

POHJOISMAINEN
**POTILASTURVALLISUUDEN
TIETOJEN JA TAITOJEN
VIITEKEHYS**

Turvallisen terveydenhuollon osaamisalueet



Tämä on Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen tekemä suomenkielinen käännös Pohjoismaiden ministerineuvoston marraskuussa 2024 julkaisemasta raportista

A NORDIC FRAMEWORK FOR PATIENT SAFETY KNOWLEDGE AND SKILLS, Competence areas for safe healthcare.

Nord 2024:044

ISBN 978-92-893-8105-5 (PDF)

<http://dx.doi.org/10.6027/nord2024-044>

Alkuperäisen raportin ovat valmistelleet Styrelsen for patientsikkerhed (Tanska), sosiaali- ja terveysministeriö (Suomi), Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus (Suomi), Embætti landlæknis (Islanti), HelseDirektoratet (Norja) ja Socialstyrelsen (Ruotsi).

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus vastaa käännöksen mahdollisista epätarkkuuksista.

Tämä raportti tarjoaa yleiskatsauksen potilasturvallisuuden oppimisesta, tiedoista ja taidoista pohjoismaisten yhteiskuntien ja terveydenhuoltojärjestelmien näkökulmasta. Se sisältää lyhyen kirjallisuuskatsauksen, potilasturvallisuuskoulutuksen parhaita käytäntöjä sekä katsauksen potilasturvallisuuskoulutukseen Pohjoismaissa. Lisäksi raportissa esitellään potilasturvallisuuden 15 osaamisaluetta ja niiden keskeiset osatekijät. Viitekehystä voidaan käyttää innoituksen lähteenä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja jatkokoulutuksessa.

Vastuuvapauslauseke

Pohjoismaiden ministerineuvosto on rahoittanut alkuperäisen julkaisun. Julkaisun sisältö ei kuitenkaan välttämättä edusta Pohjoismaiden ministerineuvoston näkemyksiä, mielipiteitä, asenteita tai suosituksia.

Pohjoismainen yhteistyö

Pohjoismainen yhteistyö on yksi maailman laajimmista alueellisen yhteistyön muodoista. Siihen kuuluvat, Suomi, Ruotsi, Tanska, Norja ja Islanti sekä Färsaaret, Grönlanti ja Ahvenanmaa.

Pohjoismaisella yhteistyöllä on vahvat perinteet politiikassa, taloudessa ja kulttuurissa, ja sillä on merkittävä rooli eurooppalaisilla ja kansainvälisillä foorumeilla. Pohjoismainen yhteisö pyrkii luomaan vahvan Pohjolan vahvaan Eurooppaan.

Pohjoismainen yhteistyö edistää alueellisia etuja ja arvoja globaalissa maailmassa. Pohjoismaita yhdistävät arvot auttavat tekemään Pohjolasta yhden maailman innovatiivisimmista ja kilpailu-kykyisimmistä alueista.

Pohjoismaiden ministerineuvosto

Nordens Hus

Ved Stranden 18

DK-1061 Kööpenhamina, TANSKA

pub@norden.org

Tutustu pohjoismaisiin julkaisuihin osoitteessa www.norden.org/publications

Sisältö

OSA 1

Pohjoismaisen potilasturvallisuuden tietojen ja taitojen viitekehysten kehittäminen	5
1. Johdanto	6
1.1. Tietoa raportista	6
1.2. Tietoa hankkeesta	7
1.3. Metodologia	11
1.4. Kiitokset	11
2. Potilasturvallisuuskoulutus	14
2.1. Lyhyt katsaus potilasturvallisuutta käsittelevään kirjallisuuteen	14
2.2. Potilasturvallisuuskoulutuksen parhaat käytännöt	21
2.3. Potilasturvallisuuskoulutuksen ohjeistuksen tarkastelu vertailumaissa	25
3. Pohjoismaiden potilasturvallisuuskoulutusjärjestelmät	27
3.1. Tanska	28
3.2. Suomi	31
3.3. Islanti	36
3.4. Norja	39
3.5. Ruotsi	43
3.6. Potilasturvallisuuden kansallisten oppimistavoitteiden vertailu Pohjoismaissa	46
4. Hankkeen pohjoismaisten viranomaisten yhteiset linjaukset potilasturvallisuuden pohjoismaisesta viitekehystä	49
4.1. Viitekehys muodostaa hankkeen pohjoismaisten viranomaisten yhteisen linjauksen potilasturvallisuuden osaamisesta ja taidoista	49
4.2. Viitekehys perustuu WHO:n potilasturvallisuuden määritelmään	49
4.3. Hankkeen pohjoismaiset viranomaiset jakavat yhteisen vision potilasturvallisuusosaamisen kehittämisestä	50
4.4. Eri kohderyhmät tarvitsevat erilaisia potilasturvallisuuteen liittyviä tietoja ja taitoja	50
4.5. Potilasturvallisuus edellyttää erilaisia taitoja eri oppimisympäristöissä ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä	50
4.6. Potilasturvallisuuden ja muiden osaamisalueiden välillä on keskinäinen riippuvuus	51
4.7. Viitekehys voi toimia maakohtaisten toimeenpanosuunnitelmien ja toimien perustana potilasturvallisuusosaamisen vahvistamiseksi	51
4.8. Viitekehys voi myös toimia pohjoismaisen yhteistyön ja jatkotoimien perustana potilasturvallisuusosaamisen vahvistamiseksi	51
5. Yhteenveto ja seuraavat vaiheet	53
Viittaukset	55

OSA 2

Potilasturvallisuuden osaamisalueet		59
Osaamisalue 1.	Määritelmät, käsitteet ja näkökulmat muihin laadun ja turvallisuuden osa-alueisiin	61
Osaamisalue 2.	Vastuut, velvollisuudet ja roolit asiakas- ja potilasturvallisuudessa	62
Osaamisalue 3.	Systemiajattelu ja teoreettiset viitekehykset	63
Osaamisalue 4.	Asiakkaan/potilaan ja läheisten osallisuus	64
Osaamisalue 5.	Inhimilliset tekijät	65
Osaamisalue 6.	Tiimityö ja kommunikaatio	66
Osaamisalue 7.	Organisaatiokulttuuri ja asiakas- ja potilasturvallisuus	67
Osaamisalue 8.	Riskien tunnistaminen ja ennakointi	68
Osaamisalue 9.	Vaaratapahtumista ilmoittaminen ja oppiminen	69
Osaamisalue 10.	Asiakas- ja potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi	70
Osaamisalue 11.	Turvalliset prosessit ja menetelmät	71
Osaamisalue 12.	Teknologia ja asiakas- ja potilasturvallisuus	72
Osaamisalue 13.	Turvallisuuden johtaminen ja hallinnolliset menettelyt	73
Osaamisalue 14.	Valmius ja varautuminen	74
Osaamisalue 15.	Riskialueet, vältettävä haitta ja erityistilanteet	75
Liite A.	Kysymys- ja hakusanaluettelo vertailumaiden potilasturvallisuuskoulutusohjeiden läpikäyntiin	76

Osa 1

**Pohjoismaisen
potilasturvallisuuden
tietojen ja taitojen
viitekehyksen
kehittäminen**

1. Johdanto

1.1. Tietoa raportista

Tässä raportissa tiivistetään yhteispohjoismaisessa potilasturvallisuushankkeessa saavutetut tulokset. Hankkeen tavoitteena oli kehittää **pohjoismainen potilasturvallisuuden tietojen ja taitojen viitekehys**. Raportti koostuu kahdesta osasta (1 ja 2), joita voidaan käyttää ja jakaa myös erikseen.

- OSA 1 Pohjoismaisen potilasturvallisuuden tietojen ja taitojen viitekehysten kehittäminen: Osa 1 sisältää hankkeen taustan, lyhyen katsauksen potilasturvallisuutta käsittelevään kirjallisuuteen, yhteenvedon potilasturvallisuuskoulutuksen parhaista käytännöistä sekä katsauksen Pohjoismaiden ja vertailumaiden potilasturvallisuuskoulutukseen. Lisäksi se sisältää osallistujamaiden viranomaisten kahdeksan yhteistä linjausta pohjoismaisesta viitekehyksestä.
- OSA 2 Potilasturvallisuuden osaamisalueet: Osa 2 sisältää 15 potilasturvallisuuden osaamisaluetta ("viitekehys"). Kullekin osaamisalueelle on esitetty keskeiset osatekijät ja kuvaukset.

Raporttia voidaan käyttää työkaluna sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja jatkokoulutuksen sisällön suunnitteluun ja arviointiin kaikissa Pohjoismaissa. Se kannustaa jakamaan kokemuksia, hyviä käytäntöjä ja menetelmiä Pohjoismaiden ministerineuvoston tavoitteiden mukaisesti.

Raportin laati nelihenkinen hankeryhmä, johon kuului potilasturvallisuusasiantuntijoita Suomesta, Norjasta ja Ruotsista. Lopullisen raportin hyväksyi ohjausryhmä, jossa oli potilasturvallisuusviranomaisia kaikista Pohjoismaista.

1.2. Tietoa hankkeesta

Tausta

Maailman terveysjärjestön (WHO) maailmanlaajuisessa potilasturvallisuuden tavoiteohjelmassa vuosille 2021–2030 (Global Patient Safety Action Plan 2021–2030) kannustetaan kaikkia maita sisällyttämään potilasturvallisuus kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten koulutusten opetussuunnitelmiin. WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelmassa (Patient Safety Curriculum, 2011) määritellään 11 keskeistä aihealuetta, jotka tulisi sisällyttää opetukseen. Opetussuunnitelma perustuu alun perin Australian potilasturvallisuuskoulutuksen viitekehukseen (Australian Patient Safety Education Framework, Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005).

WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelmassa esitellään potilasturvallisuuden käsite (1). Lisäksi siinä korostetaan inhimillisten tekijöiden (2) merkitystä, eli työntekijöiden välistä vuorovaikutusta terveydenhuoltojärjestelmässä sekä sitä, miten sisäiset tekijät (osaaminen, taidot ja määritelmä) ja ulkoiset tekijät (esim. stressi, tehottomat viestintäkäytännöt ja työpaineet) voivat olla yhteydessä haittatapahtumiin. Järjestelmien ja niiden monimutkaisuuksien ymmärtäminen (3) on myös olennaista. Terveydenhuoltojärjestelmän järjestelmätason virheet ja potilaiden kokemaa haittaa voivat johtua useilta eri tasoilta tulevista tekijöistä (potilas, tehtävä, yksilö, tiimi, työkalut, johto ja organisaatio). Tehokas tiimityö (4) edellyttää viestintää ja yhteistyötä potilaiden, heidän omaistensa ja eri ammattiryhmien välillä hoidon korkean laadun varmistamiseksi. Virheistä oppiminen (5) vaatii kykyä nähdä järjestelmät kokonaisuuksina, tunnistaa niiden sisäiset puutteet ja viestiä tapahtumista kollegoille. Kliinisten riskitekijöiden hallinta (6) edellyttää niiden ymmärtämistä. Laadunhallintatyökalujen käyttö (7) mahdollistaa oppimisen ja korjaavat toimenpiteet haittatapahtumien jälkeen. Potilaiden ja heidän omaistensa osallistaminen (8) on keskeistä turvallisuuden parantamiseksi. Tämä sisältää eettisen ja asianmukaisen toiminnan sekä avoimuuden haittatapahtumien yhteydessä. Infektioiden ehkäisyllä ja hallinnalla (9) tunnistetaan mahdolliset vaaratekijät ja terveydenhuoltoon liittyvät infektiot sekä hyödynnetään tavanomaisia varotoimia niiden ehkäisemiseksi. Invasiiviset toimenpiteet (10) ovat potilasturvallisuuden kannalta erityisen riskialttiita, ja vaaratapahtumia voidaan vähentää tarkistuslistojen sekä standardoitujen toimintatapojen avulla. Lääketurvallisuus (11) käsittelee lääkkeiden käytön eri vaiheisiin liittyviä riskejä, erityisesti eri ikäryhmien, korkean riskin lääkkeiden ja hoidon siirtymävaiheiden osalta. (Ks. myös Wu & Busch, 2019.)

WHO (2021, V) määrittelee potilasturvallisuuden seuraavasti: ”potilasturvallisuus on järjestelmällinen toimintakehys, joka luo terveydenhuoltoon kulttuureja, prosesseja, menettelytapoja, käyttäytymismalleja, teknologioita ja ympäristöjä, jotka johdonmukaisesti ja pitkäkestoisesti vähentävät riskejä, ehkäisevät vältettävissä olevaa haittaa, tekevät virheistä epätodennäköisempiä ja pienentävät haittojen vaikutusta, jos niitä tapahtuu”. Päätöksentekijät, poliitikot ja terveydenhuollon johtajat ovat laajasti tunnistanee strategisen ja koordinoitun lähestymistavan hyödyt potilasturvallisuutta heikentävien yleisten syiden tunnistamisessa ja niiden ehkäisemisessä. Potilasturvallisuus nähdään kaikkien yhteisenä asiana, joka edellyttää aktiivista osallistumista potilailta ja heidän omaisiltaan, hallituksilta sekä kansalais- ja ammattijärjestöiltä (WHO, 2021).

WHO:n (2021) maailmanlaajuinen potilasturvallisuuden tavoiteohjelma sisältää seitsemän strategista tavoitetta (Strategic Objectives, SO). Kaksi näistä liittyy suoraan potilasturvallisuuden tietojen ja taitojen merkitykseen. Ensimmäinen on ”inspiroida, kouluttaa, suojella ja varustaa kaikki terveydenhuollon työntekijät siten, että he voivat osallistua turvallisten hoitojärjestelmien suunnitteluun ja toteuttamiseen” (SO5). Toinen on ”varmistaa jatkuva tiedon ja osaamisen virta riskien vähentämiseksi, vältettävissä olevan haitan minimoimiseksi ja hoidon turvallisuuden parantamiseksi” (SO6). Lisäksi tavoiteohjelman toimeenpanoon liittyy kaksi keskeistä periaatetta, jotka ovat olennaisia myös tämän hankkeen kannalta: ”tieteellisen asiantuntemuksen ja potilaskokemuksen käyttö turvallisuuden parantamiseksi” sekä ”turvallisuuskulttuurin juurruttaminen terveydenhuollon suunnitteluun ja toteutukseen”. Nämä strategiset tavoitteet ja periaatteet korostavat potilasturvallisuuteen liittyvän koulutuksen, osaamisen, taitojen, työntekijöiden asiantuntijuuden ja turvallisuuskulttuurin merkitystä.

Maailman lääketieteen koulutusliiton (World Federation for Medical Education) puheenjohtaja Stefan Lindgren on todennut, että ”potilasturvallisuus on keskeinen asenne, joka on juurrutettava jo varhaisessa vaiheessa ja jota tulee vahvistaa läpi jatko- ja täydennyskoulutuksen”. Siitä huolimatta lääketieteen, hoitotyön, farmasian, hammaslääketieteen ja muiden terveysalojen koulutusohjelmat tarjoavat edelleen vain rajallisesti potilasturvallisuuteen liittyvää opetusta. (Wu & Busch, 2019, n.a.) Wun ja Buschin (2019) mukaan on kuitenkin yhä enemmän näyttöä siitä, että koulutus voi parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Potilasturvallisuustieteen soveltaminen käytännön työhön on kuitenkin hyvin monivaiheinen prosessi; siksi tarvitaan merkittäviä koulutusuudistuksia, jotta potilasturvallisuus voidaan sisällyttää ammatillisten oppilaitosten ja muiden koulutusohjelmien opetussuunnitelmiin.

Nykyinen työelämä edellyttää jatkuvaa oppimista ja ammatillisen osaamisen kehittämistä muuttuvien työympäristöjen tarpeisiin. Tämä pätee varsinkin turvallisuuskriittisten alojen kuten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisiin, jotka tekevät päivittäin potilasturvallisuuden kannalta merkittäviä päätöksiä. Yhä useammin tunnustetaan, että ammatillaiset oppivat monipuolisista toiminnoista, jotka muokkaavat heidän käytännön toimintaansa. Tästä syystä oppimisen tulee olla aktiivista ja sosiaalista sekä sijoittua osaksi ammatillisia vastuita, konteksteja ja työyhteisöjä. (Holdsworth ym., 2022.)

Fernandezin ym. (2012) mukaan on yleisesti hyväksyttyä, että pätevyys muodostuu osaamisesta, taidoista ja muista tekijöistä. Näiden ”muiden tekijöiden” hyödyntämisestä on kuitenkin erilaisia näkemyksiä. Yhden näkemyksen mukaan pätevyys tarkoittaa tilanteen mukaan tarvittavien tekijöiden valitsemista. Toisen näkemyksen mukaan pätevyys korostaa synergiaa, joka syntyy, kun tietyissä tilanteissa käytetään eri tekijöiden yhdistelmää.

