



**UNIVERSITY
OF TURKU**

This is a self-archived – parallel-published version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details. When using please cite the original.

AUTHOR	Maiju Welling, Arto Helovu, Hanna Tiirinki
TITLE	Vaaratapahtumien tutkinta – työväline terveydenhuollon turvallisuusjohtamiseen
YEAR	2022
VERSION	Publisher's PDF
CITATION	Maiju Welling, Arto Helovu ja Hanna Tiirinki, Vaaratapahtumien tutkinta – työväline terveydenhuollon turvallisuusjohtamiseen. Lääkärilehti 2022; 78 : e33924

Vaaratapahtumien tutkinta – työväline terveydenhuollon turvallisuusjohtamiseen

- Suomen tavoitteena on olla vuoteen 2026 mennessä asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa. Tämä edellyttää aktiivista ja systemaattista turvallisuusjohtamista ja sen kehittämistä.
- Turvallisuusjohtamisessa tulee hyödyntää vaaratapahtumien tutkinnasta saatuja oppeja.
- Tutkinnassa tulisi käyttää systemaattisia tutkintamenetelmiä ja keskittyä tarkastelemaan tapahtumia systeemitasolla etsimättä syyllisiä.
- Terveydenhuollossa voidaan ottaa oppia muiden turvallisuuskriittisten toimialojen käytännöistä avoimen ja läpinäkyvän turvallisuuskulttuurin luomiseksi.

Maiju Welling, Arto Helovu, Hanna Tiirinki

Turvallisuusjohtaminen on nostettu yhdeksi uuden asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian strategian pääteemaksi. Suomella on kunnianhimoinen tavoite olla asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa vuoteen 2026 mennessä (1). Johtajien asiantuntemus ja aktiivisuus turvallisuustyössä on välttämätöntä strategian toteuttamisessa.

Terveydenhuollossa systemaattiset turvallisuusjohtamisjärjestelmät ovat vielä harvinaisia. Turvallisuusjohtamista on ohjeistettu mm. STM:n asetuksella laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011). Samana vuonna julkaistussa Potilasturvallisuusoppaassa määriteltiin, että potilasturvallisuussuunnitelma kuvaa potilasturvallisuusjärjestelmän, jonka tarkoituksena on tunnistaa ja kontrolloida turvallisuusriskejä. Siihen sisältyviä toimintatapoja tulee aktiivisesti johtaa kaikilla tasoilla (2). Tämä vastaa muiden turvallisuuskriittisten toimialojen turvallisuusjohtamisjärjestelmiä.

Mallimaan paikkaa tavoiteltaessa Suomessa tehdään yhä enemmän terveydenhuollon vaaratapahtumien tutkintoja. Organisaatioissa hyödynnetään mm. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta -oppaassa kuvattua prosessia juurisyiden tunnistamisessa (3).

Vaaratapahtumien tutkinnan merkitys on ymmärretty, mutta tulosten hyödyntäminen on puutteellista.

Vaaratapahtumien tutkinnan merkitys on ymmärretty, mutta tulosten hyödyntäminen turvallisuuden parantamisessa on puutteellista. WHO:n vuonna 2020 julkaiseman vaaratapahtumien raportointia käsittelevän oppaan mukaan nykyisissä raportointijärjestelmissä investoidaan liian vähän vaaratapahtumien analysointiin niiden raportointiin verrattuna (4).

TAULUKKO 1.

