilmoitettu.

Vaaratapahtumien toistumisen estävää toimenpidettä koskevaan kysymykseen oli vastattu 87 %:ssa ilmoituksista. Useimmiten (76,6 %) tapauksesta informoitiin henkilökuntaa. Ilmoituksista oli siirretty käsiteltäväksi ylemmälle tasolle 3,0 % ja kehittämistoimenpiteitä oli tehty 4,2 %:ssa tapauksista. Kehittämistoimenpiteiden ja ylemmälle tasolle vietyjen ilmoitusten osuus oli sitä suurempi mitä vakavammasta haitasta oli kyse (kuvio 3).

Eniten kehittämistoimenpiteitä oli tehty silloin, kun tapahtumaan olivat olleet vaikuttamassa laitteet ja tarvikkeet, ja vähiten silloin, kun vaikuttava tekijä oli ollut potilas.

### Pohdinta

Ruuhilehdon ym. artikkelissa (12) käytiin läpi kansalliset HaiPro-raportit kolmen ensimmäisen käyttövuoden ajalta, vuosilta 2007–2009.

- 12 Ruuhilehto K, Kaila M, Keistinen T, Kinnunen M, Vuorenkoski L, Wallenius J. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? *Duodecim* 2011;127:1033–40.
- 13 Howell A-M, Burns EM, Bouras G, Donaldson LJ, Athanasiou T, Darzi A. Can patient safety incident reports be used to compare hospital safety? Results from a quantitative analysis of the English national reporting and learning system data. *PLoS ONE* 2015;10(12): e0144107. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0144107>
- 14 Bagenal J, Sahnan K, Shantikumar S. Comparing the attitudes and knowledge. Toward incident reporting in junior physicians and nurses in a district general hospital. *J Patient Saf* 2016;12:51–3.
- 15 Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust* 2004;181:36–9.
- 16 Lääkäriliitto. Lääkärit Suomessa - Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2016 (siteerattu 14.1.2018). [https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/1116\\_taskutil\\_fi\\_net.pdf](https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/1116_taskutil_fi_net.pdf)
- 17 Sairaanhoidajaliitto 2014. Sairaanhoidajien määrä (siteerattu 14.1.2018). <https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/sairanhoidajien-maara/>
- 18 Baines R, Langelaan M, de Bruijne M, Spreuwenberg P, Wagner C. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Qual Saf* 2015;24:561–71

Tässä tutkimuksessa analysoimme koko aineiston, jotta erilaisia muutostrendejä voitaisiin arvioida täsmällisemmin. Lääke- ja nestehoitoa koskevien ilmoitusten osuus ilmoituksista oli Ruuhilehdon ym. tutkimuksessa 10 % suurempi kuin kaikkien vuosien aineistossa. Tämä selittynee osittain raportoinnin leviämisen lisäksi sosiaalihuollon organisaatioihin sekä sillä, että lääkkeisiin liittyviä tapahtumia on alettu osittain raportoida summatasolla, useampi tapahtuma samassa ilmoituksessa.

Turvallisuuskulttuurin näkökulmasta olisi tärkeää, että läheltä piti -tilanteen ilmoitusten osuus kaikista ilmoituksista olisi mahdollisimman suuri. Nyt osuus oli vain kolmannes ja vieläpä koko tarkastelujakson ajan hitaasti laskeva. Henkilöstö ei aina edes tunnista läheltä piti -tapahtumaa. Mutta myös ilmoitusten käytön leviäminen uusiin organisaatioihin voi osaltaan selittää osuuden pienenemistä.

Hoitohenkilöstö raportoi Suomessa vaaratapahtumista useammin kuin lääkärit, mutta lääkärit raportoivat suhteellisesti enemmän vakavia vaaratapahtumia kuin muu henkilökunta. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös muista maista (13–15). Syyksi on esitetty, että lääkärit kokevat olevansa enemmän vastuussa vakavien tapausten käsittelystä ja motivoituneempia niistä seuraaviin kehittämistoimenpiteisiin kuin esimerkiksi läheltä piti -tapahtumien käsittelyyn (13). Vuonna 2004 julkaistussa tutkimuksessa (15) syyksi esitettiin lääkärin ja hoitajan erilainen suhtautuminen ohjeisiin ja protokollisiin: tutkijoiden mukaan hoitajat noudattivat tunnollisemmin ohjeita, lääkäreillä kulttuuri oli vähemmän läpinäkyvä ja suosi tapausten selvittelyä suppeammassa piirissä.

## *Henkilöstö ei aina edes tunnista läheltä piti -tapahtumaa.*

Lääkäriskunnalla on pitkä traditio mestarikisällimallin mukaisesta oppimisesta. Tämä malli on nykyäänkin olennaisen tärkeä osa lääkärinä kasvamisessa niin tietojen, taitojen kuin käyttäytymisen osalta. Malli ei kuitenkaan huomioi moniammatillisuutta, eikä organisaatio ei opi vaaratapahtumista kattavasti.

Yksi syy lääkärin ilmoitusaktiivisuuden vähäisyyteen voi myös olla se, että pitkän lääke-

### **TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN**

- Vapaaehtoinen vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä HaiPro on Suomessa laajassa käytössä.
- Vapaaehtoisuuteen perustuvissa järjestelmissä haittoista ilmoitetaan vain noin kymmenesosa.
- Potilasturvallisuuden parantamiseen tarvitaan useita lähestymistapoja.