Neljää perusedellytystä pidetään välttämättöminä turvallisuuden saavuttamiseksi yhteisössä. Turvallisuuden edistäminen on prosessi, joka johtaa näiden perusedellytysten kehittämiseen ja ylläpitämiseen. Turvallisuus on myös monimutkainen prosessi, jossa ihmiset ovat vuorovaikutuksessa fyysisen, sosiaalisen, kulttuurisen, teknologisen, poliittisen, taloudellisen ja organisatorisen ympäristönsä kanssa. Parhaan mahdollisen turvallisuustason saavuttaminen vaatii, että yksilöt, yhteisöt, hallitukset ja muut toimijat luovat ja ylläpitävät seuraavia edellytyksiä: sosiaalisen yhteenkuuluvuuden, rauhan ja ryhmien välisen tasa-arvon ilmapiiriä, joka suojaa ihmisoikeuksia ja -vapauksia; yksilöiden arvojen sekä heidän fyysisen, aineellisen ja psyykkisen koskemattomuutensa kunnioittamista; tapaturmien aiheuttamien vammojen ja muiden haitallisten seurausten ehkäisyä ja hallintaa; sekä tehokkaiden toimenpiteiden toteuttamista, joilla varmistetaan kolmen edellisen edellytyksen toteutuminen. (Maurice ym., 2001.)

Aiemmista virheistä ja vaaratilanteista oppiminen on turvallisuuskontekstissa muodostanut keskeisen osan yksilön ammatillisesta oppimisesta, mutta parantamisen varaa on edelleen merkittävästi, etenkin kun tarkastellaan virheistä oppimista ja muuta turvallisuustuloksiin liittyvää oppimista. On ratkaisevaa saavuttaa riittävä osaaminen, jotta monimutkaisissa tilanteissa voidaan tehdä perusteltuja päätöksiä. Lisäksi turvalliset lopputulokset riippuvat ammatillisesta harkintakyvystä näissä monimutkaisissa ja epävarmoissa olosuhteissa. (Holdsworth ym., 2022.)

Tiedot ja taidot

Pohjoismaat eroavat WHO:n keskimääräisistä jäsenmaista, minkä takia potilasturvallisuuden oppimistavoitteita tulisi arvioida pohjoismaisten yhteiskuntien ja terveydenhuoltojärjestelmien näkökulmasta.

Lisäksi potilasturvallisuuteen liittyvät käsitykset ovat kehittyneet sen jälkeen, kun WHO:n opetussuunnitelma julkaistiin yli kymmenen vuotta sitten. Pohjoismaissa väestön ikääntyminen, kehittynyt teknologiataso, erilaisten lääkinnällisten laitteiden lisääntynyt käyttö ja palvelujen digitalisaatio ovat tuoneet mukanaan turvallisuushaasteita, joita ei käsitelty alkuperäisessä maailmanlaajuisessa potilasturvallisuuden opetussuunnitelmassa.

Yhä useampi terveydenhuollon työntekijä tulee ulkomailta, mikä lisää työntekijöiden perustaitojen, tietojen ja asenteiden moninaisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perus- ja jatkokoulutuksen on kyettävä vastaamaan turvallisuuskulttuurin ja käyttäytymisen vaihteluun liittyviin haasteisiin. Potilasturvallisuuteen liittyvät taidot tulisi sisällyttää kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien osaamiseen.

Digitaalisia palveluja ja etäpalveluja edistetään kaikkialla Pohjoismaissa. Niiden käyttö asettaa kuitenkin uusia vaatimuksia turvallisuudelle, kuten tietotekniikan ja viestintäteknologioiden tehokkaan käytön edellyttämät taidot ja tiedot. Digitalisaatio ja sähköinen terveydenhuolto kytkeytyvät myös kyberturvallisuuteen ja tietoturvaan. Kehittynyt lääketieteellinen teknologia ja lääkinnällisten laitteiden kasvava monimutkaisuus aiheuttavat käyttäjästä johtuvia turvallisuushaasteita. Näihin uusiin vaatimuksiin on pystyttävä vastaamaan.

Ikääntyneiden ja muiden haavoittuvien henkilöiden lisääntynyt sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tarve kasvattaa järjestelmän monimutkaisuutta, mikä on tunnettu potilasturvallisuuden riskitekijä.

Kaikki nämä näkökulmat vaativat huomion kiinnittämistä potilasturvallisuuskoulutuksen sisältöihin sekä siihen, miten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista kehitetään riittävälle ja yhdenvertaiselle tasolle kaikissa Pohjoismaissa. Tämän hankkeen päätavoitteena on varmistaa parempi potilasturvallisuuden taso niille, jotka tulevana vuosina tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja.

1.3. Metodologia

Hanke toteutettiin neljässä vaiheessa:

- Vaihe I: Kansainvälisten parhaiden käytäntöjen kuvaus.
- Vaihe II: Potilasturvallisuuden koulutusjärjestelmien vertailu Pohjoismaissa.
- Vaihe III: Yhteisen pohjoismaisen potilasturvallisuuden tietojen ja taitojen viitekehysten kehittäminen.
- Vaihe IV: Arviointi.

Hankkeen organisointi:

- Suomen sosiaali- ja terveysministeriö toimi hankkeen hallinnollisena vastuullisena tahona.
- Neljän potilasturvallisuusasiantuntijan hankeryhmä Suomesta, Ruotsista ja Norjasta keräsi tietoa, analysoi aineistoa ja laati raporttiluonnoksen.
- Kaikkien Pohjoismaiden (Suomi, Ruotsi, Norja, Tanska ja Islanti) potilasturvallisuusviranomaisista koostuva ohjausryhmä osallistui hankkeen toimiin, tuotoksiin ja tuloksiin liittyvään päätöksentekoon.
- Viite- ja yhteistyöryhmä, johon kuului edustajia Suomesta, Ruotsista, Norjasta, Tanskasta ja Islannista sekä Färsearilta, Ahvenanmaalta, Virosta ja Liettuasta, antoi neuvoja ja hyväksyi lopputuotteen.

1.4. Kiitokset

Hankeeseen osallistuneet organisaatiot haluavat kiittää kaikkia, jotka olivat mukana luomassa pohjoismaista viitekehystä:

Hankeryhmä

- Elisa Hupa, Suomi
- Ingunn Aase, Norja
- Jonas Lundberg, Ruotsi
- Saara Ketola, Suomi

Ohjausryhmä

- Christian Danielsson, Ruotsi
- Kari Annette Os, Norja
- Nina Jagd Andersen, Tanska
- Ólöf Elsa Björnsdóttir, Islanti
- Päivi Nygren, Suomi
- Sami Heistaro, Suomi
- Tuija Ikonen, Suomi

Viiteryhmä

- Birgitte Drewes, Tanska
- Dinah Arifulla, Suomi
- Espen Rostrup Nakstad, Norja
- Gunnvá Guttesen, Färsaaret
- Helga Bragadóttir, Islanti
- Ida-Mari Elfving-Gustafsson, Suomi
- Mari Kangasniemi, Suomi
- Mattias Fredricson, Ruotsi
- Ramunė Vaitkevičienė, Liettua
- Salla Seppänen, Suomi
- Ulla Raid, Viro

Muita, jotka ovat edistäneet hanketta asiantuntemuksellaan ja palautteellaan

- Anna Dahlgren, Ruotsi
- Axel Ros, Ruotsi
- Karin Pukk Härenstam, Ruotsi
- Karina Aase, Norja
- Maria Unbeck, Ruotsi
- Mirjam Ekstedt, Ruotsi
- Sini Eloranta, Suomi
- Kaisa Halinen, Suomi

2.

**Potilasturvallisuus-
koulutus**

**Pohjoismaissa ja
maailmanlaajuisesti**

2. Potilasturvallisuuskoulutus

2.1. Lyhyt katsaus potilasturvallisuutta käsittelevään kirjallisuuteen

Johdanto

Potilasturvallisuus on monitekijäinen, moniulotteinen ja poikkitieteellinen ilmiö, joka on täysi vastakohta perinteiselle, erilliselle tieteenalalle (WHO, 2011). Potilasturvallisuutta käsittelevän tutkimuksen jatkuvasti kasvava julkaisumäärä ja sen monimutkainen luonne tekevät kokonaisvaltaisen yleiskuvan muodostamisesta haastavaa. Potilasturvallisuuskirjallisuuden laajamittaisessa bibliometrisessä analyysissä vuodelta 2014 tunnistettiin yhteensä 8 480 julkaisua, joista 1 462 eniten viitattua jaettiin kolmeen pääkategoriaan: (1) potilasturvallisuusongelmien laajuus (42 prosenttia kaikista julkaisuista), (2) potilasturvallisuuden riskitekijät (31 prosenttia) ja (3) ratkaisujen toimeenpano (19 prosenttia). Potilasturvallisuuteen liittyvien termien visualisoinnissa havaittiin viisi ryhmittymää: (1) lääkitys, (2) haittojen mittaaminen, (3) potilasturvallisuuskulttuuri, (4) lääkäri sekä (5) koulutus, opetus ja viestintä (Rodrigues ym., 2014). Julkaisuaktiivisuus on kasvanut eksponentiaalisesti Rodriguesin ym. analyysin jälkeen.

Tutkijat ovat yleisesti olleet yhtä mieltä siitä, että potilasturvallisuus tulisi nähdä haittojen välttämisenä WHO:n määritelmän mukaisesti:

”Potilasturvallisuus on terveydenhuoltoon liittyvien tarpeettomien haittojen riskin vähentämistä hyväksyttävälle vähimmäistasolle” (WHO, 2010, s. 22).

WHO on maailmanlaajuisessa potilasturvallisuuden tavoiteohjelmassaan vuosille 2021–2030 laajentanut näkökulmaansa terveydenhuoltojärjestelmän monimutkaisuuteen, mikä on vaikuttanut myös potilasturvallisuuden määritelmään (WHO, 2021):

”Potilasturvallisuus on järjestelmällinen toimintakehys, joka luo terveydenhuoltoon kulttuureja, prosesseja, menettelytapoja, käyttäytymismalleja, teknologioita ja ympäristöjä, jotka johdonmukaisesti ja kestävästi vähentävät riskejä, ehkäisevät vältettävissä olevaa haittaa, tekevät virheistä epätodennäköisempiä ja pienentävät haittojen vaikutusta, jos niitä tapahtuu” (s. 1).

Tällä laajennetulla näkökulmalla tulisi olla merkittäviä vaikutuksia potilasturvallisuuskoulutukseen sekä siihen liittyviin terveydenhuollon ja sosiaalialan koulutusohjelmiin.

Potilasturvallisuuden teoriat ja näkökulmat

Potilasturvallisuutta käsittelevä kirjallisuus sisältää useita oppikirjoja, jotka on pääasiassa kehitetty sairaalaympäristöön, mutta osa niistä on myös yleisluonteisia. Yksi tunnetuimmista on Charles Vincentin ”Patient Safety” (Vincent, 2006), kun taas yksi uusimmista on Donaldsonin ym. ”Textbook of Patient Safety and Clinical Management” (Donaldson ym., 2021).

Järjestelmälähtöinen näkökulma

Potilasturvallisuuden keskeisin teoreettinen lähestymistapa on järjestelmä- tai sosiotekninen näkökulma. Siinä yksittäiset potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset nähdään osana laajempaa kontekstia, jossa haittatapahtumat ymmärretään terveydenhuoltojärjestelmän mikro-, meso- ja makrotasolla ilmenevien tekijöiden seuraamuksina.

Järjestelmätason näkökulma on tavalla tai toisella useimpien nykyisten turvallisuusteorioiden lähestymistavan perustana. Tämä tarkoittaa, että niissä tunnistetaan haittatapahtumien syntyvän monimutkaisesta kokonaisuudesta, johon liittyy sekä epäsuoria että suoria syitä ja tekijöitä. Kaksi tunnetuinta ja laajimmin sovellettua terveydenhuollon järjestelmämallia ovat James Reasonin reikäjuustoteoria (Swiss Cheese Model, 1990) sekä Reasonin ja Vincentin organisatorinen onnettomuusmalli (Organisational Accident Model, 2010). Näiden pohjalta on kehitetty juurisyyanalyysi, jota käytetään yleisimmin terveydenhuollon haittatapahtumien tutkimisessa (Vincent ym., 2013).

Inhimilliset tekijät

Terveydenhuoltoon sovellettu inhimillisten tekijöiden näkökulma pyrkii ymmärtämään yhteensopivuutta potilaan, terveydenhuollon ammattilaisten, työtehtävien, välineiden ja ympäröivän toimintaympäristön välillä (Catchpole, 2013; Reason, 1995). Tämä toimintajärjestelmä voi sisältää mm. oppimistyylejä, käyttäytymismalleja, arvoja, johtamista, tiimityötä, välineiden ja prosessien suunnittelua, viestintää sekä organisaatiokulttuuria. Näiden avulla voidaan ymmärtää, miten ihmiset toimivat erilaisissa olosuhteissa ja miksi haittatapahtumia tapahtuu. Terveydenhuollossa yleisimmin käytetty inhimillisten tekijöiden malli on SEIPS-malli (System Engineering Initiative for Patient Safety). Se on järjestelmälähtöinen lähestymistapa, joka auttaa ymmärtämään tiettyjä työprosesseja niiden omassa kontekstissa (Carayon ym., 2006). Mallissa prosessi sijoitetaan työjärjestelmään, jossa ihmiset, sisäinen ympäristö, tehtävät, työkalut, teknologia ja organisaatio vuorovaikuttavat keskenään ja tuottavat tiettyjä tuloksia.

Turvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuurista on kehittynyt yksi keskeisimmistä painopistealueista terveydenhuolto-organisaatioiden potilasturvallisuuden edistämiseksi. Turvallisuuskulttuuri on kuitenkin monimutkainen ilmiö, joka on vuorovaikutuksessa monien eri tekijöiden kanssa, minkä vuoksi sen määrittäminen, mittaaminen ja kehittäminen on haastavaa (Sammer ym., 2010). Se kytkeytyy läheisesti esimerkiksi johtamiseen, viestintään ja tiimityöhön. Yksi tunnetuimmista turvallisuuskulttuurin malleista on James Reasonin viiden ulottuvuuden malli, joka sisältää joustavan kulttuurin, oppivan kulttuurin, tietoon perustuvan kulttuurin, oikeudenmukaisen kulttuurin ja raportointikulttuurin (Reason, 1997). Näiden ulottuvuuksien taustalla on keskinäisen luottamuksen ja yhteisten arvojen vahvistaminen terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa (Groves, 2014). Potilasturvallisuuskulttuurin ja/tai potilasturvallisuusilmaston arviointiin on kehitetty useita mittareita, jotka perustuvat pääasiassa itsearviointikyselyihin.

Terveydenhuollon resilienssi

Resilienssi on vaihtoehtoinen näkökulma, joka pohjautuu moniin järjestelmälähtöisen ajattelun periaatteisiin, mutta eroaa siinä, että huomio kohdistetaan onnistuneisiin tapahtumiin haittatapahtumien sijaan (Hollnagel ym., 2013). Peruseriaatteena on, että jos ymmärrämme, miten terveydenhuoltopalvelut toimivat käytännössä, voimme tunnistaa ne tilanteelliset olosuhteet, jotka johtavat joko onnistuneeseen tehtyyn työhön tai haittatapahtumiin työssä. Tämä näkökulma tarjoaa terveydenhuoltojärjestelmälle paremmat mahdollisuudet toistaa käytäntöjä, jotka tuottavat hyviä tuloksia, sen sijaan että painopiste olisi ”kielteisesti” poikkeamissa ja virheissä. Resilienssin merkitys korostuu etenkin tilanteissa, joissa kohdataan haasteita tai muutoksia, esimerkiksi pandemian hallinnassa tai potilaan tukemisessa haittatapahtuman jälkeen. Tällä tavoin resilienssi rakentaa sopeutumiskykyä kaikilla terveydenhuoltojärjestelmän tasoilla, jotta järjestelmä pystyy paremmin hallitsemaan vaihtelua ja muutoksia (Wiig ym., 2020).

Potilaiden ja heidän omaistensa osallistaminen

Potilaiden ja heidän omaistensa osallistaminen on viimeisen vuosikymmenen aikana nousut yhä tärkeämmäksi lähestymistavaksi potilasturvallisuuden ylläpitämisessä ja parantamisessa. Kumppanuuksia ja osallisuutta korostetaan sekä kansainvälisellä että kansallisella tasolla (WHO, 2019). Haittatapahtumia kokeneiden potilaiden ja heidän omaistensa osallistamisen katsotaan tarjoavan ainutlaatuisia tietoja ja oppimismahdollisuuksia turvallisuuden parantamiseksi. Näitä kokemuksia tarvitaan potilasturvallisuustyön edistämiseksi terveydenhuoltojärjestelmän kaikilla tasoilla. Potilaiden ja heidän omaistensa osallisuuden tukemiseen on kehitetty useita ohjeistuksia ja viitekehyksiä. Esimerkiksi Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2017) on laatinut oppaan potilaille, heidän omaisilleen ja terveydenhuollon ammattilaisille yhteistyön ja hoidon laadun parantamiseksi. Uudempi resurssi on WHO:n potilasturvallisuuden perusoikeuskirja (Patient Safety Rights Charter, 2024), jossa on ohjeita ja periaatteita potilaiden oikeuksien ja turvallisuuden suojaamiseksi maailmanlaajuisesti. Sen tunnuslauseena on ”Elevate the voice of patients!” (vapaa suom. ”Potilaiden ääni kuuluville!”) (WHO, 2024).