Keskeiset termit

Vaaratapahtuma	Potilaan tai asiakkaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa haittaa tai olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Synonyymejä mm. haittatapahtuma tai läheltä piti -tapahtuma.
Vakava vaaratapahtuma	Vaaratapahtuma, joka aiheutti tai olisi voinut aiheuttaa potilaalle tai asiakkaalle merkittävän, vakavan tai huomattavan pysyvän haitan taikka henkeen tai turvallisuuteen kohdistuvan vakavan haitan. Synonyyminä mm. vakava ei-toivottu tulostapahtuma.
Potilasturvallisuus	Terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus.
Turvallisuusjohtaminen	Turvallisuuden varmistamiseen tähtäävää kokonaisvaltaista toimintaa, johon sisältyy päämäärän määrittäminen ja koko työyhteisön sitouttaminen sitä kohti pyrkimiseen.
Turvallisuustutkinta	Vaaratapahtumien perinpohjaista tutkimista, jonka tarkoituksena on yleisen turvallisuuden lisääminen, onnettomuuksien ja vaaratilanteiden ehkäiseminen sekä vastaavien tapahtumien uusiutumisen ennalta ehkäiseminen.
Turvallisuusjohtamisjärjestelmä (safety management system, SMS)	Systemaattinen lähestymistapa turvallisuuden johtamiseen ja riskien tunnistamiseen. Kattaa tarpeelliset organisaatorakenteet, vastuut, toimintaperiaatteet ja menettelytavat (22).

Tässä katsauksessa selvitetään turvallisuustutkintojen periaatteiden lisäksi sitä, miten vaaratapahtumien tutkintoja voidaan hyödyntää turvallisuusjohtamisen työvälineenä. Vaikka katsauksemme keskittyy vakavien vaaratapahtumien tutkintaan, myös läheltä piti -tilanteiden ja seurauksiltaan vähäisimpien vaaratapahtumien tarkastelu on tärkeää. Keskeiset käsitteet on määritelty taulukossa 1.

Johdon rooli turvallisuudessa

Turvallisuus edellyttää johdon vahvaa ja näkyvää sitoutumista. Johdon allekirjoittama turvallisuuspolitiikka ohjaa sekä organisaation turvallisuuskäytäntöjen kehittämistä että suhtautumista turvallisuuspoikkeamiin.

Nykyiset turvallisuuspolitiikat alleviivaavat just culture -periaatetta. Se kuvaa oikeudenmukaista toimintakulttuuria, joka kannustaa turvallisuuspoikkeamien esiin nostamiseen ilman pelkoa mutta joka ei hyväksy tahallisia rikkomuksia tai vahingollisia toimia (5).

Turvallisuuskriittisillä aloilla turvallisuusjohtaminen kytkeytyy yleisesti turvallisuusjohtamisjärjestelmään (safety management system, SMS), joka kuvaa ja toteuttaa systemaattisesti organisaation tai toimialan turvallisuusjohtamistoimintoja (6). Turvallisuustutkintojen kautta tapahtuvan kehittämisen edellytyksenä on, että vaaratapahtumien tutkinnat ovat osa organisaation turvallisuusjohtamisjärjestelmää.

Vaikka terveydenhuollossa turvallisuusjohtamisjärjestelmän käsitettä on käytetty vasta niukasti, turvallisuusjohtamisella tiedetään olevan keskeinen merkitys turvallisuuskulttuuriin sekä potilasturvallisuusilmapiiriin (patient safety climate) (7). Smithin ja Plunkettin (2019) mukaan terveydenhuollon turvallisuusajattelu on edennyt mekaanisten syiden etsimisestä inhimillisten tekijöiden vaikutusten ymmärrykseen ja siitä edelleen nykyiseen kokonaisvaltaiseen turvallisuusjohtamisen aikakauteen, jossa korostuvat muun muassa vaaratapahtumien taustatekijöitä tarkastelevat näkökulmat (8).

Turvallisuustutkinat terveydenhuollossa

Terveydenhuollon vaaratapahtumien tutkinta on vakiintunut käytäntö kaikkialla maailmassa. Sitä on ohjattu kansallisten viranomaistahojen kautta, mutta myös kansainväliset organisaatiot ovat korostaneet sen tärkeyttä. The Joint Commission edellyttää akkreditoimiltaan organisaatioilta vakavien vaaratapahtumien (sentinel events) tutkintaa ja on julkaissut oppaan juurisyyanalyysistä (9).

Australiassa tutkintoja ohjataan erityisellä direktiivillä (The Root Cause Analysis Policy Directive), joka määrittelee, milloin ja miten tutkinta tulee suorittaa (10). Ruotsin potilasturvallisuuslainsäädännön mukaan kaikki terveydenhuollon vakavat vaaratapahtumat on tutkittava. Tutkintavelvoitteen taustalla on niin sanottu Lex Maria -säädos (11).