### **TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI**

- HaiPro-järjestelmään on tehty jo yli miljoona ilmoitusta.
- Lääkärin tekemiä oli vain 2 % ilmoituksista, mutta lääkärin ilmoitukset koskivat vakavia vaaratapahtumia useammin kuin hoitajien ilmoitukset.
- Kehittämistoimenpiteitä raportoidaan ilmoituksissa vain harvoin.

tieteellisen koulutuksensa vuoksi lääkärit painottavat enemmän diagnostiikkaan ja hoitoon liittyviä lääketieteellisiä haittoja ja riskejä kuin prosesseihin ja järjestelmätasoon liittyviä ongelmia.

Ilmoitettujen tapahtumien määrää verrattessa on kuitenkin tärkeää muistaa, että Suomessa työikäisiä sairaanhoitajia on lähes neljä kertaa niin paljon kuin työikäisiä lääkäreitä (16,17). Lisäksi aineistossa oli mukana myös sosiaalihuollon laitoksia, ja tämä voi osittain selittää tulosta. Tiimeissä työskenneltäessä havainto vaaratapahtumasta saattaa myös olla yhteinen, mutta kirjaamisen järjestelmään suorittaa kuitenkin jokin muu ammattiryhmä kuin lääkäri.

Vaaratapahtuman syntymiseen vaikuttavat olosuhteet, joissa työ tehdään. Tärkeä osa potilasturvallisuuden riskienhallintaa on näiden olosuhteiden tunnistaminen. Siksi henkilöstöä tulisi kouluttaa tunnistamaan ja raportoimaan vaaratapahtumiin vaikuttavia tekijöitä entistä paremmin. Tämän tutkimuksen mukaan vaikuttamassa olleiksi tekijöiksi oli useimmiten kirjattu potilaaseen tai asiakkaaseen liittyvät tekijät. Tämä selittynee tapaturmien suurella osuudella. Tapaturmat sattuvat tyypillisesti iäkkäille henkilöille, joilla esimerkiksi kaatumisvaara on suurempi. Saattaa myös olla, että potilaaseen liittyvät vaikuttavat tekijät on helpompi raportoida kuin ne asiat, joista henkilökunta tai järjestelmä on vastuussa.

Vapaaehtoisen raportointijärjestelmän sisältämien ilmoitusten määrän perusteella ei voida

19 Centers for Disease Control and Prevention. National and state health care associated infections. Progress report (siteerattu 14.1.2018). <https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf>

20 Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdskador. Vad trodde vi då – vad vet vi nu? (siteerattu 14.1.2018). <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-404-5.pdf>

#### SIDONNAISUUDET

Auvo Rauhala, Marina Kinnunen, Anssi Kuosmanen, Mari Liukka, Karolina Olin, Merja Sahlström, Risto P. Roine: Ei sidonnaisuuksia.

tehdä suoria päätelmiä sattuneiden vaaratapah-  
tumien kokonaismäärästä. Järjestelmään  
raportoidut poikkeamat sisältävät kuitenkin  
havaintoja organisaatioiden sisäisistä riskeistä,  
joihin vaikuttaminen ja joiden pohjalta toimin-  
nan kehittäminen on tärkeää. Kehittämistyön  
tulee olla jatkuvaa, riittävästi resursoitua ja sel-  
keästi vastuutettua. Kehittämistyön tulokselli-  
suus tulee myös arvioida ja tärkeimmistä  
tuloksista pitää ottaa oppia laajasti koko  
maassa.

Potilasturvallisuuden edistäminen ja vaarata-  
pah-  
tumien vähentäminen ei ole yksinkertaista.  
Monissa, Suomea tässä suhteessa edellä ole-  
vissa maissa ei mittavillakaan potilasturvalli-

suusohjelmilla ole aina ollut toivottua vaiku-  
tusta. Tosin potilasturvallisuuden tason mittaa-  
misessa on tunnetusti monia vaikeuksia ja epä-  
varmuustekijöitä ja viime aikoina useilta  
tahoilta on raportoitu lupaavia tuloksia (18–20),  
joten potilasturvallisuuteen panostaminen vai-  
kuttaa kannattavan. Suotuisat muutokset eivät  
kuitenkaan tapahdu hetkessä, ja turvallisuuden  
parantamiseen tarvitaan useita lähestymista-  
poja, joista vapaaehtoinen vaaratapahtumien  
ilmoittaminen on yksi keskeisistä. ●

*Kitämmme saamastamme TYKS-ervan valtion tut-  
kimusrahoituksesta sekä Jarkko Walleniusta,  
Awanic Oy, HaiPro-aineiston toimittamisesta.*

**English summary** | [www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi) | in english

What does voluntary reporting system of patient safety incidents tell?

AUVO RAUHALA, MARINA  
KINNUNEN, ANSSI KUOSMANEN,  
MARI LIUKKA, KAROLINA OLIN,  
MERJA SAHLSTRÖM, RISTO P.  
ROINE

# What does voluntary reporting system of patient safety incidents tell?

**BACKGROUND** In Finland more than 300 health care and social service organizations use the voluntary reporting system of patient safety incidents (HaiPro). More than one million reports have been made. Here are the results.

**METHODS** Most of the incident reports are included in the material, 847 492 in all. The material was analyzed with IBM SPSS Statistics software, version 23.

**RESULTS** The number of reports per year is increasing. One third dealt with near miss events. In most of the cases that included patients the harm caused to the patients was not worse than mild. Most reports dealt with medication or fluid therapy, accidents, or information flow. The patients had almost always been informed of the harm. Doctors had made only about 2 % of the reports, but their reports included more often serious incidents. The most common contributory factors included patients and information flow. Suggestions for improvements were submitted fairly infrequently.

**CONCLUSIONS** Doctors' reporting activity was low. The reason may be that they pay less attention to processes, and more to medicine and master-apprentice type individual guidance. However, in most cases this does not lead to multi-professional learning in the organization. Many approaches are needed to increase patient safety, one essential approach being voluntary reporting of incidents, and correcting defective practices.