Useat järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset tukevat potilaiden ja heidän omaistensa osallistamisen merkitystä potilasturvallisuustyössä. Park ja Giap (2019) havaitsivat tutkimuksessaan, että valtaosa osallistujista oli halukkaita tukemaan potilaiden ja heidän omaistensa osallistamista. He kuitenkin tunnistivat olemassa olevia puutteita ja esteitä osallistamisen käytännön toteuttamiselle. Tämän perusteella päättäjien suositellaan laativan ohjeistuksia, jotka tukevat potilaiden ja heidän omaistensa osallistamista terveydenhuoltojärjestelmissä, jotta ammattilaiset voisivat parantaa potilasturvallisuutta tehokkaasti ja asianmukaisesti. Newman ym. (2021) puolestaan kyseenalaistavat, toimivatko potilaiden osallistamistoimenpiteet yhtä hyvin eri potilasryhmissä. Heidän johtopäätöksensä mukaan henkilöstön ja potilaiden välinen yhteistyö on välttämätöntä potilasturvallisuusstrategioiden kehittämässä ja toteuttamisessa suoran hoidon aikana. Osallistujien taustatietojen sekä potilaan ja hoitohenkilöstön välisen vuorovaikutuksen puutteellinen kuvaus rajoittavat käytännön muutoksia koskevien suositusten antamista.

Digitaalinen terveydenhuolto ja etäterveydenhuolto

WHO:n vuoden 2018 yleiskokous tunnusti digitaaliset teknologiat tärkeäksi tekijäksi kestävä kehityksen tavoitteiden saavuttamisessa. Tämä nosti keskeiseen asemaan mobiililaitteiden välityksellä toteutetun terveydenhuollon, päätöksenteon tukijärjestelmät sekä virtuaaliset menetelmät osaamisen vahvistamiseksi etenkin vähäresurssisissa terveydenhuoltojärjestelmissä (WHO, 2018). Potilasturvallisuus liittyy siten kiinteästi digitaaliseen murrokseen ja sen mahdollisuuteen edistää turvallisempaa terveydenhuoltojärjestelmää (Flott ym., 2021). Digitaalisen terveydenhuollon ja etäterveydenhuollon turvallisuudesta on kuitenkin hajanaista tietoa. On viitteitä siitä, että potilasturvallisuusriskejä esiintyy eri hoitotasolla, mutta näiden riskien laajuutta ja seurauksia ei vielä täysin ymmärretä. On myös ehdotettu, että tietopuutteet johtuvat siitä, että digitaaliseen terveydenhuoltoon ja etäterveydenhuoltoon liittyviä turvallisuusriskejä, ongelmia ja epäonnistumisia ei useinkaan raportoida turvallisuuskysymyksinä (Guise ym., 2014; WHO, 2024A). Järjestelmällinen katsaus terveydenhuollon ammattilaisten digitaalisiin valmiuksiin (Longhini ym., 2022) osoitti, että tutkimusta tulisi laajentaa erityisesti psykologisiin ja tunneperäisiin tekijöihin sekä kykyyn käyttää digitaalisia välineitä itseopiskeluun ja muiden opastamiseen.

Hoidon siirtymät ja jatkuvuus

Siirtymät hoidossa on tunnistettu yhdeksi potilasturvallisuuden suurimmista haasteista, sillä ne sisältävät usein organisaatorajat ylittävää toimintaa eri hoitotasolla (Aase & Waring, 2020). Hoidon siirtymien turvallisuuteen vaikuttavat monet tekijät, kuten potilaskeskeisyys, viestintä, yhteistyö, kulttuuri, osaamiseen ja vastuullisuuteen perustuvat käytännöt sekä fyysiset olosuhteet. Hoidon jatkuvuus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on siirtymissä keskeinen tekijä, ja sen parantaminen edellyttää monitasoista lähestymistapaa (WHO, 2016).

Tähän mennessä ei ole olemassa vahvaa näyttöä siitä, että mikään yksittäinen toimenpide olisi muita tehokkaampi siirtymien parantamisessa, mutta varsinkin toimenpiteet, jotka ylittävät hoitotasojen rajat ja kohdistuvat monisairaisiin iäkkäisiin potilaisiin, näyttävät lupaavilta (Laugaland ym., 2012). Kun siirtymät toteutetaan oikea-aikaisesti ja asianmukaisesti, ne parantavat hoidon laatua, tukevat parempia potilastuloksia ja vähentävät kustannuksia (Carr, 2018). Omaisten rooli ”puolestapuhujina”, tiedonvälittäjinä ja tukijoina on erityisen merkittävä iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden hoidon siirtymissä (Dyrstad & Storm, 2017).

Mielenterveys

Thibaut ym. (2019) toteavat järjestelmällisessä katsauksessaan, että potilasturvallisuutta on tutkittu mielenterveyden hoidossa huomattavasti vähemmän kuin muissa terveydenhuollon konteksteissa. He tunnistivat kymmenen mielenterveyden potilasturvallisuudelle ominaista osa-alueita: (1) väkivalta ja aggressio, (2) pakkokeinot, (3) turvallisuuskulttuuri, (4) itsetuhoisuus, (5) fyysisen hoitoympäristön turvallisuus, (6) lääkehoidon turvallisuus, (7) luvaton poistuminen, (8) kliininen päätöksenteko, (9) kaatumiset sekä (10) infektioiden ehkäisy ja hallinta. Mielenterveyden potilasturvallisuuden monimutkaisuus ja organisaation laajemman turvallisuuskulttuurin merkitys ovat keskeisiä huomioon otettavia tekijöitä. Mielenterveyspalvelujen potilaat kohtaavat osin samoja riskejä (esim. lääkitysvirheet, infektiot) kuin muutkin potilaat. Tästä huolimatta mielenterveysongelmiin liittyvä käyttäytyminen (kuten itsensä vahingoittaminen ja sen ehkäisemiseksi toteutetut toimenpiteet, esimerkiksi pakkokeinot) voi aiheuttaa potilaille lisäriskejä. Potilasturvallisuuden maksimoimisen ja potilaan itsemääräämisoikeuden säilyttämisen välinen ristiriita on myös tyypillinen haaste mielenterveyden hoidossa (Thibaut ym., 2019).

Turvallisuuden parantaminen

Merkittävä osa potilasturvallisuuskirjallisuudesta keskittyy turvallisuuden kehittämiseen käytännön toimenpiteiden avulla. Näitä toimenpiteitä ovat mm. tarkistuslistat, lääkityksen yhteensovittaminen sekä koulutuksen tai hoitokäytäntöjen yhdenmukaistaminen (mm. ohjeistukset). Vincent ja Amalberti (2016) esittävät viiden strategian kokonaisuuden terveydenhuollon potilasturvallisuuden parantamiseksi:

- Turvallisuus parhaana käytäntönä, mikä toteutetaan parantamalla kliinisiä prosesseja ja standardeja.
- Terveydenhuollon prosessien ja järjestelmien kehittäminen tukemalla yksilöitä ja tiimejä sekä parantamalla työolosuhteita ja organisaatiokäytäntöjä.
- Riskienhallinta asettamalla suorituskykyyn, vaatimukseen tai työolosuhteisiin liittyviä rajoituksia.
- Seuranta-, sopeutumisen- ja reagointikyvyn parantaminen.
- Haittojen lieventäminen ennakoimalla mahdollisia vahinkoja ja korjaavia toimenpiteitä.

Näihin viiteen strategiaan liittyy joukko erilaisia toimenpiteitä. Kaksi ensimmäistä toimenpidettä keskittyy potilaan saamien hoitoprosessien optimointiin, kun taas kolme jälkimmäistä painottaa riskienhallintaa ja haittojen ehkäisyä. Viimeaikainen tutkimus korostaa monimuotoisia lähestymistapoja yhdistäviä keinoja potilasturvallisuuden parantamisessa yksittäisten, standardoitujen toimenpiteiden sijaan (Dixon-Woods, 2019).

Potilasturvallisuuden opettaminen ja oppiminen

Potilasturvallisuus- ja laadunparannuskoulutuksella on keskeinen rooli siinä, että terveydenhuollon ammattilaiset saavat tarvittavan osaamisen, taidot ja asenteet terveydenhuoltopalvelujen parantamiseksi ja potilaille aiheutuvan haitan välttämiseksi. Lisäksi koulutusta tarvitaan terveydenhuoltojärjestelmän kaikilla tasoilla, mukaan lukien sidosryhmät, kuten hallitukset, terveydenhuoltolaitokset ja -palvelut, johtajat, terveydenhuollon ammattilaiset, potilaat ja omaishoitajat, opiskelijat sekä yleisö (WHO, 2021). Teorialla on merkittävä rooli tällaisissa koulutusohjelmissa. Sen hyödyntäminen potilasturvallisuus- ja laadunparannuskoulutuksessa on kuitenkin edelleen rajallista. Goldman ym. (2021) toteuttivat kartoituskatsauksen teorioiden käytöstä ja havaitsivat, että teorit voidaan jakaa kahteen pääluokkaan: oppimisteorioihin ja yhteiskuntatieteellisiin teorioihin. Katsaukseen sisältyneissä tutkimuksissa ei kuitenkaan käytetty nimenomaan potilasturvallisuuteen liittyviä teorioita.

Kirjallisuutta on runsaasti etenkin onnettomuuksista saatujen oppien osalta (WHO, 2020). Monet julkaistut tutkimukset keskittyvät koulutusmenetelmiin, kuten simulaatioon (Bienstock & Heuer, 2022). Alanazi ym. (2017) totesivat järjestelmällisessä katsauksessaan, että simulaatioiden käyttö opiskelijoiden opetuksessa paransi merkittävästi opiskelijoiden osaamista, taitoja ja itsevarmuutta. He laativat parhaista käytännöistä laadunparannuksen viitekehyksen, jota voidaan soveltaa simulaatiotutkimuksessa: 1) tutkimusasetelma, 2) purkukeskustelu, 3) moniammatillisen koulutuksen arvojen integrointi, 4) tulospittarit sekä 5) opiskelijatytyväisyys ja tiedon säilyminen (Alanazi ym., 2017). Toinen järjestelmällinen katsaus *in situ*-simulaatioihin osoitti, että todellisissa hoitoympäristöissä järjestetty koulutus parantaa potilastuloksia joko yksittäisinä toimenpiteinä tai osana laajempaa laadunparannusohjelmaa (Goldstein ym., 2020). Simulaatiokoulutus voi myös vahvistaa opiskelijoiden kykyä yhdistää teoreettista ja käytännön tietoa, minkä lisäksi se kehittää heidän pohdintataitojaan ja valmiuttaan palautteen antamiseen ja vastaanottamiseen (Jeffries & Rodgers, 2021).

Inhimillisiin tekijöihin perustuva koulutus eroaa perinteisestä kliinisestä koulutuksesta siinä, että sen painopiste on kognitiivisissa taidoissa ja vuorovaikutustaidoissa, joita tarvitaan tehokkaaseen tiimityöskentelyyn, eikä niinkään yksittäisten toimenpiteiden teknisissä taidoissa ja osaamisessa. Lisäksi terveydenhuollon kouluttajien ja organisaatioiden tulisi varmistaa, että potilasturvallisuuden koulutus sisältyy opetukseen ja vaikuttaa potilasturvallisuuskulttuuriin hoitoympäristöissä (Tocco Tussardi ym., 2021).

Holdsworth ym. (2021) esittävät oppijälhtöisen viitekehyksen, jota voidaan käyttää turvallisuuteen liittyvän ammatillisen oppimisen kehittämiseen ja joka perustuu päivittäisiin työtehtäviin ja ammatillisen kontekstin tarpeisiin. Viitekehyksen tavoitteena on siirtyä pois ammatillisen kehittämisen nykyisten lähestymistapojen rajoitteista ja vahvistaa oppijälhtöistä ammatillista oppimista. Viitekehys kehitettiin ja otettiin käyttöön turvallisuutta koskevissa insinööri käytännöissä, mutta sitä voidaan soveltaa monenlaisiin koulutustarpeisiin ja ammattialoihin, sillä se kannustaa suunnittelemaan oppimisen työympäristöjen lähtökohdista.

Järjestelmällinen katsaus terveydenhuoltoalan opiskelijoiden ja nuorten ammattilaisten asenteisiin osoitti, että potilasturvallisuuteen liittyvät asenteet olivat selvästi myönteisiä joillain osa-alueilla (esim. tiimityön ilmapiiri, virheiden väistämättömyyden hyväksyminen), mutta kielteisempiä toisilla alueilla (esim. turvallisuuskulttuuri, vastuu virheiden ilmoittamisesta). Naiset raportoivat myönteisemmistä asenteista.

Terveydenhuollossa on käytössä useita tiimityöhön liittyviä koulutusohjelmia, joista yksi yleisimmistä on TeamSTEPPS-ohjelma (Team Strategies and Tools for Enhancing Performance and Patient Safety). Se on tietoperusteinen tiimikoulutusohjelma, joka keskittyy tiimin rakenteeseen ja neljään keskeiseen tiimiosaamiseen: viestintään, johtamiseen, tilannetietoisuuteen ja keskinäiseen tukeen. (AHRQ, 2012).

Toinen potilasturvallisuuden koulutuksen ja oppimisen mahdollisista tulevaisuuden suuntauksista on tekoälyn hyödyntäminen. 53 tutkimuksen järjestelmällinen katsaus osoitti, että oikein toteutetut tekoälypohjaiset päätöksenteon tukijärjestelmät voivat edistää potilasturvallisuutta parantamalla virheiden tunnistamista, potilaiden riskiluokitusta ja lääkkeiden hallintaa. Analyysissa tunnistettiin kaksi keskeistä tekijää: (1) standardoidun vertailukriteeristön puute ja (2) tekoälyn liittyvän raportoinnin heterogeenisyys (Choudhury & Asan, 2023).

2.2. Potilasturvallisuuskoulutuksen parhaat käytännöt

Makrotason potilasturvallisuuskoulutuksesta on hyvin vähän kansainvälisiä vertailututkimuksia tai raportteja. Tähän mennessä tunnistetut kansainväliset vertailut koskevat lähinnä sitä, missä määrin WHO:n potilasturvallisuuskoulutuksen opetussuunnitelmat on otettu käyttöön eri maissa. Mesotasolla (kuten oppilaitoksissa) on saatavilla useita tutkimuksia, jotka käsittelevät esimerkiksi potilasturvallisuuskoulutuksen kehittämistä. Mikro- tasolla tutkimuksia ja kuvauksia erilaisista menetelmistä ja toimenpiteistä on vielä enemmän.

WHO:n opetussuunnitelman käyttöönotto

WHO julkaisi huhtikuussa 2023 väliraportin maailmanlaajuisen potilasturvallisuuden tavoiteohjelman 2021–2030 toteutuksesta (WHO, 2023). Raportin tarkoituksena oli kuvata edistystä, jota on saavutettu maailmanlaajuisen tavoiteohjelman strategisten tavoitteiden ja toimenpiteiden osalta. Sen pohjana oli kysely, joka lähetettiin WHO:n 194 jäsenvaltiolle ja kolmelle liitännäisjäsenelle. Kyselyyn vastasi yhteensä 135 maata, joista 102 täytti sen kokonaan.

Yksi raportin osioista käsitteli potilasturvallisuuskoulutusta. Alla on yhteenveto 102 maan vastauksista:

- Noin 80 prosenttia maista ei ole sisällyttänyt potilasturvallisuuden opetussuunnitelmaa terveydenhuollon ammattilaisten koulutusohjelmiin tai kursseihin.
- Noin 50 prosentilla on opetussuunnitelmissaan joitain potilasturvallisuuteen liittyviä elementtejä.
- Noin 90 prosentilla ei ole riittävästi kouluttajia potilasturvallisuuskoulutuksen järjestämiseen.
- Noin 25 prosenttia on määritellyt potilasturvallisuuteen liittyvät ammatilliset osaamisvaatimukset eri ammattiryhmille. Potilasturvallisuuden sisällyttäminen opetussuunnitelmaan on yleisintä sairaanhoitajien koulutusohjelmissä (66 prosenttia).
- Noin 10 prosenttia on liittänyt potilasturvallisuuden ydinosaamiset terveydenhuollon ammattilaisten lisensointi- ja uudelleenlisensointivaatimuksiin.
- Noin 20 prosenttia on yhdistänyt vaaditun potilasturvallisuusosaamisen ammatillisen jatkokoulutuksen opintopisteisiin.

Kyselyn tulosten käyttö maiden väliseen vertailuun sisältää kuitenkin useita metodologisia haasteita. Näitä ovat esimerkiksi valikoitumisharha, sillä vain 102 maata 194 maasta vastasi kyselyyn, sekä se, että eri maat saattavat käyttää erilaisia määritelmiä ja vertailutasoja vastatessaan kysymyksiin siitä, mitkä potilasturvallisuuskoulutuksen ja -harjoittelun osat ovat “ei aloitettuja”, “osittain toteutettuja / käynnissä” tai “täysin toteutettuja”.

WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelman vähäinen käyttöönotto on linjassa tutkimuksen kanssa, jossa tarkasteltiin potilasturvallisuuteen liittyvän opetuksen sääntelyä ja tilannetta sairaanhoitajien peruskoulutuksessa 27 eri maassa. Tutkijat totesivat, että WHO:n potilasturvallisuuden opettamisesta laatimia ohjeistuksia hyödynnetään sairaanhoitajakoulutuksessa liian vähän, vaikka ohjeistukset voisivat tarjota selkeän rakenteen ja standardin opetuksen kehittämiseen (Kirwan, Riklikiene ym., 2019).