Suomessa ei ole toistaiseksi säädetty velvoitetta terveydenhuollon organisaation sisäisiin tutkintoihin, vaan tutkintapäätös perustuu organisaation omaan harkintaan. Useat maat ja nyt myös Suomi ovat perustaneet kansallisen riippumattoman toimijan, jonka tehtävänä on tutkia terveydenhuollon vakavia vaaratapahtumia.

Britanniassa toimii Healthcare Safety Investigation Branch (HSIB), Norjassa Norwegian Investigation Board (NHIB) ja Hollannissa Dutch Safety Board, jotka kohdistavat turvallisuustutkintaa terveydenhuollon vakaviin vaaratapahtumiin (12,13). Näiden toimijoiden tehtävänä on edistää terveydenhuollon yleistä turvallisuutta ja tuottaa turvallisuussuosituksia. Oikeudellisen vastuun kohdentaminen ei kuulu niiden tehtäviin.

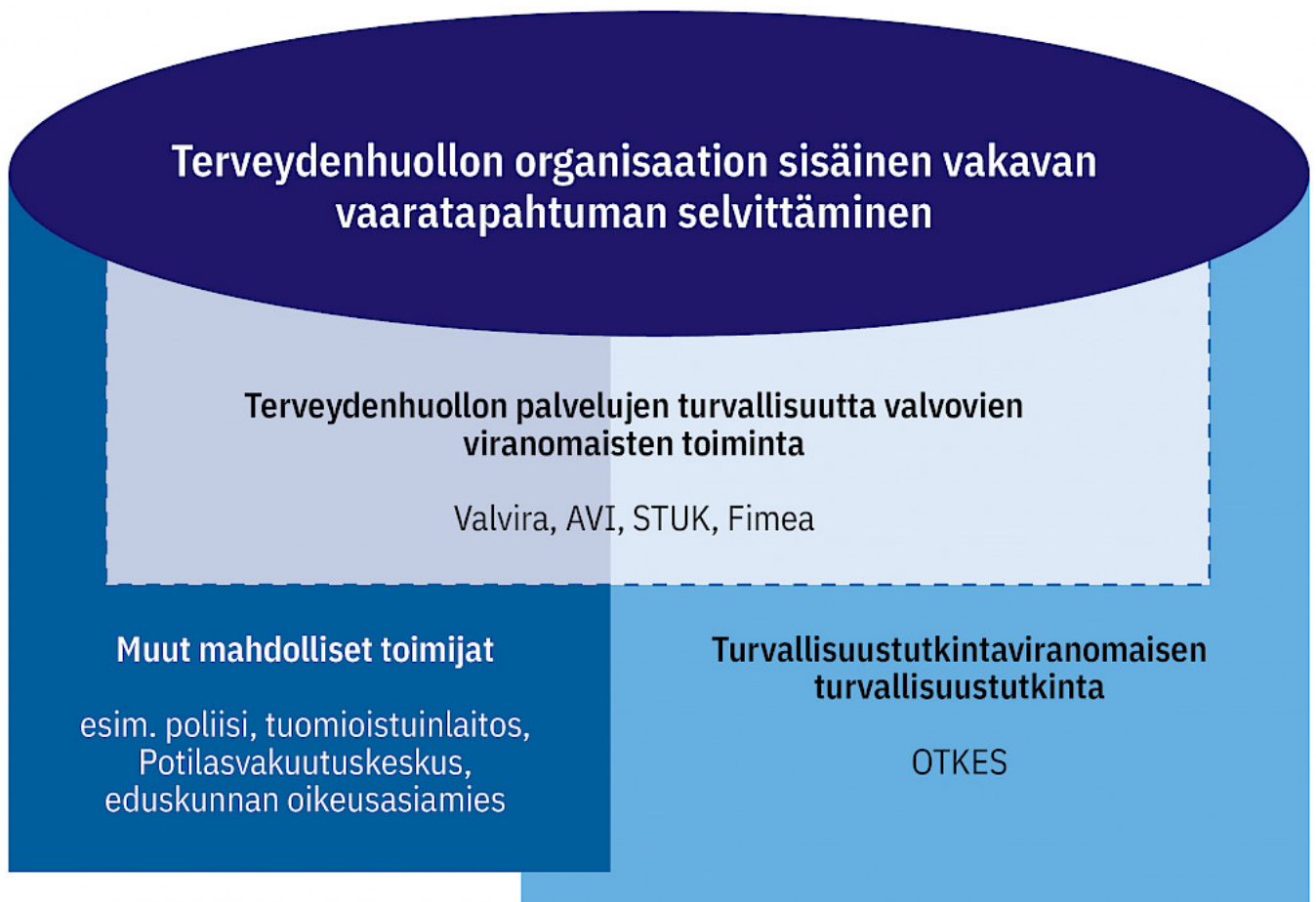
Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon seurauksiltaan erittäin vakavat tapahtumat voidaan tutkia Onnettomuustutkintakeskuksessa, jonka toiminta perustuu turvallisuustutkintalakiin (525/2011). Turvallisuustutkinnassa selvitetään tapahtumien kulku, vaaratapahtumaan johtaneet tekijät ja seuraukset sekä valvovien viranomaisten toiminta. Tutkinnassa tuotetaan turvallisuussuosituksia yleisen turvallisuuden lisäämiseksi ja uusien vaaratapahtumien ehkäisemiseksi sekä vahinkojen torjumiseksi.