WHO:n opetussuunnitelman käyttöönoton esteitä on tutkittu etenkin matalan ja keskitulotason maissa (Ginsburg, Dhingra-Kumar ym., 2017). Tutkimuksen mukaan suurin osa kyselyyn vastanneista organisaatioista ei ole vielä ottanut opetussuunnitelmaa käyttöön. Merkittävimmiä käyttöönoton esteiksi raportoitiin seuraavat:

- Opettajille ei ole tarjottu riittävää koulutusta potilasturvallisuuden opetussuunnitelman käyttöönoton tueksi (67 prosenttia).
- Hallituksen sitoutumisen puute, esimerkiksi jatkuvan taloudellisen tuen puuttuminen (43 prosenttia).
- Organisaatiotason sitoutumisen puute opetussuunnitelman käyttöönottoon (43 prosenttia).
- Heikko yhteensopivuus potilasturvallisuuden opetussuunnitelman sekä laajemman poliittisen ja taloudellisen kontekstin (esim. terveydenhuollon ammattien sääntelyn ja opettajien palkkausjärjestelmän) välillä (38 prosenttia).
- Sisäisten sidosryhmien, kuten opetusorganisaation henkilöstön, vähäinen sitoutuminen (38 prosenttia).
- Heikko yhteensopivuus potilasturvallisuuden opetussuunnitelman ja koulutusympäristön arviointijärjestelmien (esim. yliopiston) välillä (33 prosenttia).
- Ministeriön ja muiden organisaatioiden heikko koordinointi opetussuunnitelman käyttöönotossa.
- Opettajien vähäinen innostus tai osallistuminen opetussuunnitelman toteuttamiseen.

Toisessa tutkimuksessa monialaisen potilasturvallisuuden opetussuunnitelman käyttöönottoa testattiin käytännössä 12 yliopistossa, jotka edustivat kuutta WHO:n aluetta. Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida opetussuunnitelman tehokkuutta potilasturvallisuuden opettamisessa perus- ja jatko-opiskelijoille erilaisissa kansainvälisissä konteksteissa (Farley, Zheng ym., 2015). Tutkimukseen osallistuneet yliopistot olivat:

- Argentiina: Universidad Del Salvador, hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Buenos Aires.
- Egypti: Cairo University, hammaslääketieteen laitos, Kairo.
- Etiopia: University of Gondar, lääketieteiden ja terveystieteiden korkeakoulu, Gondar.
- Kreikka: University of Athens, hammaslääketieteen laitos, Ateena.
- Intia: All India Institute of Medical Sciences, hammaslääketieteen ja -tutkimuksen keskus, New Delhi.
- Jordania: Jordan University of Science and Technology, hoitotieteen tiedekunta, Irbid.
- Malesia: United Nations University, maailmanlaajuisen terveyden kansainvälinen laitos, hoitotieteen ja kansanterveystieteen tiedekunta, lääketieteellinen tiedekunta, farmaseuttinen tiedekunta, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur.
- Meksiko: Universidad Nacional Autónoma de México, hammaslääketieteen laitos, México.
- Filippiinit: University of the Philippines, hoitotieteen ja lääketieteen tiedekunnat, Manila.
- Sri Lanka: University of Peradeniya, hoitotieteen laitos, liittoutuneiden terveystietojen tiedekunta, Peradeniya.
- Yhdistynyt Kuningaskunta: University of the West of Scotland, terveyden, hoitotieteen ja synnytysopin laitos, Paisley, Skotlanti.
- Zimbabwe: University of Zimbabwe, terveystieteiden korkeakoulu, Harare.

Alat, joilla opetussuunnitelmaa käytettiin, olivat sairaanhoito (7 yliopistoa 12 yliopistosta), hammaslääketiede (5), synnytysoppi (3) ja farmasia (1).

Tutkimusta varten haastatellut sidosryhmät suhtautuivat yleisesti ottaen myönteisesti opetussuunnitelmaa kohtaan. Sidoryhmät kokivat, että opetussuunnitelma tuki tehokkaasti heidän potilasturvallisuusopetustaan (Farley, Zheng ym., 2015).

Katsaus potilasturvallisuuskoulutuksen tarjoajiin eri puolilla maailmaa

Leotsakos ym. julkaisivat vuonna 2014 artikkelin potilasturvallisuuden tulevien johtajien kouluttamisesta (Educating Future Leaders in Patient Safety, Leotsakos, Ardolino ym., 2014). Artikkelissa esiteltiin esimerkkejä kansallisista ja kansainvälisistä aloitteista, jotka tarjoavat potilasturvallisuuskoulutusta terveydenhuollon ammattilaisille (ks. taulukko alla).

Taho	Maa	Aloite
National Health Service for Scotland	Skotlanti, Yhdistynyt kuningaskunta	NHS Scotland suosittelee monialaisia ryhmätapaamisia ja tarjoaa työkaluja terveydenhuollon ammattilaisten potilasturvallisuuskoulutukseen.
National Patient Safety Foundation	Yhdysvallat	Säätiöllä on oma potilasturvallisuuden koulutusohjelma, joka sisältää terveydenhuollon henkilöstön omia jatkokoulutusmoduuleja.
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)	Australia	ACSQHC on laatinut potilasturvallisuuden opetus suunnitelman ja koulutusohjelman.
Canadian Patient Safety Institute (CPSI)	Kanada	CPSI järjestää terveydenhuollon johtajille potilasturvallisuuskursseja.
Betsy Lehman Center for Patient Safety and Medical Error Prevention	Yhdysvallat	Massachusettsin terveysviraston perustama keskus, joka tukee potilasturvallisuuskoulutusta ja -ohjelmia.
Parlamentti, Yhdistynyt kuningaskunta	Yhdistynyt kuningaskunta	Parlamentti on tunnustanut tarpeen sisällyttää potilasturvallisuuskoulutus kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen.
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	Yhdysvallat	AHRQ tarjoaa laajan valikoiman koulutusmateriaaleja, työkaluja ja resursseja potilasturvallisuuskoulutukseen.
Society for Quality in Healthcare (SQHN)	Nigeria	SQHN edistää Nigerian terveydenhuollon laadun ja turvallisuuden jatkuvaa kehittämistä koulutuksen ja akkreditoinnin avulla.
Council for Health Service Accreditation of Southern Africa (COHSASA)	Etelä-Afrikka	COHSASA tukee afrikkalaisia terveydenhuoltolaitoksia turvallisen ja laadukkaan hoidon tarjoamisessa SafeCare-aloitteen kautta tarjoamalla teknisiä resursseja, koulutusta ja taloudellisia kannustimia.
World Organization of Family Doctors (WONCA)	Maailman-laajuisesti	WONCA tarjoaa resursseja ja koulutusta perhelääketieteen laadun ja turvallisuuden edistämiseksi maailmanlaajuisesti.
Singaporen terveysministeriö	Singapore	Terveydenhuollon ammattilaisille tarjotaan sairaaloissa potilasturvallisuuskoulutusta.
Patient Safety Education Project (PSEP)	Maailman-laajuisesti	Kansainvälinen yhteistyöhanke, jossa koulutetaan terveydenhuollon ammattilaisia ja hallinnon edustajia potilasturvallisuuskysymyksissä.
Institute for Healthcare Improvement (IHI)	Yhdysvallat	IHI:n Open School tarjoaa terveydenhuollon ammattilaisille maksuttomia verkkokursseja laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta.
Organization for Safety and Prevention (OSAP) sekä International Dental Federation (FDI)	Maailman-laajuisesti	Molemmat ammatilliset järjestöt käsittelevät WHO:n potilasturvallisuuden opetusohjelmaan liittyviä asioita ja tarjoavat koulutusta potilasturvallisuudesta.
International Alliance of Patients' Organizations (IAPO)	Maailman-laajuisesti	IAPO tarjoaa potilaille ja terveydenhuollon ammattilaisille potilasturvallisuusresursseja ja työkalupakin.
WHO:n Patient Safety Program (PSP)	Maailman-laajuisesti	PSP-ohjelma tarjoaa webinaareja ja koulutusmateriaaleja potilasturvallisuuden tutkimuksen ja kehittämisen tueksi eri maissa.

2.3. Potilasturvallisuuskoulutuksen ohjeistuksen tarkastelu vertailumaissa

Tarkastelumenetelmä

WHO:n potilasturvallisuusohjeet esitetään tässä osiossa kaaviona, jota käytettiin apuna valittujen maiden potilasturvallisuusmateriaalien analysoinnissa. Tavoitteena oli selvittää, käsitelivätkö valitut maat samoja aiheita kuin WHO:n ohjeissa ja löytyikö niiden turvallisuusmateriaaleista teemoja, joita WHO ei mainitse. Tarkastelun kohteina olivat Yhdistynyt kuningaskunta (erityisesti julkinen sektori, NHS), Skotlannin NHS, Australia, Kanada ja Alankomaat.

WHO:n potilasturvallisuusohjeet jaettiin useisiin alakategorioihin sen selvittämiseksi, käsitelivätkö maat ohjeiden eri näkökulmia tai ulottuvuuksia (kysymys- ja hakusanaluettelo on liitteessä A). Maiden viitekehysmateriaalien rakenne ja jäsentely erosivat toisistaan huomattavasti, mikä teki niiden keskinäisestä vertailusta haastavaa. On myös tärkeää huomata, että analyysi on osittain subjektiivinen, joten on mahdollista, että jokin aihe mainittiin aineistossa, vaikka sitä ei havaittu tässä tarkastelussa.

Tarkastelun tulokset

Australia julkaisi potilasturvallisuuskehyksensä ensimmäisenä vuonna 2005, vain kolme vuotta sen jälkeen, kun WHO oli ensimmäistä kertaa kehottanut kaikkia maita laatimaan omat turvallisuusnorminsa ja -standardinsa. Pian tämän jälkeen Skotlanti ja Kanada julkaisivat omat kehyksensä vuonna 2008. Alankomaat laati oman kehyksensä vuonna 2013 ja Yhdistynyt kuningaskunta vuonna 2019. Useimmat maat määrittelevät ja selittävät turvallisuuden liittyviä termejä ja nimikkeistöä; ainoana poikkeuksena on Alankomaat, jonka materiaaleista sanastoa ei löytynyt.

Kaikissa maissa käsitellään potilasturvallisuutta yleisesti, ja kaikki muut maat paitsi Alankomaat mainitsevat siirtymisen syyllistämiskulttuurista järjestelmävirheajatteluun. Alankomaat eroaa muista myös siinä, ettei sen materiaaleissa mainita näyttöön perustuvia turvallisuuskäytäntöjä, kun taas muut maat viittaavat kirjallisuuteen ja tieteellisiin lähteisiin. Australia, Yhdistynyt kuningaskunta ja Skotlanti käsittelevät yleisiä inhimillisiä tekijöitä turvallisuuden näkökulmasta, mutta kaikki maat mainitsevat henkilöstön hyvinvoinnin osana inhimillisten tekijöiden kokonaisuutta. Kaikki maat Skotlantia lukuun ottamatta korostavat monimutkaisuuksien ymmärtämisen tärkeyttä turvallisuudessa, mutta vain Yhdistynyt kuningaskunta ja Australia käsittelevät prosessi- ja järjestelmävirheajattelua materiaaleissaan.

Toimivan tiimityön merkitys mainitaan kaikissa maissa, ja kaikki tuovat joko suoraan tai epäsuoraan esiin henkilöstön psykologisen turvallisuuden. Australia, Yhdistynyt kuningaskunta ja Skotlanti käsittelevät myös ammattimaisen ohjauksen ja perehdytyksen tärkeyttä uusissa työtehtävissä.

Kaikki maat Kanadaa lukuun ottamatta mainitsevat virheistä oppimisen ja korostavat, että virheistä on raportoitava paikallisten lakien ja ohjeiden mukaisesti. Australia ja Yhdistynyt kuningaskunta mainitsevat niin sanotut aina vältettävissä olevat -tilanteet (never events). Riskienhallintaa käsitellään kaikissa maissa Alankomaita lukuun ottamatta. Kaikissa maissa

puhutaan myös laadun parantamisesta ja turvallisuusraporttien analysoinnista, joskin eri laajuudessa.

Kaikki maat korostavat potilaiden ja heidän omaistensa osallistamista terveydenhuoltoon sekä selkeän ja suoran viestinnän merkitystä. Skotlanti, Australia ja Kanada käsittelevät potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyviä riskejä ja turvallisuuskysymyksiä. On mielenkiintoista, että infektioiden torjuntaa ei mainita Australiassa eikä Alankomaissa, ja vain Skotlannissa viitataan käsihygieniaan potilasturvallisuuden yhteydessä. Kirurginen turvallisuus ja kirurgian tarkistuslistat mainitaan vain Australian ohjeissa. Australia on myös ainoa maa, jossa korostetaan potilaan tunnistamisen tärkeyttä terveydenhuollossa. Kaikki maat Alankomaita lukuun ottamatta käsittelevät lääketurvallisuutta, ja kaikki maat Skotlantia lukuun ottamatta mainitsevat laite- ja välineturvallisuuden. Vain Australiassa ja osittain Skotlannissa käsitellään hätätilanteiden turvallisuutta.

Digitaalinen turva ja tietoturva mainitaan kaikissa maissa jollain tavalla. Ohjeiden tavoitteet kuitenkin vaihtelevat maittain: Yhdistyneessä kuningaskunnassa ne ovat oppimismoduuleja, Skotlannissa verkkopohjainen alusta, Australiassa viitekehys (ei opetussuunnitelma), Kanadassa kirjallinen turvallisuuskulttuurin julkilausuma ja Alankomaissa keskitytään viitekehysten käytännön toteutukseen. Koko terveydenhuoltohenkilöstö näyttää olevan kunkin maan materiaalien kohderyhmänä.

Yhtenä kysymyksenä tarkasteltiin, mainitaanko missään maassa ekologisia tai ympäristönäkökulmia turvallisuuden ja terveydenhuollon yhteydessä. Ekologisen kestävyuden merkitys kasvaa jatkuvasti kaikilla aloilla, minkä takia on huomionarvoista, ettei mikään maa mainitse ympäristötekijöitä tai planetaarisia parametrejä omissa viitekehyksissään.

Lopuksi tutkittiin, mitä sellaisia aiheita kukin maa mainitsee, joita WHO:n ohjeissa ei ole. Tässä nousee esiin mielenkiintoisia havaintoja. Skotlanti käsittelee psykiatrian alalla rajoittamisen ja eristämisen haittojen vähentämistä sekä asumiseen ja asunnottomuuteen liittyviä kysymyksiä, joilla voi olla vaikutusta terveydenhuollossa. Australia korostaa käyttäytymisen ja arvojen merkitystä työpaikalla, kiusaamista, elinikäistä oppimista, uusiin tehtäviin perehdyttämistä ja niiden ohjausta sekä ammatillisen ja eettisen toiminnan tärkeyttä terveydenhuollossa. Lisäksi Australian viitekehyksessä mainitaan digiterveys ja laiteturvallisuus. Samoin Alankomaiden viitekehyksessä mainitaan elinikäinen oppiminen ja työpaikkakulttuurin kehittäminen. Kanada korostaa ammattienvälistä potilasturvallisuusosaamista ja organisaation oppimista. Lisäksi Kanadan viitekehyksessä mainitaan riittävän rahoituksen ja henkilöstöresurssien merkitys.

3.

Pohjoismaiden potilasturvallisuus- koulutusjärjestelmät

3.1. Tanska

Miten potilasturvallisuuskoulutusta säädellään ja johdetaan?

Tanskan parlamentti (Folketinget) säätää lait, jotka määrittelevät koko Tanskan koulutusjärjestelmän yleisen viitekehyksen.

Terveysalan koulutusohjelmat, jotka voivat johtaa Tanskan viralliseen ammattilupaun, kuuluvat eri ministeriöiden alaisuuteen koulutustasosta riippuen. Opetus- ja tutkimusministeriö vastaa yliopisto- ja ammattikorkeakoulutasoisen koulutuksen määräyksistä.

Yliopistotasoiseen koulutukseen kuuluvia terveydenhuollon ammattilaisia ovat lääkärit, hammaslääkärit ja farmaseutit. Ammattikorkeakoulutasolla koulutettavia terveydenhuollon ammattilaisia ovat sairaanhoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, suuhygienistit, röntgenhoitajat, bioanalyytikot (laboratorioalan ammattilaiset) ja kätilöt. Lapsi- ja opetusministeriö vastaa ammatillisen koulutuksen säädöksistä, jotka koskevat esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan lähihoitajia sekä ensihoitajia.

Jokaisella koulutusohjelmalla ja oppilaitoksella on oma koulutusohjelmakohtainen määräyksensä, joka sisältää ammattiprofiilin. Siinä määritellään, mitä tietoja, taitoja ja osaamista opiskelijan on hankittava koulutuksen aikana.

Miten potilasturvallisuuskoulutus sisältyy kansalliseen potilasturvallisuusstrategiaan/toimintasuunnitelmaan?

Tanskalla ei ole yhtä yhtenäistä kansallista potilasturvallisuusstrategiaa tai toimintasuunnitelmaa.

Mitkä ovat potilasturvallisuuden kansalliset oppimistavoitteet?

Potilasturvallisuus mainitaan joissain yliopistotasoisissa terveysalan koulutuksissa (kuten lääketieteen, hammaslääketieteen ja farmasian opinnoissa), mutta ei kaikissa koulutusohjelmien opetussuunnitelmissa.

Potilasturvallisuus määritellään seuraavasti Kööpenhaminan yliopiston lääketieteen maisteriohjelman opetussuunnitelman osaamistavoitteissa: ”lääketieteen maisterin tutkinto tähtää siihen, että opiskelija saavuttaa luonnontieteisiin, käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteisiin sekä parakliinisiin ja kliinisiin aineisiin liittyvät valmiudet, joita tarvitaan lääkärin alaisissa tehtävissä toimimiseen tiedon, taitojen, osaamisen ja asenteiden osalta, mukaan lukien lääketieteellinen etiikka ja potilasturvallisuus”.

Julkisen terveyden maisteriohjelma on terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu jatkokoulutusohjelma, johon sisältyy potilasturvallisuudesta kaksi valinnaista opintojaksoa:

Potilasturvallisuus ja oppimiskulttuuri: Parannusten luominen ja juurruttaminen seuraavien oppimistavoitteiden kautta:

”Opiskelijan tulee osata:

- Kuvaila muutosprosessien malleja.
- Keskustella tietoteknologian roolista potilasturvallisuuden ja oppimiskulttuurin tukena.
- Tarkastella erilaisia kulttuurisia näkökulmia potilasturvallisuustyössä.
- Ohjata ryhmäprosesseja analyysi- ja oppimistyössä.
- Analysoida, mikä potilasturvallisuutta edistävä kehittämishanke olisi kussakin kontekstissa hyödyllisin toteuttaa.
- Pohtia ja arvioida asiaankuuluvia laatuvaatimuksia.
- Suunnitella kehittämishanke asiaankuuluvassa kontekstissa, mukaan lukien parannuksen juurruttamisen suunnittelu.
- Käyttää viestintää strategisesti ja tehokkaasti potilasturvallisuustyön toteuttamiseen asiaankuuluvassa kontekstissa.
- Toteuttaa konkreettinen hanke asiaankuuluvassa kontekstissa”.

Potilasturvallisuus ja oppimiskulttuuri: Kontekstin analyysi seuraavien oppimistavoitteiden kautta:

”Opiskelijan tulee osata:

- *Selittää erilaisia riskiteorioita sekä analyysi- ja kehittämismenetelmiä monimutkaisissa järjestelmissä.*
- *Saada käsitys potilaiden, heidän omaistensa ja ammattilaisten näkökulmista potilasturvallisuuteen.*
- *Kuvaila potilasturvallisuuden, oppimiskulttuurin ja laadunhallinnan välistä yhteyttä.*
- *Soveltaa riskinarviointi- ja kehittämismenetelmiä valituissa tapauksissa.*
- *Käyttää laadullisia ja määrällisiä menetelmiä asiaankuuluvan tiedon keräämiseen.*
- *Tehdä aiheeseen liittyvä kirjallisuushaku.*
- *Toteuttaa sidosryhmäanalyysi ja sidosryhmän osallistaminen potilasturvallisuusongelman käsittelyssä sekä reaktiivisin että proaktiivisin menetelmin.*
- *Navigoida empiirisellä kentällä mallien ja teorioiden parissa sekä selkeyttää omaa rooliaan.*
- *Toteuttaa potilasturvallisuuteen ja oppimiskulttuuriin liittyvä konkreettinen hanke”.*

Ammattikorkeakoulututkintoja koskevissa asetuksissa yhtenä oppimistavoitteena on, että valmistunut terveydenhuollon ammattilainen ”tuntee laadunvarmistuksen, potilasturvallisuuden ja laadun kehittämisen menetelmät ja standardit sekä osaa tarkastella niiden soveltamista”.

Joissain, mutta ei kaikissa koulutusohjelmien omissa määräyksissä on samansisältöisiä yleisiä oppimistavoitteita potilasturvallisuuteen liittyen, esimerkiksi seuraavasti: ”opiskelija tuntee ja osaa selittää laadunvarmistuksen, potilasturvallisuuden ja laadun kehittämisen menetelmät ja standardit” tai ”opiskelija osaa toteuttaa, välittää ja johtaa klinisiä prosesseja, potilaan kokemaa laatua ja potilasturvallisuutta”.

Sosiaali- ja terveysalan lähihoitajien koulutusta koskevassa asetuksessa yksi oppimistavoitteista on, että ”opiskelija osaa itsenäisesti suunnitella, käynnistää, arvioida ja laatuvarmistaa tehtäviä ja työprosesseja laadun, palvelutason, ohjeistusten ja potilasturvallisuuden perusteella”.

Potilasturvallisuus sisältyy opetussuunnitelmassa oppimistavoitteiden kuvauksiin useiden aihealueiden yhteydessä, kuten moniammatillisessa ja monialaisessa yhteistyössä, potilaan oikeuksissa, laadunvarmistuksessa, haittatapahtumien raportoinnissa ja lääkehoidon hallinnassa.

Miten terveydenhuollon ammattilaisten potilasturvallisuuden perusosaaminen varmistetaan?

Tanskan potilasturvallisuusviranomainen (Styrelsen for Patientsikkerhed) myöntää terveydenhuollon ammattilaisille toimiluvat. Toimilupa myönnetään suoritettuna koulutuksen perusteella. Terveydenhuollon ammattilaisen toimilupa sisältää useita velvollisuuksia, joiden tarkoituksena on varmistaa potilasturvallisuus. Toimiluvan saanut terveydenhuollon ammattilainen on esimerkiksi velvollinen osoittamaan huolellisuutta ja ammattimaista vastuullisuutta, pitämään potilasasiakirjat ajan tasalla sekä osallistumaan potilasturvallisuusviranomaisen valvontaan, jos se tulee ajankohtaiseksi.

Onko potilasturvallisuuskoulutuksissa eroja eri ammattiryhmien välillä?

Potilasturvallisuusopetus Tanskan eri terveysalojen koulutusohjelmissa liittyy kaikilla tasoilla pääasiassa laadun kehittämiseen ja terveyslainsäädäntöön.

Potilasturvallisuudesta on saatavilla useita oppikirjoja, ja aihetta käsitellään myös monien eri terveysalan koulutuksiin suunnattujen oppikirjojen luvuissa. Yksittäiset oppilaitokset kuitenkin päättävät itsenäisesti opetussuunnitelmien sisällöistä ja painotuksista, mikä johtaa eroihin siinä, miten ja kuinka laajasti potilasturvallisuutta opetetaan eri koulutusohjelmissa ja eri ammattiryhmille.

3.2. Suomi

Miten potilasturvallisuuskoulutusta säädellään ja johdetaan?

Palvelujen laadusta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta on laadittu useita säännöksiä, jotka sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, terveydenhuollosta, sosiaalihuollosta, yksityisistä palveluista sekä ikääntyneille suunnatuista palveluista annettuihin lakeihin.

Asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyviä muita keskeisiä säädöksiä ovat potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja parantaa terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattilaisilla on ammattinsa harjoittamiseen tarvittava koulutus, riittävä pätevyys sekä muut tarvittavat tiedot ja taidot.

Valtakunnallinen lupa- ja valvontavirasto ylläpitää terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä hoitaakseen valvontatehtäviään sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta annetun lain mukaisesti.

Opetus- ja kulttuuriministeriö sekä sosiaali- ja terveysministeriö tekevät tiivistä yhteistyötä terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen ja opetukseen liittyvissä asioissa.

Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden koulutus noudattaa Suomessa EU-direktiivejä, ja koulutusta valvoo opetus- ja kulttuuriministeriö. Kukin yliopisto toimii ministeriön ja lainsäädännön ohjauksessa itsenäisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö säätelee lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erikoistumiskoulutusta, ja koulutuksesta vastaavat yliopistojen lääketieteelliset tiedekunnat.

Yliopistoilla ja ammattikorkeakouluilla on opetuksen vapaus, ja ne vastaavat koulutuksen laadusta ja sisällöstä. Opetus- ja kulttuuriministeriö asettaa korkeakoulutukselle määrälliset tavoitteet ja edistää koulutuksen kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan asettaa tavoitteet lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erikoistumiskoulutukselle.

Eduskunta päättää ammatillisen koulutuksen lainsäädännöstä ja vuosittaisista talousarviomäärärahoista. Hallitus puolestaan päättää ammatillisen koulutuksen kehittämisestä hallitusohjelman mukaisesti sekä ammatillisten tutkintojen rakenteesta. Opetus- ja kulttuuriministeriö valmistelee ammatillista koulutusta koskevan lainsäädännön sekä ohjaa ja valvoo alan toimintaa. Ministeriö myös myöntää ammatillisen koulutuksen järjestäjille koulutuksen järjestämisluvut. Opetushallitus laatii ja hyväksyy tutkintojen perusteet, joissa määritellään tutkintojen ja tutkinnon osien ammatillisen osaamisen vaatimukset sekä oppimistulosten arviointimenetelmät ja -kriteerit.

Lainsäädäntö kattaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä koskevat vaatimukset (laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä).

Lupa- ja valvontavirasto myöntää oikeuden harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Se myös myöntää oikeuden toimia laillistettuna erikoislääkärinä tai erikoishammaslääkärinä. Valtioneuvoston asetuksella säädetään tarkemmin yleislääketieteen erityiskoulutuksesta, joka liittyy Euroopan unionin tunnustamissääntöihin.

Lupa- ja valvontavirasto myöntää oikeuden harjoittaa myös seuraavia terveydenhuollon ammatteja laillistettuna ammattihenkilönä sekä oikeuden käyttää kyseistä ammattinimikettä: proviisori (farmasian maisteri), psykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, farmaseutti, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, suuhygienisti, toimintaterapeutti, optikko ja hammasteknikko.

Suomessa 21 hyvinvointialuetta, Helsingin kaupunki sekä HUS-yhtymä (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) vastaavat julkisten sosiaali- ja terveystalvöjien järjestämisestä. Niiden vastuulla on myös huolehtia henkilöstön riittävästä perehdytyksestä, jatkuvasta koulutuksesta ja osaamisen kehittämisestä.

Miten potilasturvallisuuskoulutus sisältyy kansalliseen potilasturvallisuusstrategiaan/toimintasuunnitelmaan?

Nykyisessä asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa sekä sen toimeenpanosuunnitelmassa vuosille 2022–2026 edistetään osallisuutta ja sitoutumista, turvallisuutta vahvistavia toimenpiteitä sekä turvallisuuskulttuurin johtamista Suomessa. Tavoitteena on, että Suomi on vuoteen 2026 mennessä potilas- ja asiakasturvallisuuden mallimaa. Tämä tarkoittaa näyttöön perustuvien suositusten käyttöönottoa, joista hyötyvät johto, ammattilaiset, potilaat ja asiakkaat kaikissa organisaatioissa ja kaikilla toiminnan tasoilla. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus tuki strategian käytännön valmistelutyötä.

Strategia on jaettu neljään painopisteeseen, joista kukin sisältää kolme tavoitetta. Toisen painopisteen (”Hyvinvoivat ja osaavat ammattilaiset”) tavoitteena 2.1 on ”varmistaa turvallisuusosaaminen ja sen lisääntyminen läpi työuran”. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat sitoutuneita tuottamaan turvallista hoitoa ja palveluja. Asiakas- ja potilasturvallisuuden koulutuksen ja opetuksen tulee keskittyä järjestelmätason virheiden tunnistamiseen ja ehkäisyyn sekä tukea ammattilaisten kykyä tunnistaa oma roolinsa osana kokonaisvaltaista turvallisuutta. Peruskoulutuksen kehittämisen tulee perustua kansainvälisiin suosituksiin.

Strategiaan sisältyy toimeenpanosuunnitelma, jonka toteutumista seurataan valituin mittarein. Kymmenen strategisen indikaattorin joukossa on yksi, joka käsittelee potilasturvallisuuskoulutusta (indikaattori 6/2.1). Tavoitteena on, että WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelman sisältö sisällytetään kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutukseen. Päämääränä on, että kaikki lääketieteelliset koulutusohjelmat ja 80 prosenttia muista opetussuunnitelmista, jotka käynnistyvät vuonna 2024, vastaavat WHO:n opetussuunnitelman sisältöä ja että tämä opetussuunnitelma on sisällytetty kaikkiin koulutusohjelmiin vuoteen 2026 mennessä. Toteutumista arvioidaan kyselyllä, jonka toteuttavat yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien, ammattikorkeakoulujen ja muiden oppilaitosten osaamiskeskukset.

Mitkä ovat potilasturvallisuuden kansalliset oppimistavoitteet?

Potilasturvallisuuden kansalliset oppimistavoitteet

Asiakkaiden ja potilaiden turvallisuutta parannetaan ammatillisen osaamisen vahvalla perustalla, joka saavutetaan peruskoulutusvaiheessa, sekä osaamisen jatkuvalla ylläpidolla koko työuran ajan. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutusohjelmiin tulee sisällyttää turvallisuusosaamista käsitteleviä sisältöjä työelämävalmiuksien tukemiseksi. Paras tapa toteuttaa tämä on integroida turvallisuus osaksi alan ydinaineita ja käytännön harjoittelujaksoja. Opiskelijoille tulee tarjota riittävä perehdytys turvallisuuskäytäntöihin työharjoittelujaksojen alussa. Asiakas- ja potilasturvallisuus ei ole erillinen osa työtä, vaan jokainen työntekijä on vastuussa sen toteutumisesta omassa työssään.

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus edistää Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasturvallisuutta tutkimuksen, koulutuksen ja asiantuntijaverkostojen kautta. Keskus jakaa tietoa, levittää hyviä käytäntöjä ja tarjoaa työkaluja asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. Lisäksi se vastaa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian toimeenpanon koordinoinnista, mukaan lukien potilasturvallisuuskoulutuksen ja -opetuksen suunnittelu.

Lääketieteen koulutus

Lääketieteen koulutus koostuu Suomessa 360 opintopisteen laajuisesta lääketieteen lisensiaatin tutkinnosta, jonka suorittaminen vaatii tyypillisesti kuusi vuotta päätoimista opiskelua. Suomessa lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelman voi suorittaa viidessä yliopistossa. Valtaosa opetussuunnitelmasta on pakollinen ja kaikille opiskelijoille yhteinen. Lääketieteen lisensiaatin tutkinto antaa valmiudet toimia laillistettuna lääkärinä sekä tarjoaa tarvittavan osaamisen erilaisiin lääkärin ammatin tehtäviin. Lääkärit ovat velvollisia ylläpitämään ja kehittämään ammatillista osaamistaan koko työuransa ajan.

Vastavalmistuneiden lääkäreiden osaamistavoitteet on Suomessa määritelty yhteisesti kaikkien lääketieteellisten tiedekuntien kesken 2010-luvun alusta lähtien. Viimeisimmät tavoitteet hyväksyttiin kaikkien viiden lääketieteellisen tiedekunnan dekaanien kokouksessa vuonna 2020. Tavoitteet ovat yhteiset kaikille Suomen lääketieteellisille tiedekunnille. Yhteisten osaamistavoitteiden tarkoituksena on varmistaa, että kaikilla tiedekunnilla on yhtenäinen näkemys valmistuvien lääkäreiden taidoista, asenteista ja rooleista sekä siitä, miten

lääkäreitä koulutetaan ja mitä heidän tulee valmistuttuaan osata.

Lääkäriin työn ytimessä on potilaan hyvinvoinnin edistäminen. Lääkäri osaa soveltaa osaamistaan ja taitojaan pätevästi ja eettisesti myös monimutkaisissa ja epävarmoissa tilanteissa. Näihin tavoitteisiin sisältyy erillinen osio laadusta ja potilasturvallisuudesta:

- Toimi aina potilaskeskeisesti ja turvallisuutta korostaen.
- Edistä terveyttä ja turvallisuutta kaikissa tilanteissa.
- Ennakoi ja tunnista riskit ja vaaratilanteet, analysoi niitä avoimesti, ymmärrä erilaisia tapoja reagoida virheisiin ja opi virheistä – omista ja muiden.
- Hyödynnä infektioiden torjunnan periaatteita.
- Osaa kuvata laatuvaatimusten ja laadunhallinnan periaatteita sekä vertailla hoitotuloksia.
- Tunne inhimillisten tekijöiden vaikutus lääkinnällisten laitteiden ja ohjelmistojen käyttöön.
- Tunne resurssien käytön ja priorisoinnin kehittämisen keinot.

Sairaanhoitajakoulutus

Suomessa sairaanhoitajia koulutetaan 20 ammattikorkeakoulussa. Sairaanhoitajakoulutus on 210 opintopisteen laajuinen ja kestää 3,5 vuotta. Koulutuksen taso vastaa alemmaa korkeakoulututkintoa (EQF 6). Sairaanhoitajatutkinto antaa yleissairaanhoitajan pätevyyden, joka täyttää Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivin sekä EU-direktiivin vaatimukset. Ammattikorkeakouluilla on opetussuunnitelmiansa suhteen laaja autonomia, eikä kansallista opetussuunnitelmaa ole. WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelma on hyvin tunnettu ammattikorkeakouluissa ja se otetaan huomioon sosiaali- ja terveysalan koulutusten opetussuunnitelmien kehittämisessä. Sairaanhoitajien opetussuunnitelmat sisältävät potilasturvallisuuden ydinalueet, jotka on määritelty ammattikorkeakoulujen yhteistyönä.

Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvät osaamisvaatimukset ja niiden sisällöt:

- Osoittaa tuntevansa potilas- ja asiakasturvallisuuden keskeiset tekijät.
- Edistää potilasturvallisuutta ja ehkäisee potilasturvallisuustapahtumia potilaan hoitoprosessin kaikissa vaiheissa.
- Viestii selkeästi potilasturvallisuuden varmistamiseksi.
- Toimii vaaratilanteessa välittömästi ja tilanteen vaatimalla tavalla.
- Tunnistaa mahdolliset potilasturvallisuustapahtumat ja raportoi niistä.
- Ymmärtää, miten potilasturvallisuusilmoitus käsitellään.