Tähän mennessä Onnettomuustutkintakeskus on antanut kaikkiaan 1 100 turvallisuussuositusta, joista noin 30 on kohdistettu sosiaali- ja terveydenhuoltoon (14) (liitetaulukko 1). Turvallisuussuositusten toteutumista seurataan systemaattisesti kymmenen vuoden ajan.

Lopullinen vastuu turvallisuudesta on kuitenkin aina palveluja tuottavalla organisaatiolla. Viranomaisten tai muiden organisaation ulkopuolisten tahojen tekemä selvitys- ja tutkimustyö ei korvaa sisäistä tutkintaa. Se tulee vakavissa vaaratapahtumissa käynnistää välittömästi ja sen tulee johtaa tarpeelliseksi katsottuihin korjaaviin toimenpiteisiin viranomaisten tekemistä selvityksistä riippumatta. Juurisyihin päästään kiinni yleensä sitä paremmin, mitä nopeammin tapahtuman jälkeen tutkinta suoritetaan. Eri tahojen suorittamilla turvallisuustutkinnoilla on myös osin erilaiset lähtökohdat ja tavoitteet (kuvio 1).

KUVIO 1.

Vakavien vaaratapahtumien selvittämiseen ja tutkimiseen liittyvät toimijat



Turvallisuustutkinnan periaatteita

Vakavien vaaratapahtumien systemaattinen tutkintaprosessi on edellytys luotettavien päätelmien, turvallisuussuosituksen sekä luottamuksellisen turvallisuuskulttuurin rakentamiselle (15).

Turvallisuusjohtamisen näkökulmasta on keskeistä, että vakavien vaaratapahtumien tutkinnan menettelyistä on sovittu ja ne on määritelty (16).

Organisaation sisäisessä vakavan vaaratapahtuman tutkinnassa on tärkeä varmistaa, että tutkintaa tekevien ennako-oletukset eivät ohjaa päättelyä, tarkasteluprosessiin osallistuvat eivät koe käsittelyä uhkaavaksi tai liian henkilökohtaiseksi ja tutkintaan osallistuu eri ammatti- ja kokemustaustoja edustavia henkilöitä, jotka muodostavat kokonaiskuvan tapahtumasta (15,17).

Terveysthuollon johtajilla on harvoin mittavaa koulutusta tai kokemusta turvallisuudesta.