Ammatillinen koulutus

Lähihoitajia koulutetaan ammatillisessa koulutuksessa, joka vastaa tasoa EQF 4. Koulutusta järjestäviä toisen asteen oppilaitoksia on noin 50. Valvira myöntää lähihoitajille oikeuden käyttää lähihoitajan suojattua ammattinimikettä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisena. WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelma sisällytettiin lähihoitajakoulutuksen valtakunnallisiin tutkintovaatimuksiin 1. elokuuta 2024 alkaen.

Miten terveydenhuollon ammattilaisten potilasturvallisuuden perusosaaminen varmistetaan?

Strategian mukaan uusille työntekijöille on tarjottava kattava perehdytysohjelma, joka sisältää työpaikan omavalvontasuunnitelman tai asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman, lääkehoitosuunnitelman sekä perehdytyksen organisaation toimintatapoihin ja työyhteisön kulttuuriin. Järjestelmällinen ja riittävä perehdytys uusiin tehtäviin, työympäristöön sekä työpaikan laitteisiin ja tietojärjestelmiin on turvallisen ammatinharjoittamisen edellytys.

Potilasturvallisuuden osaamiskeskusten tulisi tehdä yhteistyötä toisen asteen oppilaitosten ja korkeakoulujen kanssa määritelläkseen asiakas- ja potilasturvallisuuden osaamiskriteerit kullekin ammattiryhmälle. Samalla osaamiskeskusverkosto edistää asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyvien jatko-opintojen tarjontaa ja erityisosaamisen kehittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta ja opetusta antava henkilöstö saa lisäkoulutusta asiakas- ja potilasturvallisuudesta.

Strategiassa korostetaan, että jokaisella ammattilaisella on oikeus ja velvollisuus ylläpitää ja kehittää osaamistaan. Työnantajien tulee varmistaa, että henkilöstö osallistuu riittävässä laajuudessa täydennyskoulutukseen. WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelma on ammattikorkeakouluissa hyvin tunnettu, ja se otetaan huomioon sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmien kehittämisessä. Sitä sovelletaan myös tilanteissa, joissa työntekijä aloittaa uudessa työssä tai saa uusia tehtäviä, ja sen toteutumista arvioidaan vuosittaisissa kehityskeskusteluissa.

Onko potilasturvallisuuskoulutuksissa eroja eri ammattiryhmien välillä?

Potilasturvallisuus on osa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutusta, jonka sisältö vaihtelee ammattiryhmän mukaan (ammattilaisten roolit, tehtävät ja vastuut). Asiakas- ja potilaskeskeinen hoito on kaikkien ammattiryhmien ja koulutustasojen koulutuksen keskeinen periaate. Se muodostaa peruskoulutuksen perustan ja sisältyy kaikkiin tutkintoihin, erikoistumiskoulutuksiin ja jatkokoulutukseen.

3.3. Islanti

Miten potilasturvallisuuskoulutusta säädellään ja johdetaan?

Islannin parlamentti (Alþingi) toimii lainsäätäjänä, joka vastaa koulutukseen ja potilasturvallisuuteen liittyvästä lainsäädännöstä. Islannissa terveysalan koulutusohjelmia valvoo kaksi ministeriötä. Terveystieteiden akateemisia opintoja, kuten sairaanhoitoa, synnytysoppia, lääketiedettä, fysioterapiaa, farmasiaa ja psykologiaa, opetetaan yliopistotasolla. Korkeakoulutus, tiede- ja innovaatioministeriö vastaa yliopistotasaisen koulutuksen määräyksistä ja laatii kansallisten tutkintojen viitekehukset. Nämä viitekehukset määrittelevät korkeakoulujen tutkintojen ja koulutusohjelmien rakenteet sekä perustuvat oppimistuloksiin, eli tietoon, taitoihin ja osaamiseen, jotka opiskelijoiden tulisi hallita opintojensa päättyessä. Kaikkien yliopistojen on julkaistava vastaavat kuvaukset jokaisesta akateemisesta koulutusohjelmastaan.¹

Toiseen asteen koulutusohjelmat kouluttavat esimerkiksi lähihoitajia, hammashoitajia ja farmaseuttisen teknologian ammattilaisia. Opetus- ja lapsiministeriö vastaa tämän koulutustason terveysalan koulutuksesta. Ministeriön tehtäviin kuuluu opetussuunnitelmien kehittäminen, säädösten antaminen ja koulutus uudistusten suunnittelu.

Miten potilasturvallisuuskoulutus sisältyy kansalliseen potilasturvallisuusstrategiaan/toimintasuunnitelmaan?

Islannin terveysjohtajan viraston (Embætti landlæknis) laatima terveydenhuollon laadun kehittämissuunnitelma vuosille 2019–2030 (Áætlun um gæðapróun í heilbrigðisþjónustu) tähtää terveydenhuollon laadun ja turvallisuuden parantamiseen sekä kehittämistyön edistämiseen. Virasto julkaisee suunnitelman, jonka terveysministeri vahvistaa. Suunnitelma keskittyy neljään pääalueeseen: laadunparannustyön uudistamiseen ja strukturointiin, laatuindikaattorien käyttöönottoon, tapahtumien hallintaan ja dokumentointiin sekä säännöllisiin potilaskokemuskyselyihin. Suunnitelman tavoitteena on parantaa terveydenhuoltopalvelujen laatua ja turvallisuutta sekä tukea niiden jatkuvaa kehittämistä.

Terveydenhuollon laitoksilta ja ammattilaisilta edellytetään strategioiden ja toimintasuunnitelmien laatimista laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi terveydenhuollon laadun kehittämissuunnitelman mukaisesti. Näiden suunnitelmien tulee sisältää esimerkiksi konkreettisia toimia, joilla parannetaan potilasturvallisuutta kehittämistyön avulla, hyödynnetään potilaiden kokemuksia ja osallistetaan heitä aktiivisesti, opitaan tapahtumista sekä hyödynnetään laatuindikaattoreita kehittämistyön ohjaamisessa. Työtä tuetaan kansallisella tasolla mm. kansallisilla laaturekistereillä ja indikaattoreilla sekä kansallisilla ohjeilla, menettelytavoilla ja standardeilla.

¹ Mennta- og menningarmálaráðuneytið (2011). Korkeakoulutuksen kansallinen tutkintojen viitekehys. Stjórnartíðindi.

Islannissa terveydenhuoltopalvelujen työntekijöille ja johdolle ei ole pakollista potilasturvallisuuskoulutusta, mutta eri terveydenhuoltolaitokset järjestävät omia potilasturvallisuuteen liittyviä kurssejaan.

Mitkä ovat potilasturvallisuuden kansalliset oppimistavoitteet?

Islannissa ei ole virallisesti määritelty erillisiä kansallisia potilasturvallisuuden oppimistavoitteita. Useisiin lakeihin ja asetuksiin on kuitenkin kirjattu velvoite toimia tavalla, joka asettaa potilasturvallisuuden etusijalle. Näitä lakeja ja asetuksia ovat mm. terveysalan ammatinharjoittajista annettu laki (Lög um heilbrigðisstarfsmenn, 34/2012), potilaan oikeuksista annettu laki (Lög um réttindi sjúklinga, 74/1997), terveysasioiden johtajaa ja kansanterveyttä koskeva laki (Lög um landlækni og lýðheilsu, 41/2007) sekä potilasasiakirjalaki (Lög um sjúkraskrár, 55/2009). Nämä säädökset muodostavat Islannissa potilasturvallisuuden varmistamisen perustan. Opetussuunnitelmien laatijat ja kouluttajat hyödyntävät lakisääteisiä vaatimuksia sekä parhaita käytäntöjä varmistaakseen, että opiskelijat saavat tarvittavat tiedot ja taidot potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi käytännön työssään.

Islannissa ei yleensä mainita suoraan termiä *potilasturvallisuus* terveysalan koulutusohjelmien oppimistuloksissa. Islannin yliopiston sairaanhoitajakoulutuksen tutkinto-ohjelmassa potilasturvallisuus kuitenkin sisältyy yhteen oppimistavoitteeseen: ”opiskelijalla on tietoa täsmällisen ja asianmukaisen toiminnan merkityksestä oman ja potilaan turvallisuuden varmistamiseksi”.

Potilasturvallisuus ja terveydenhuollon turvallisuus ovat kuitenkin integroituna moniin terveysalan koulutusohjelmien kursseihin ja opintokokonaisuuksiin. Esimerkiksi Islannin yliopistossa on tarjolla kurssi sellaisille opiskelijoille, jotka ovat suorittaneet vähintään kolme vuotta terveysalan kandidaattiopintoja kliinisissä aineissa. Kurssin lopussa opiskelijan tulee:

- Tuntee terveystieteiden eettiset periaatteet.
- Tuntee ihmisoikeuksien periaatteet.
- Osata selittää moniammatillisen tiimityön ideologia ja menetelmät.
- Hallita tehokas viestintä moniammatillisessa yhteistyössä.
- Osoittaa ammattimaisuutta viestinnässä muiden opiskelijoiden ja ohjaajan kanssa.
- Osata selittää yhteistyön ja viestinnän merkitys eri terveysalojen välillä sekä potilaan että yhteisön näkökulmasta.

Lääketieteen opiskelijoilla on opintojensa viimeisenä vuonna lyhyt potilasturvallisuuskurssi, ja sairaanhoitajaopiskelijoille potilasturvallisuutta opetetaan luennoilla.

Miten terveydenhuollon työntekijöiden potilasturvallisuuden perusosaaminen varmistetaan?

Islannin terveysjohtajan virasto myöntää terveydenhuollon ammattilaisille luvan käyttää suojattua ammattinimikettä ja harjoittaa kyseistä ammattia Islannissa. Tällä varmistetaan, että ammatinharjoittajilla on ennen potilastyöhön ryhtymistä vaadittava koulutus, pätevyys ja osaaminen. Terveysalan ammatinharjoittajista annetun lain, potilaan oikeuksista annetun lain, terveyspalvelujen laadun ja toiminnan arvioinnissa käytettävistä laatuindikaattoreista annetun asetuksen sekä muiden asiaankuuluvien säädösten mukaisesti kaikki terveydenhuollossa työskentelevät henkilöt ovat lain mukaan velvollisia suorittamaan tehtävänsä tavalla, joka turvaa potilasturvallisuuden.

Terveydenhuollon työnantajilla on vastuu varmistaa, että työntekijöillä on voimassa oleva ammatinharjoittamisoikeus ja riittävä potilasturvallisuusosaaminen. Tämä sisältää jatkuvan koulutuksen sekä riittävien resurssien ja tuen tarjoamisen, jotta työntekijät voivat syventää ymmärrystään potilasturvallisuudesta ja soveltaa työssään turvallisia käytäntöjä. Islannin suurin sairaala, Landspítali, järjestää kliiniselle terveydenhuoltohenkilöstölle ja opiskelijoille potilasturvallisuuden peruskurssin. Kurssi sisältää ennakkolukemista, lyhyitä luentoja, simulaatioharjoituksia ja pienryhmäopetusta. Kurssin opetusmateriaali on peräisin Hongkongin kiinalaisen yliopiston BASIC Collaboration -ohjelmasta, ja sitä käytetään luvanvaraisesti.

Onko potilasturvallisuuskoulutuksissa eroja eri ammattiryhmien välillä?

Koulutusten sisältö ja laajuus vaihtelevat sekä ammattiryhmien välillä että niiden sisällä. Erot johtuvat esimerkiksi eri opettajista, oppikirjoista, luentojen määrästä ja käytännön harjoittelun laajuudesta.

3.4. Norja

Miten potilasturvallisuuskoulutusta säädellään ja johdetaan?

Norjan terveys- ja sosiaalialan koulutusten yhteistä viitekehystä koskeva asetus (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanning, 2017) soveltuu yliopistoihin ja korkeakouluihin, jotka tarjoavat terveys- ja sosiaalialan koulutusta ja jotka on akkreditoitu yliopisto- ja korkeakoululain (Universitets- og høyskoleloven, 2005) mukaisesti. Asetus määrittelee terveys- ja sosiaalialan koulutuksen kansallisen viitekehysten yhdessä yksittäisten koulutusohjelmien kansallisten ohjeiden kanssa. Tarkoituksena on varmistaa, että korkeakoulut tarjoavat käytäntöön ja tutkimukseen perustuvaa terveys- ja sosiaalialan opetusta, joka on korkealaatuista ja ajankohtaista. Potilasturvallisuutta ei mainita asetuksessa suoraan. Vuodesta 2022 alkaen 19 koulutusohjelmaa on noudattanut asetusta.

Norjan opetus- ja tutkimusministeriö vastaa siitä, että terveys- ja sosiaalialan koulutuksille laaditaan kansalliset ohjeet. Ohjeissa tulee määritellä koulutuksen tarkoitus, kansallisen tutkintojen viitekehysten mukaiset oppimistulokset sekä vaatimukset yksittäisten koulutusohjelmien kurssien kehittämiseksi. Ohjeiden tulee sallia myös ammatillinen kehitys, innovaatio ja paikallinen soveltaminen yksittäisissä oppilaitoksissa (Meld. St. 9 [2023–2024])^{2,3}.

Norjassa on tällä hetkellä kymmenen yliopistoa, kuusi korkeakoulua ja viisi tieteellistä korkeakoulua, jotka kuuluvat opetus- ja tutkimusministeriön alaisuuteen. Lisäksi Norjassa on huomattava määrä yksityisiä korkeakouluja, joista viidellätoista on valtion taloudellinen tuki.

^{2,3} <https://www.regjeringen.no/contentassets/389bf8229a3244f0bc1c7835f842ab60/national-regulations-relating-to-a-common-curriculum-for-health-and-social-care-education.pdf>

Miten potilasturvallisuuskoulutus sisältyy kansalliseen potilasturvallisuusstrategiaan/toimintasuunnitelmaan?

Norjan terveysturvaviraston (Helsedirektoratet) kansallinen toimintasuunnitelma potilasturvallisuuden ja laadun parantamiseksi (Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, 2019-2023) edisti kohdennettumpaa ja koordinoitumpaa lähestymistapaa potilasturvallisuuden parantamiseksi sekä tuki samalla johtamisesta ja laadun parantamisesta annetun asetuksen vaatimuksia. Toimintasuunnitelma sisälsi neljä yleistä osa-aluetta, joista yksi oli potilasturvallisuus- ja laadunparannusosaaminen. Koulutusohjelmat tulisi tämän osaamisen vahvistamiseksi sovittaa sekä terveydenhuollon työntekijöille että johdolle, ja niitä tulisi kehittää kansallisten, alueellisten ja paikallisten toimenpiteiden yhdistelmänä. Norjan toimintasuunnitelman painopistealueet sisällytettiin kansalliseen terveys- ja koordinoituvuussuunnitelmaan (Nasjonal helse- og samhandlingsplan, 2024–2027), ja niitä jatketaan edelleen potilas- ja käyttäjäturvallisuuden viitekehyksenä (Meld. St. 9 [2023–2024]).

Terveys- ja hoitoala vastaa itse riittävän osaamisen kehittämistä riskien vähentämiseksi ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi sekä potilaiden, käyttäjien ja omaishoitajien tietojen ja kokemusten hyödyntämisestä ja heidän aktiivisesta osallistamisestaan kehittämistyöhön. Tämä korostuu johtamisesta ja laadun parantamisesta annetussa asetuksessa (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten). Kansallisen tason tuki ilmenee mm. entisen potilasturvallisuuskampanjan ja -ohjelman⁴ (2011–2019), edellä mainitun kansallisen toimintasuunnitelman (2019-2023), potilasturvallisuuskonferenssien, kansallisten laaturekisterien ja -indikaattorien, kansallisten ohjeiden sekä erilaisten hoitoketjujen ja standardien kautta. Entinen potilasturvallisuusohjelma muutettiin vuonna 2018 pysyväksi rakenteeksi terveysturvaviraston alaisuuteen, jossa sillä on potilasturvallisuudessa kansallisen tason koordinoiva rooli. Lisäksi Norjassa on yhteinen ”ylimmän johdon koulutusohjelma”, joka kattaa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon ja jonka puitteissa käsitellään myös potilasturvallisuutta ja laadunparantamista.

Norjassa ei ole lakisääteisiä vaatimuksia terveydenhuollon työntekijöiden tai johdon potilasturvallisuuskoulutukselle. Tästä huolimatta alueellisella ja paikallisella tasolla on tarjolla monenlaisia koulutuksia ja muita osaamisen kehittämishankkeita, kuten alueellisten terveysturvavirastomaisten (Regionalt helseforetak) järjestämä laadunparannuskoulutus, jossa potilasturvallisuus on keskeinen painopiste. Lisäksi sairaaloissa ja kunnissa toimii useita jatkuvia oppimisverkostoja ja muita osaamisen kehittämishankkeita. Yhä useammin sairaaloiden ja kuntien välillä toteutetaan myös laadunparannukseen ja potilasturvallisuuteen liittyviä yhteisiä koulutusohjelmia.

⁴ Potilasturvallisuusohjelma lopetettiin vuonna 2018 ja perustettiin uudelleen terveysturvaviraston alaisuuteen osastoksi, jolla on vastuu kansallisesta potilasturvallisuuden ja laadunparantamisen toimintasuunnitelmasta.

Mitkä ovat potilasturvallisuuden kansalliset oppimistavoitteet?

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen yhteistä viitekehystä koskevassa asetuksessa todetaan, että valmistuessaan opiskelijoiden tulee saavuttaa seuraavat potilasturvallisuuteen liittyvät oppimistulokset:

- Valmistuneiden tulee pystyä arvioimaan haittatapahtumien riskejä ja tuntea menetelmät näiden riskien järjestelmälliseen seurantaan (kohta 8).
- Valmistuneiden tulee tuntea uudet lähestymistavat ja tekniikat, jotta he voivat osallistua innovatiivisiin käytäntöihin sekä järjestelmälliseen ja laadunparantamiseen tähtäävään työskentelyyn (kohta 11).

Jokaisella koulutusohjelmalla on näiden oppimistulosten pohjalta yksi tai useampi oppimistulos, jossa korostetaan nimenomaan potilasturvallisuutta.

Esimerkkejä:

Lääketieteen koulutus: Opiskelija osaa käyttää asianmukaisia menetelmiä haittatapahtumien riskin arvioimiseksi sekä osallistua laadunparannus- ja potilasturvallisuustyöhön käyttämällä menetelmiä riskien järjestelmälliseen seurantaan.⁵

Sairaanhoitajakoulutus: Opiskelijalla on tietoa laadusta ja potilasturvallisuudesta terveydenhuollon eri tasoilla. Hän osaa tunnistaa ja arvioida yksilöön, järjestelmään ja ympäristöön liittyviä riskitekijöitä sekä dokumentoida ja seurata niitä järjestelmällisesti, mukaan lukien asianmukaisten toimenpiteiden toteuttaminen.⁶

Miten terveydenhuollon työntekijöiden potilasturvallisuuden perusosaaminen varmistetaan?

Norjan kansallinen terveystieteiden lautakunta (Helsetilsynet) tarkastaa terveydenhuollon palveluja kansallisilla järjestelmätarkastuksilla sekä paikallisilla organisaatio- ja ammattitarkastuksilla. Lautakunta voi määrätä laitoksille sakkoja, antaa terveydenhuollon henkilöstölle varoituksia ja peruuttaa terveydenhuollon ammattilaisen toimiluvan väärinkäytöstapauksissa. Läänien kuvernöörit tekevät paikallisia tarkastuksia osana kansallisen terveystieteiden lautakunnan toimintaa.

Terveystieteiden virasto vastaa terveydenhuollon ammattilaisten lisensoinnista ja valtuutuksesta. Norjassa ei ole järjestelmää ammattilaisten uudelleenarviointiin tai uudelleenvaltuutukseen. Virasto myöntää lääkäreille erikoistumistodistuksia määriteltyjen vaatimusten mukaisesti. Ainoastaan yleislääkäreiden erikoistuminen edellyttää uudelleensertifiointia.

⁵ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-21>

⁶ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Terveysvirasto vastaa myös terveydenhuollon kansallisesta laatuindikaattoriohjelmasta. Yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten työn tuloksia tai laatua koskevaa tietoa ei kuitenkaan kerätä eikä jaeta.

Jokainen terveydenhuollon työnantaja on vastuussa siitä, että henkilöstö suorittaa työnsä ammattitaitoisesti ja asianmukaisesti. Tämä tarkoittaa myös sitä, että työnantaja vastaa laadunvarmistuksesta, viitteiden tarkistamisesta sekä työntekijöiden osaamisen riittävyyden seurannasta.

Alueelliset terveystoimikunnat, sairaalat, terveydenhuollon kunnalliset palveluntarjoajat sekä yksityiset palveluntarjoajat vastaavat itse palvelujensa laadusta ja työntekijöidensä osaamisesta. Akkreditointia tai uudelleenakkreditointia ei vaadita, vaikka jotkin sairaalat tai sairaalaosastot ovatkin akkreditoituja (Tikkanen ym., 2020).

Onko potilasturvallisuuskoulutuksissa eroja eri ammattiryhmien välillä?

Kaikkien Norjan sosiaali- ja terveysalan koulutusten on noudatettava yhteistä viitekehystä, joka sisältää potilasturvallisuuteen liittyviä oppimistuloksia. Tämän vuoksi koulutusohjelmien ja ammattiryhmien välillä pitäisi olla vain vähäisiä eroja. Käytännössä eroja voi kuitenkin esiintyä sekä ammattiryhmien välillä että niiden sisällä esimerkiksi opettajien, oppikirjojen, luentojen määrän ja käytännön harjoittelun eroista johtuen. Yhteinen koulutusviitekehys otettiin käyttöön vuonna 2019, joten ennen tätä valmistuneet ammattilaiset eivät välttämättä ole saaneet potilasturvallisuuskoulutusta.

3.5. Ruotsi

Miten potilasturvallisuuskoulutusta säädellään ja johdetaan?

Ruotsin valtiopäivät (Riksdag) on maan ylin päätöksentekuelin, jonka tehtäviin kuuluu lakien säätäminen ja valtion talousarvion hyväksyminen. Lisäksi se valvoo hallituksen toimintaa ja sen tapaa hoitaa tehtäviään. Valtiopäivät määrittää eri tutkintojen (myös ammattitutkintojen) yleisen sisällön korkeakouluasetuksen (Högskoleförordningen, 1993:100) kautta.

Ruotsin yliopistonkanslerinvirasto (Universitetskanslersämbetet) arvioi korkeakoulutuksen laatua sekä oppilaitosten omia laadunvarmistusjärjestelmiä koulutuksen ja tutkimuksen osalta. Lisäksi se seuraa ja analysoi Ruotsin korkeakoulujen kehitystä ja trendejä, vastaa korkeakoulutuksen virallisista tilastoista sekä harjoittaa kaikkien yliopistojen ja korkeakoulujen oikeudellista valvontaa. Yliopistonkanslerinvirasto osallistuu myös aktiivisesti kansainväliseen korkeakouluuyhteistyöhön.

Miten potilasturvallisuuskoulutus sisältyy kansalliseen potilasturvallisuusstrategiaan/toimintasuunnitelmaan?

Ruotsin kansallisessa potilasturvallisuuden parantamisen toimintasuunnitelmassa vuosille 2020–2024 (Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården) määritellään riittävä tieto ja osaaminen yhtenä neljästä perusedellytyksestä; kolme muuta ovat sitoutunut johtaminen ja selkeä ohjaus, hyvä turvallisuuskulttuuri sekä potilas yhteiskehittäjänä. ”Riittävä tieto ja osaaminen” -osion keskeinen aihe on ”Erityinen tieto potilasturvallisuudesta”. Tätä kuvataan seuraavasti:

”Potilasturvallisuudesta tarvitaan tietoa terveydenhuollon kaikilla tasoilla yksittäisten työntekijöiden, esihenkilöiden ja johtajien sekä päätöksentekijöiden ja poliitikkojen keskuudessa. On tärkeää tehdä päätöksiä ajankohtaisen tutkimuksen ja alan tietämyksen pohjalta. Tämä tietämys kattaa esimerkiksi käyttäytymistieteet, psykologian, lääke- ja hoitotieteen, johtamis- ja organisaatioteorian, taloustieteen sekä päätöksenteon teorian. Tietoa tarvitaan paitsi tasapainoisen järjestelmätason päätöksenteon tueksi myös riskien arvioimiseksi sekä yksittäistä potilasta koskevien päätösten tekemiseksi ja toimeenpanemiseksi.

Terveydenhuollon ammattilaiset voivat esittää perusteltuja vaatimuksia ja edistää turvallista työympäristöä niin potilaille kuin henkilöstöllekin, kun potilasturvallisuus sisällytetään sekä perus- että jatkokoulutukseen. Riskitietoisuuden ja riskienhallintakyvyn lisääminen edellyttää myös osaamista laadun ja toimintatapojen parantamisen sekä niiden toteuttamisen saralla.

Järjestelmätason vaikutusten ymmärtäminen on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa, mikä luo turvallista hoitoa. Organisaation puutteet voidaan havaita ja korjata järjestelmälähtöisen lähestymistavan avulla. Muita tärkeitä koulutustarpeita ovat moniammatillisiin työskentelytapoihin, tietoturvaan ja muutosjohtamiseen liittyvä osaaminen”.

Toimintasuunnitelman yksi painopistealueista on ”Turvallista hoitoa täällä ja nyt”. Tähän painopisteeseen sisältyy useita kansallisia toimenpide-ehdotuksia:

- Toteutetaan toimia terveydenhuoltojärjestelmän kaikilla tasoilla potilasturvallisuustietoisuuden ja -osaamisen lisäämiseksi, kuten viestintä- ja tiedotustoimenpiteitä sekä kohderyhmäkohtaista potilasturvallisuuskoulutusta.
- Tuetaan toimia, joilla edistetään perehdytysohjelmia sekä teknisten ja ei-teknisten taitojen säännöllistä koulutusta koko terveydenhuollossa.
- Tuetaan toimia, joiden avulla voidaan parantaa, tunnistaa, arvioida ja jatkokehittää olemassa olevia menetelmiä, työkaluja ja työmenetelmiä turvallisen hoidon varmistamiseksi.
- Edistetään potilasturvallisuuden painottamista terveydenhuollon perus- ja erikoistumiskoulutuksessa.
- Selvitetään ja arvioidaan mahdollisuutta sovittaa WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelma Ruotsin kontekstiin.
- Toteutetaan toimia, joilla lisätään potilaiden ja heidän omaistensa osallistumista potilasturvallisuustyöhön.
- Kannustetaan ja tuetaan potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta.

Lisäksi ehdotetaan, että päätöksentekijöiden tulisi ”varmistaa ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuustieto kaikilla tasoilla jatkuvan osaamisen kehittämisen ja jatkokoulutuksen kautta”.

Mitkä ovat potilasturvallisuuden kansalliset oppimistavoitteet?

Korkeakouluasetuksessa (1993:100) kansalliset potilasturvallisuuteen liittyvät yleiset oppimistavoitteet sisältyvät vain lääketieteen tutkintoon. Asetuksessa todetaan, että tutkinnon saamiseksi opiskelijan on ”*osoitettava tuntevensa potilasturvallisuuden, laadun ja terveydenhuollon priorisointien periaatteet sekä menetelmät terveydenhoidollisten toimien arvioimiseksi*”.

Seitsemässä ammattitutkinnossa on erillisiä oppimistavoitteita, jotka liittyvät erityisiin riskialueisiin: biolääketieteen analyytikot (*osaavat tunnistaa poikkeamia*), ortopediset insinöörit (*tuntevat säteilysuojelusäädökset*), farmaseutit (*osaavat analysoida ja ratkaista lääkehoitoon liittyviä ongelmia*), röntgenhoitajat (*tuntevat säteilysuojelusäädökset*), sairaanhoitajat (*osaavat käsitellä lääkkeitä asianmukaisesti ja tiedottaa potilaita lääkkeiden vaikutuksista ja sivuvaikutuksista*), lääketieteen fyysikot (*hallitsevat säteilyturvallisuuskäytännöt*) sekä leikkaussali-toimintaan erikoistuneet sairaanhoitajat (*osaavat vastata aseptiikasta, instrumentoinnista sekä infektioiden ja komplikaatioiden ehkäisystä potilaiden leikkausten, hoitojen ja tutkimusten yhteydessä*).

Kansallinen potilasturvallisuuskurssi on suunnattu kaikille, jotka haluavat oppia lisää potilasturvallisuudesta ja siitä, miten voi työskennellä ennaltaehkäisevästi vähentääkseen vältettävissä olevien potilasvahinkojen riskiä. Kurssi on maksuton ja kaikille avoin. Kurssin opetus sisältö kattaa seuraavat aihealueet:

- Ennaltaehkäisevän riskienhallinnan ja järjestelmällisen potilasturvallisuustyön merkitys.
- Potilasturvallisuuden kannalta keskeiset yleiset tekijät, kuten keskeiset lait ja määräykset, käsitteet ja määritelmät, roolit ja vastuunjako sekä potilasturvallisuuden parantamisen kansallinen toimintasuunnitelma.
- Riskialueet ja vältettävissä olevat potilasvahingot, esimerkiksi terveydenhuolto monimutkaisena järjestelmänä ja vältettävissä olevien potilasvahinkojen ehkäiseminen, tunnetut riskialueet ja yleiset potilasvahinkojen tyypit sekä potilasturvallisuuden mittaaminen.
- Johtaminen ja turvallisuuskulttuuri, esimerkiksi hyvä turvallisuuskulttuuri, johtamisen ja tiimityön merkitys potilasturvallisuudelle sekä potilaiden ja heidän omaistensa osallistuminen.
- Järjestelmällinen potilasturvallisuustyö, esimerkiksi sen sisältö, laadun ja potilasturvallisuuden välinen yhteys, mitä tarkoitetaan johtamisjärjestelmällä, riskien arviointi ja analyysi, poikkeamat ja tapahtumien tutkiminen.
- Jos potilaalle sattuu haittatapahtuma, esimerkiksi hoidonantajan tai henkilöstön vastuu, potilaan tai henkilöstön tuen tarve, valitusten käsittely ja ilmoitusvelvollisuudet.

Miten terveydenhuollon työntekijöiden potilasturvallisuuden perusosaaminen varmistetaan?

Kaikki terveydenhuollossa työskentelevät ovat vastuussa siitä, että he suorittavat työnsä potilaille turvallisella tavalla. Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen vastuulla on varmistaa, että henkilöstöllä on riittävä osaaminen ja pätevyys tehtäviensä hoitamiseen.

Onko potilasturvallisuuskoulutuksissa eroja eri ammattiryhmien välillä?

Ruotsin sosiaalhallitus (Socialstyrelsen) osoitti vuonna 2021 julkaistussa raportissa, että sana *potilasturvallisuus* ei mainittu 43:ssa 96:sta terveydenhuollon koulutusohjelmasta. Tietämys riskeistä ja vahinkojen ehkäisystä mainittiin viidessä ohjelmassa 96:sta, ja potilasvahingot mainittiin 11 ohjelmassa. Vastaajat kuitenkin kuvailivat raporttiin sisältyneissä haastattelussa, että potilasturvallisuus sisältyy suurelta osin opetukseen, vaikka se usein esiintyy epäsuorasti eikä aina erillisenä teemana.

3.6. Potilasturvallisuuden kansallisten oppimistavoitteiden vertailu Pohjoismaissa

- **Tanska**

- o Yliopistotason terveysalan koulutus: Potilasturvallisuus mainitaan joissain yliopistotason koulutuksissa, kuten lääketieteen, hammaslääketieteen ja farmasian opinnoissa, mutta ei kaikissa opetussuunnitelmissa. Lisäksi kansanterveyden maisteriohjelmiaan sisältyy kaksi valinnaista potilasturvallisuuden opintojaksoa.
- o Ammattikorkeakoulut: Yksi oppimistulosten tavoitteista liittyy potilasturvallisuuteen ammattikorkeakoulujen koulutusohjelmia koskevissa asetuksissa. Joissain, mutta ei kaikissa yksittäisten koulutusohjelmien opetussuunnitelmissa, on vastaavia yleisiä oppimistavoitteita potilasturvallisuudesta.
- o Ammatillinen koulutus: Yksi oppimistulosten tavoitteista liittyy potilasturvallisuuteen sosiaali- ja terveysalan avustajien koulutusta koskevassa asetuksessa. Lisäksi potilasturvallisuus sisältyy oppimistavoitteiden kuvauksiin useiden eri oppiaineiden yhteydessä.

- **Suomi**

- o Yliopistotason terveysalan koulutus: Kaikkien viiden lääketieteellisen tiedekunnan dekaanit hyväksyivät vuonna 2020 vastavalmistuneiden kansalliset osaamistavoitteet. Nämä osaamistavoitteet sisältävät useita potilasturvallisuuteen liittyviä tavoitteita.
- o Ammattikorkeakoulut: Ammattikorkeakouluilla on opetussuunnitelmiansa suhteen autonomia, eikä kansallista opetussuunnitelmaa ole. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyy selkeästi kuusi osaamisvaatimusta.
- o Ammatillinen koulutus: WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelma sisällytetään ammatilliseen koulutukseen ja etenkin lähihoitajien kansallisiin tutkintovaatimuksiin.

- **Islanti**
 - o Yliopistotason terveystalon koulutus: Erillisiä kansallisia potilasturvallisuuden oppimistavoitteita ei ole vahvistettu. Useissa laeissa ja asetuksissa on määritelty velvollisuus toimia potilasturvallisuutta ensisijaisesti edistävällä tavalla. Opetussuunnitelmien laatijat ja opettajat hyödyntävät näitä oikeudellisia vaatimuksia ja hyviä käytäntöjä varmistaakseen, että opiskelijat saavat tarvittavat tiedot ja taidot potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi työssään. Potilasturvallisuutta ei yleensä mainita suoraan terveystalon koulutusohjelmien oppimistuloksissa, mutta potilas- ja hoitoturvallisuus sisältyy useisiin kursseihin ja opetussisältöihin.
 - o Ammattikorkeakoulut: Sama pätee kuin Islannin yliopistotasoihin terveystalon koulutuksiin.
- **Norja**
 - o Yliopistotason terveystalon koulutus: Sosiaali- ja terveystalon koulutuksen yhteistä viitekehystä koskevassa asetuksessa todetaan, että opiskelijoiden tulee valmistuessaan saavuttaa kaksi potilasturvallisuuteen liittyvää oppimistulosta. Jokaisella koulutusohjelmalla on näiden oppimistulosten pohjalta yksi tai useampi oppimistulos, joka korostaa nimenomaan potilasturvallisuutta.
 - o Ammattikorkeakoulut: Sama pätee kuin Norjan yliopistotasoihin terveystalon koulutuksiin.
- **Ruotsi**
 - o Yliopistotason terveystalon koulutus: Kansalliset potilasturvallisuuteen liittyvät yleiset oppimistavoitteet sisältyvät korkeakouluasetuksessa vain lääketieteen tutkintoon.
 - o Ammattikorkeakoulut: Seitsemässä ammattitutkinnossa on erillisiä oppimistavoitteita, jotka liittyvät erityisiin riskialueisiin.