Vaaratapahtumien tutkinnassa voidaan hyödyntää turvallisuuskriittisille toimialoille kehitettyjä tutkintamenetelmiä. Onnettomuustutkintakeskus hyödyntää muun muassa AcciMap-analyysimenetelmää (17), ja sitä käytetään terveysthuollon vaaratapahtumien tutkinnassa myös muissa maissa (18,19,20). Kansainvälisesti terveysthuollon vakavien vaaratapahtumien tutkinnassa on sovellettu kuitenkin useita analyysimenetelmiä ja teorioita (taulukko 2).

TAULUKKO 2.

Terveysthuollon vakavien vaaratapahtumien tutkimuksessa sovellettuja analyysimenetelmiä ja teorioita

Analyysimenetelmä	Tavoite	Käytäntö
Australian Incident Monitoring System (AIMS)	Edistää potilasturvallisuuskulttuuria ja tietoisuutta terveydenhuollon järjestelmävirheistä.	Tarjoaa johdonmukaisen järjestelmän tapahtumatietojen koodaamiseen, trendeihin ja seurantaan. Tiimityö korostuu.
The critical incidence technique (CIT)	Hyödytään tilanteissa, joissa kliinisen henkilökunnan rooleja ja sen merkitystä pyritään selkiyttämään ongelmien ratkaisemiseksi. Tavoitteena on myös vuorovaikutuksen lisääminen. Mahdollista saada tietoa myös potilaan kokemuksista.	Kostuu viidestä pääosa-alueesta: – tapahtuman määrittely ja tarkastelu – tiedonhankinta, joka sisältää yksityiskohtien kokoamisen tapahtumassa osallisilta – ongelmien tunnistaminen – päätös ongelmien ratkaisemiseksi – arviointi.
Significant Event Auditing (SEA)	Yksittäisiä vaaratapahtumia analysoidaan systemaattisesti ja yksityiskohtaisesti sen selvittämiseksi, mitä voidaan oppia hoidon yleisestä laadusta, ja osoittaa siten muutoksia laadun ja turvallisuuden edistämiseksi.	Tunnistaa yksittäisiä hyödyllisiä tai haitallisia tapahtumia ja parantaa potilaan hoidon laatua saatujen kokemusten perusteella. Kannustaa avoimuuteen syyttelyn tai itsekritiikin sijaan. Edistää tiimityötä. Tunnistaa hyvän käytännön huonon käytännön lisäksi. Hyödyllinen jatkuvassa ammatillisessa kehityksessä.
Root Cause Analysis (RCA) (Perussyyanalyysi)	Laajasti käytetty tekniikka, joka tarjoaa työkalun selvittämään, miksi ongelma, läheltä piti -tilanne tai onnettomuus tapahtui.	Pyritään tunnistamaan ongelman alkulähde käyttäen tiettyjä etenemisvaiheita ja niihin liittyviä työkaluja. Pyritään määrittelemään, mitä tapahtui, miksi tapahtui ja miten tapahtuman todennäköisyyttä voitaisiin jatkossa pienentää.
The Organizational Accident Causation	Sveitsin juustona tai reikäjuustona tunnettu onnettomuuksien riskianalyysimalli.	Perusideana on se, että onnettomuudet tapahtuvat useiden organisaatiohierarkian eri tasoilla tapahtuneiden virheiden vuoksi, mikä tekee niistä väistämättömiä.
AcciMap (17)	Dynaamisen yhteiskunnan proaktiivinen riskienhallintamodiikka, joka soveltuu useille turvallisuuskriittisille aloille.	Tarjoaa muista menetelmistä erottuvia näkökulmia riskienhallintaan ja onnettomuustutkintaan. Sisältää tutkintakehikon, jossa selvitetään muun muassa eri toimijoiden toimintaa, päätöksentekoa, informaatioympäristöä, riskilähteitä ja johtamisstrategioita.

Suomessa terveydenhuollon toimijat ovat jossain määrin alkaneet hyödyntää muun muassa perussyyanalyysiä (Root Cause Analysis, RCA). Siinä on kuitenkin tiettyjä rajoituksia, ja siksi tutkimuksia on hyvä tarkastella ja ajattelua laajentaa muidenkin teoreettisten viitekehysten näkökulmasta (21).

Menetelmästä riippumatta on tärkeää, että sitä käytetään tarkoituksenmukaisesti turvallisuuspuutteiden tunnistamiseen ja organisaation turvallisuuden kehittämiseen.

Oppeja muilta turvallisuuskriittisiltä toimialoilta

Monilla muilla turvallisuuskriittisillä toimialoilla on pidempi historia systemaattisen turvallisuusjohtamisen ja vaaratapahtumien tutkimuksen kehittämisessä kuin terveydenhuollossa. Niiden esimerkeistä voidaan oppia, että turvallisuutta parannetaan parhaiten keskittymällä systeemitason syyllistämättömään turvallisuustutkintaan yksilön vastuun korostamisen sijaan (15).

Kansainvälinen siviili-ilmailujärjestö ICAO (22), Kansainvälinen atomienergiajärjestö IAEA (23) ja Kansainvälinen merenkulun kattojärjestö IMO (24) ovat kuvanneet turvallisuustutkimuksen periaatteet ja velvoitteet toimialojaan ohjaavissa vaatimuksissaan. Kansainväliset standardit toimivat alueellisten ja kansallisten viranomaisten säätämien lakien pohjana.

Viranomaiset varmistavat turvallisuustutkimuksen organisoinnin vaatimustenmukaisuuden myöntäessään toimilupia ja valvoessaan toimijoita. Merkittävistä turvallisuuspoikkeamista on myös lakiin perustuva velvoite raportoida organisaatiossa määritellyn menettelytavan mukaan ja informoida valvovaa viranomaista.

Just culture -periaatteen mukaisesti ICAO ohjeistaa välttämään kaikkia syyllisyyteen viittaavia ilmaisuja. Tutkijoilta edellytetään laaja-alaista osaamista ja ammatillista herkkyyttä. Myös terveydenhuollossa poikkeamien tutkinnan laatuun ja tutkijoiden kompetenssiin tulee kiinnittää huomiota.

Turvallisuuden kehittämisen edellytyksenä on avoin tiedon jakaminen. Terveydenhuollossa tutkintojen opit ja korjaavat toimenpiteet jäävät usein yksikön tai organisaation tasolle. Muilla turvallisuuskriittisillä toimialoilla turvallisuustietoa jaetaan aktiivisesti sekä organisaation sisällä että ulkopuolisten toimijoiden, kuten laitevalmistajien tai muiden käyttäjäorganisaatioiden välillä. Lisäksi viranomaiset koordinoivat kansainvälistä tiedon jakamista.

Turvallisuustutkinnoista nousevien havaintojen esilläpitäminen nähdään tärkeäksi myös osana arjen johtamista. Esimerkiksi turvallisuustiedotteet ja turvallisuusvartit tarjoavat mahdollisuuksia tutkinnoissa opittujen asioiden levittämiseen ja turvallisuuskulttuurin parantamiseen.

Johdon sitoutuminen turvallisuuteen näkyy työntekijöille sekä sanallisessa viestinnässä että organisaation strategian mukaisessa toiminnassa. Myös terveydenhuollossa turvallisuudesta pitäisi puhua myönteisemmin, avoimemmin ja läpinäkyvämmiin osana jokapäiväistä toimintaa (25,26).

Lopuksi

Terveydenhuollon johtajilla on harvoin mittavaa koulutusta tai kokemusta turvallisuudesta tai vaaratapahtumien tutkinnasta. Johdon osallistuminen turvallisuuden varmistamiseen ja turvallisuustutkintojen hyödyntämiseen riippuukin pitkälti johtajien henkilökohtaisesta kiinnostuksesta ja osaamisesta sekä organisaation turvallisuuskulttuurista. Uudessa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa tuodaan selvästi esiin, että johdon osallisuus turvallisuustyössä on välttämätöntä (1).

Muiden turvallisuuskriittisten toimialojen tapaan terveydenhuoltoon tulisi jalkauttaa systemaattiset turvallisuusjohtamisjärjestelmät, jotka selkeyttävät turvallisuuteen liittyvät vastuut ja velvollisuudet. Niissä tulisi määritellä johtajilta edellytettävä kompetenssi ja perehtyneisyys turvallisuusasioissa.

Turvallisuusjohtamisjärjestelmien myötä vaaratapahtumien tutkintojen systemaattinen hyödyntäminen oppimisen ja kehittämisen välineenä rakentuisi luonnollisesti osaksi organisaation johtamisjärjestelmää.

Vakavien vaaratapahtumien tutkinta ja siitä saatavat turvallisuussuositukset ovat osa yksiköiden omavalvontaan perustuvaa riskienhallintaa sekä vaaratapahtumien tunnistamista, ehkäisemistä ja korjaamista. Yhdessä tutkintojen tulosten avoimen jakamisen kanssa ne edistävät osaltaan Suomen tavoitetta olla asiakas- ja potilasturvallisuuden mallimaa vuoteen 2026 mennessä.

Vaaratapahtumien tutkinnan velvoittavuutta tulee tarkastella tulevilla lainsäädäntöuudistuksissa ja saattaa systemaattinen vaaratapahtumien tutkinta osaksi terveydenhuollon turvallisuusjohtamista.

[Liitetaulukko 1. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuneet turvallisuustutkintaviranomaisen turvallisuussuositukset](#)

Kirjoittajat

Maiju Welling
LT, KTM, potilasturvallisuuslääkäri
Potilasvakuutuskeskus
laatuylilääkäri
Mehiläinen Oy

Arto Helovuori
M.Sc. System safety, laatu- ja turvallisuuspäällikkö
Finnair Oy

Hanna Tiirinki
TtT, dosentti, työelämäprofessori
Turun yliopisto, sosiaalitieteiden laitos
johtava tutkija
Onnettomuustutkintakeskus

Sidonnaisuudet

Maiju Welling: Potilasvakuutuskeskuksen potilasturvallisuuslääkäri ja asiantuntijalääkäri. Mehiläinen Oy:n laatuylilääkäri.

Arto Helovuo: Hallituksen jäsenyys: Qreform Oy

Hanna Tiirinki: Asiakasturvallisuuden osa-aikainen työelämäprofessori Turun yliopistossa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintahaaran johtava tutkija Onnettomuustutkintakeskuksessa.

Kirjallisuutta

- 1 Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2/2022.
- 2 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Kansallisen potilasturvallisuusstrategian asiantuntijaryhmä. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 15/2011.
- 3 Haavisto E, Helovuo A, Kinnunen M, Peltomaa K. Vakavien vaaratapahtumien tutkinta. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry, 2012.
- 4 WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization 2020.
- 5 Reason J. Managing the Risks of Organizational Accidents, 1. painos. Lontoo: Ashgate Publishing 1997.
- 6 Li Y, Guldenmund FB. Safety management systems: A broad overview of the literature. Saf Sci 2018;103:94–123. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.11.016>
- 7 Wagner A, Rieger MA, Manser T ym. Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2019;19:53. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3862-7>
- 8 Smith AF, Plunkett E. People, systems and safety: resilience and excellence in healthcare practice. Anaesthesia 2019;74:508–17. doi: 10.1111/anae.14519
- 9 The Joint Commission. Root Cause Analysis in Health Care: A Joint Commission Guide to Analysis and Corrective Action of Sentinel and Adverse Events, 7. painos. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources 2020.
- 10 Government of South Australia. Conducting a root cause analysis (RCA). 2013. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/df89ae00439f44428885c8ed1a914d95/ConductingRCA?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-df89ae00439f44428885c8ed1a914d95-nwKSh5A>
- 11 Odegård S. Den svenska lex Maria-då och nu. Skador i vården i ett historiskt perspektiv. Nord Med 1996;111(10):352–5.
- 12 Wiig S, Macrae C. Introducing national healthcare safety investigation bodies. Br J Surg 2018;105:1710–12. <https://doi.org/10.1002/bjs.11033>
- 13 Tajik AA. A strategic framework for selecting adverse events in healthcare for investigation to improve patient safety. Center for Open Science 2021;92c85. doi: 10.31219/osf.io/92c85

- 14 Onnettomuustutkintakeskus. Turvallisuussuosituksset ja suositusten seuranta (siteerattu 2.6.2022). <https://www.turvallisuustutkinta.fi/fi/index/turvallisuussuosituksset.html>
 - 15 Weaver S, Stewart K, Kay L. Systems-based investigation of patient safety incidents. *Future Healthc J* 2021;8(3):e593–7.
 - 16 Heininen V-M, Pommelin P. Potilasturvallisuustaito. Helsinki: Books on Demand 2019.
 - 17 Rasmussen J, Svedung I. Proactive risk management in a dynamic society. Swedish Rescue Services Agency 2000. <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/16252.pdf>
 - 18 Igene OO, Johnson CW. Comparing HFACS and AcciMaps in a Health informatics case study the analysis of a medication dosing error. Kirjassa: Haugen ym, toim. Safety and Reliability – Safe Societies in a Changing World. Lontoo: Taylor & Francis Group 2018:3–10.
 - 19 Isherwood P, Waterson PE. To err is system; a comparison of methodologies for the investigation of adverse outcomes in healthcare. *J Patient Saf Risk Manage* 2021;26:64–73.
 - 20 Waterson, P. Promoting systemic incident analysis in healthcare—key challenges and ways forwards. *Int J Qual Health Care* 2021;33:4. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab139>
 - 21 Wiig S, Braithwaite J, Clay-Williams R. It's time to step it up. Why safety investigations in healthcare should look more to safety science. *Int J Qual Health Care* 2020;32(4):281–4.
 - 22 International Civil Aviation Organization. Safety Management Manual, 4. painos. 2018 (Doc 9859-AN/474). <https://skybrary.aero/sites/default/files/bookshelf/5863.pdf>
 - 23 International Atomic Energy Agency. IAEA Safety Standards. The Management System for Nuclear Installations for protecting people and the environment. IAEA Library Cataloguing in Publication Data 2009. https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub1392_web.pdf
 - 24 International Maritime Organization. Revised guidelines for the operational implementation of the International Safety Management (ISM) Code by companies. 2013. <https://www.classnk.or.jp/hp/pdf/activities/statutory/ism/imo/MSC-MEPC.7-Circ.8.pdf>
 - 25 Valtioneuvoston kanslia. Potilas- ja asiakasturvallisuuden tilannekuva ja seurantamenettelyt - Ehdotus seurannan mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2021:68. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163632/VNTEAS_2021_68.pdf
 - 26 Martin G, Chew S, McCarthy I, Dawson J, Dixon-Woods M. Encouraging openness in health care: Policy and practice implications of a mixed-methods study in the English National Health Service. *J Health Serv Res Policy* 2022;13558196221109053. doi: 10.1177/13558196221109053
-

English summary

Safety investigations as a tool for safety management in healthcare

According to the new Client and Patient Safety Strategy, Finland has an ambitious goal to be a model country for client and patient safety in 2026. One of the priorities in the strategy is to improve safety management. We propose that managers in healthcare can use safety investigations as a safety management tool.

Safety investigations in healthcare have become more and more common. Next the focus should be directed to learning from the investigations. Safety investigations concentrate on the systemic perspective and follow the principles of just culture. The use of standardized investigation methods (Accimap or Root Cause Analysis, for example) is of importance.

Safety management systems (SMS) describe organizational structures, accountabilities, responsibilities, policies and procedures that aim to identify and control safety hazards. SMS are standard practice in other safety critical industries but still quite rare in healthcare. Implementation of SMS in healthcare organizations would facilitate utilization of the knowledge gained by safety investigations. Healthcare has much to learn from the safety management practices of other safety critical industries.

Maiju Welling, Arto Helavuo, Hanna Tiirinki

Maiju Welling

Dr. Med., M. Sc. Economics, Patient Safety Physician

The Patient Insurance Centre

Copyright Lääkärilehti