4.

Yhteiset linjaukset

4. Hankkeen pohjoismaisten viranomaisten yhteiset linjaukset potilasturvallisuuden pohjoismaisesta viitekehyksestä

4.1 Viitekehyksestä muodostuu hanke pohjoismaisten viranomaisten yhteisestä linjasta potilasturvallisuuden tiedoista ja taidoista

Pohjoismainen potilasturvallisuuden tietojen ja taitojen viitekehys muodostaa hankkeeseen osallistuneiden pohjoismaisten viranomaisten yhteisen linjauksen potilasturvallisuuden tiedoista ja taidoista Pohjoismaissa.

- Tanska: Tanskan potilasturvallisuusvirasto (Styrelsen for Patientsikkerhed)
- Suomi: Sosiaali- ja terveysministeriö, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus
- Norja: Norjan terveysvirasto (Helsedirektoratet)
- Ruotsi: Ruotsin sosiaalhallitus (Socialstyrelsen)
- Islanti: Islannin terveysvirasto (Embætti landlæknis)

Viitekehysten tavoitteena on edistää osaamisen järjestelmällistä kehittämistä, vähentää vaihtelua, parantaa potilasturvallisuutta ja vähentää estettävissä olevaa haittaa Pohjoismaissa.

Hankkeeseen osallistuneet viranomaiset jakavat **yhteisen pohjoismaisen vision, jonka mukaan potilasturvallisuudesta tulee integroitu osa terveydenhuollon ammattilaisten osaamista.** Taitoja tulee kehittää jatkuvasti koulutusjärjestelmästä työelämään saakka yhteisymmärryksessä kouluttajien ja ammattilaisten välillä sekä rajat, toimialat ja ammattiryhmät ylittävällä tavalla.

4.2. Viitekehys perustuu WHO:n potilasturvallisuuden määritelmään

WHO määrittelee potilasturvallisuuden ”järjestelmällisenä toimintakehyksenä, joka luo terveydenhuoltoon kulttuureja, prosesseja, menettelytapoja, käyttäytymismalleja, teknologioita ja ympäristöjä, jotka johdonmukaisesti ja kestävästi vähentävät riskejä, estävät vältettävissä olevaa haittaa, tekevät virheistä epätodennäköisempiä ja vähentävät haittojen vaikutusta, jos niitä tapahtuu”.

Pohjoismainen viitekehys on yhteinen tulkinta siitä, mitä WHO:n määritelmä tarkoittaa potilasturvallisuuden opetuksen, oppimisen ja koulutuksen näkökulmasta Pohjoismaissa. Se pohjautuu WHO:n potilasturvallisuuden opetussuunnitelmaan.

4.3. Hankkeen pohjoismaiset viranomaiset jakavat yhteisen vision potilasturvallisuusosaamisen kehittämisestä

Pohjoismainen viitekehys esittää pohjoismaisen potilasturvallisuusosaamisen kehittämistä vision, jossa:

- **Henkilöstö** kokee olonsa turvallisesti sekä tietää omaavansa tarvittavat tiedot ja taidot turvallisen hoidon toteuttamiseen.
- **Terveydenhuoltopalvelujen käyttäjät** kokevat, että terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät yhdessä varmistaakseen, että saatu hoito on turvallista.
- **Henkilöstö ja palvelujen käyttäjät** tuottavat yhdessä turvallista hoitoa ja heitä tuetaan tuomaan esiin huolia palvelun turvallisuudesta.
- **Terveydenhuoltojärjestelmät** ovat joustavia ja edistävät potilasturvallisuuskulttuuria koko hoitoketjussa sekä potilaiden että henkilöstön näkökulmasta. Palveluntuottajat ovat siirtyneet yksilöiden syyllistämiseen ja virheiden pelosta järjestelmätason näkemiseen potilasturvallisuudesta.

4.4. Eri kohderyhmät tarvitsevat erilaisia potilasturvallisuuteen liittyviä tietoja ja taitoja

Pohjoismaisessa viitekehyksessä tunnistetaan, että **potilasturvallisuusosaamisen kehittämisessä on useita erilaisia kohderyhmiä**, jotka tarvitsevat erilaisia potilasturvallisuuteen liittyviä tietoja ja taitoja. Kohderyhmiin kuuluvat muun muassa:

- Laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt
- Ei-laillistetut terveydenhuollon työntekijät
- Henkilöt, jotka vastaavat potilasturvallisuuskoulutuksen ja -opetuksen sekä muun osaamisen kehittämisen suunnittelusta, koordinoinnista ja toteutuksesta oppilaitoksissa ja terveydenhuoltopalveluissa
- Opiskelijat
- Terveydenhuollon esihenkilöt ja johtajat kaikilla tasoilla
- Päätöksentekijät ja viranomaiset
- Terveydenhuollon paikallisissa ja keskitetyissä tukitoiminnoissa työskentelevät henkilöt
- Potilasturvallisuuden ja laadunparantamisen tukitoiminnoissa olevat kaikilla tasoilla
- Opetusmateriaalien tuottajat.

4.5. Potilasturvallisuus edellyttää erilaisia taitoja eri oppimisympäristöissä ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä

Pohjoismaisessa viitekehyksessä tunnistetaan, että **riskit ja vältettävissä oleva haitta ilmenevät eri tavoin eri ympäristöissä**. Potilasturvallisuuden vahvistamisen tulee siksi olla kontekstiin sovitettua. Terveydenhuollon erilaisissa toimintaympäristöissä sekä eri työntekijöille ja opiskelijoille tarvitaan erilaista tietoa ja taitoa. Pohjoismaista viitekehystä voidaan käyttää mm. koulutusympäristöissä, perehdytysohjelmissa, jatkokoulutuksessa ja muissa tilanteissa, joissa terveydenhuollon ammattilaiset ja johtajat saavat koulutusta ja opetusta.

4.6. Potilasturvallisuuden ja muiden osaamisalueiden välillä on keskinäinen riippuvuus

Pohjoismaisessa viitekehyksessä tunnistetaan, että **potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon muiden osaamisalueiden välillä on keskinäinen riippuvuus**. Näitä osaamisalueita ovat muun muassa:

- Laadunparantaminen
- Johtaminen
- Viestintä ja tiimityö
- Työympäristö
- Toimeenpano.

4.7. Viitekehys voi toimia maakohtaisten toimeenpanosuunnitelmien ja toimien perustana potilasturvallisuusosaamisen vahvistamiseksi

Pohjoismainen viitekehys tarjoaa yhteisen potilasturvallisuudesta yhteisen näkemyksen, jota voidaan käyttää jatkotoimien inspiraationa. Maiden omiin toimiin voivat sisältyä esimerkiksi:

- Kansalliset toimeenpanosuunnitelmat
- Potilasturvallisuusosaamisen kehittämisen edellytysten ja kapasiteetin arviointi ja kehittäminen
- Verkostoitumisen ja hyvien käytäntöjen (esim. opetusmenetelmien) jakamisen tukeminen potilasturvallisuuden asiantuntijoiden, oppilaitosten, työnantajien ja muiden sellaisten toimijoiden välillä, jotka ovat kiinnostuneita potilasturvallisuusosaamisen kehittämisestä.

4.8. Viitekehys voi myös toimia pohjoismaisen yhteistyön ja jatkotoimien perustana potilasturvallisuusosaamisen vahvistamiseksi

Pohjoismainen viitekehys toimii yhteisenä lähtökohtana pohjoismaiselle yhteistyölle ja jatkotoimille potilasturvallisuusosaamisen vahvistamiseksi. Tähän voi sisältyä esimerkiksi:

- Yhteinen työ: Viitekehysten toimeenpano
- Edellytysten luominen Pohjoismaiden väliselle tiedonvaihdolle esimerkiksi potilasturvallisuuskoulutuksesta ja kouluttajien osaamisen kehittämisestä
- Tuki oppilaitoksille, joilla ei vielä ole korkeaa potilasturvallisuusosaamisen tasoa – tämä voi sisältää oppimateriaaleja, resursseja, lähteitä ja verkkosivustoja
- Kampanjat ja webinaarit
- Johtajille suunnattu koulutus ja materiaali
- Potilasturvallisuusosaamisen määrittely tai ehdotukset eri ammattiryhmille (esim. lääkärit, hoitajat, kotihoito, sosiaaliala, suun terveydenhuolto, laboratorio, röntgen jne.)

- Yhteistyö kansallisten osaamiskeskusten välillä (kuten WHO:n strategiassa suositellaan) pohjoismaisen viitekehyksen puitteissa.

5.

Yhteenveto ja seuraavat vaiheet

5. Yhteenveto ja seuraavat vaiheet

Tämän hankkeen tavoitteena oli kehittää yhteinen viitekehys potilasturvallisuuden tiedoista ja taidoista sekä tällä tavoin parantaa potilasturvallisuutta ja vähentää ehkäistävissä olevaa haittaa Pohjoismaissa. Hanke sai alkunsa WHO:n suosituksesta, jonka mukaan kaikille terveydenhuollon ammattilaisille tulisi sisällyttää potilasturvallisuuden opetussuunnitelma osaksi koulutusta. Kaikki Pohjoismaat noudattavat WHO:n potilasturvallisuuden määritelmää. Pohjoismailla on kuitenkin tiettyjä yhteisiä piirteitä, jotka erottavat ne WHO:n keskimääräisistä jäsenmaista. Lisäksi monet terveydenhuollon ammattilaiset liikkuvat ja työskentelevät Pohjoismaissa maiden rajojen yli. Jos yhteinen osaamis pohja ja potilasturvallisuuden ymmärrys sisällytettäisiin kaikkien pohjoismaisten terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen, sillä voisi olla myönteinen vaikutus sekä potilaiden että henkilöstön turvallisuuteen.

Hankkeen aikana ilmeni tiettyjä havaintoja, jotka toivat uusia sävyjä alkuperäisiin oletuksiin. Vaikka Pohjoismailla ja niiden terveydenhuoltojärjestelmillä on monia yhteisiä piirteitä, jotka erottavat meidät useimmista WHO:n jäsenmaista, on myös selvää, että maiden koulutusjärjestelmissä sekä terveydenhuollon ammattilaisten sääntelyssä ja rekisteröinnissä on eroja. Tämän vuoksi pohjoismaisten koulutusohjelmien suorat vertailut ja vertailuarvioinnit eivät välttämättä ole tarkoituksenmukaisia. Oppilaitoksilla on laaja autonomia siinä, miten potilasturvallisuus integroidaan osaksi terveydenhuollon koulutusta. Lisäksi tutkintokoulutus on vain yksi tiedon ja osaamisen lähde terveydenhuollon ammattilaisille; merkittävä osa koulutuksesta ja osaamisen kehittämisestä tapahtuu työpaikoilla sekä henkilöstön perehdytyksessä ja jatkokoulutuksessa.

On tärkeää korostaa, etteivät potilasturvallisuuteen liittyvät tiedot ja taidot koske ainoastaan yksittäistä työntekijää, vaan ne liittyvät olennaisesti myös organisaation oppimiseen ja kehittämiseen. Potilasturvallisuusosaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen on jatkuva prosessi, johon osallistuvat työnantajat, laadunhallintaorganisaatiot, ammattijärjestöt, päättäjät ja muut sidosryhmät koko terveydenhuoltojärjestelmässä.

Toivomme, että yhteinen viitekehys voi toimia työkaluna ja vertailukohtana kaikille toimijoille, jotka osallistuvat terveydenhuollon ammattilaisten potilasturvallisuusosaamisen kehittämiseen ja ylläpitämiseen.

Viittaukset

Viittaukset: Lyhyt katsaus potilasturvallisuutta käsittelevään kirjallisuuteen

Aase, K., & Waring, J. (2020). Crossing boundaries: Establishing a framework for researching quality and safety in care transitions. *Applied ergonomics*, 89, 103228. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103228>.

AHRQ (2023). TeamSTEPPS®. Agency for Healthcare Research and Quality <https://www.ahrq.gov/teamstepps/about-teamstepps/index.html>.

AHRQ (2017). Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/guide.html>.

Alanazi AA., Nicholson N. & Thomas S. The Use of Simulation Training to Improve Knowledge, Skills, and Confidence Among Healthcare Students: A Systematic Review. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2017 tammikuu 01;15(3), artikkeli 2.

Bienstock J, Heuer A. A review on the evolution of simulation-based training to help build a safer future. *Medicine* 2022;101:25(e29503).

Carayon P. ym. (2006). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *BMJ Quality & Safety*, 15(suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>.

Carr DD. (2018). "High-Quality Care Transitions Promote Continuity of Care and Safer Discharges." *Journal of the New York State Nurses Association*, vol. 46, nro 2, syksy-talvi 2018, s. 4+. Gale OneFile: Health and Medicine, link.gale.com/apps/doc/A625156995/HRCA?u=anon~7bbb2bd3&sid=google-scholar&xid=462d1804. Haettu 5.12.2023.

Catchpole K. (2013). Spreading human factors expertise in healthcare: untangling the knots in people and systems. *BMJ Quality and Safety*, 22, 793–797.

Liam Donaldson L., Ricciardi W., Sheridan S. & Tartaglia R. (toim.). *Textbook of patient safety and clinical risk management* (2021). Toimittajat: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-59403-9>

Longhini J. ym. (2002). Digital Health Competencies Among Health Care Professionals: Systematic Review. (*J Med Internet Res* 2022;24(8):e36414) doi: 10.2196/36414.

Choudhury A. & Asan, O. (2023). Role of Artificial Intelligence in Patient Safety Outcomes: Systematic Literature Review. *JMIR MEDICAL INFORMATICS*.

Dixon-Woods M. (2019). Harveian Oration 2018: Improving quality and safety in healthcare. *Clinical medicine (Lontoo, Englanti)*, 19(1), 47–56. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-1-47>.

Dyrstad D. N. & Storm M. (2017). The role of next of kin in care transitions. I K. Aase, J. Waring & Schibevaag L. (toim.). *Researching quality in care transitions: international perspectives* (s. 87–101). Palgrave Macmillan.

Flott K., Maguire J., Phillips N. Digital safety: the next frontier for patient safety. *Future Health J*. 2021 marraskuu; 8(3):e598-e601. doi: 10.7861/fhj.2021-0152. PMID: 34888448; PMCID: PMC8651323.

Goldman J. ym. (2021). Theory in quality improvement and patient safety education: A scoping review. *Perspectives on medical education*. 2022, vol. 10(6), s. 319-326. DOI: 10.1007/s40037-021-00686-5.

Goldshtein D. ym. (2020). "In situ simulation and its effects on patient outcomes: a systematic review." *BMJ Simul Technol Enhanc Learn* 6(1): 3–9.

- Groves PS. (2014). The relationship between safety culture and patient outcomes: Results from pilot meta-analyses. *Western Journal of Nursing Research*, 36(1), 66–83. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1177/0193945913490080>.
- Guisse V., Anderson, J., & Wiig, S. (2014). Patient safety risks associated with telecare: a systematic review and narrative synthesis of the literature. *BMC health services research*, 14, 588. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0588-z>.
- Holdsworth ym. (2021). Developing professional expertise from safety *Perspect Med Educ* (2021) 10:319–326 <https://doi.org/10.1007/s40037-021-00686-5>.
- Hollnagel ym. (2013). *Resilient Health Care*. Farnham, Yhdistynyt kuningaskunta: Ashgate. Publishing Ltd. Jefferies & Rodgers 2021.
- Joint Commission (2016). *Annual Report. America's Hospitals Improving Quality and Safety*.
- Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work (Reading, Mass.)*, 41 Suppl 1, 2915–2924. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915>.
- Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000ddd-pdfs.pdf>.
- Park M, Giap TT. Patient and family engagement as a potential approach for improving patient safety: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2020 tammikuu; 76(1):62-80. doi: 10.1111/jan.14227. Epub 2019 lokakuu 21. PMID: 31588602.
- Newman B., Joseph K., Chauhan A., Seale H., Li J., Manias E., Walton M., Mears S., Jones B. & Harrison R. Do patient engagement interventions work for all patients? A systematic review and realist synthesis of interventions to enhance patient safety. *Health Expect*. 2021 joulukuu; 24(6):1905-1923. doi: 10.1111/hex.13343. Epub 2021 elokuu 25. PMID: 34432339; PMCID: PMC8628590.
- Reason, R. (1990). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reason, J. (1995). Understanding adverse events: human factors. *BMJ Quality and Safety*, 4, 80–89.
- Reason J. & Vincent C. (2010) *Training Manual*. Reasonin ja Vincentin organisatorinen onnettomuusmalli, joka kuvattiin oppikirjassa vuonna 2010. Ks. linkki: <https://trainingmanual.cost-ernst.eu/index/organisational-accident-model-and-factors-that-influence-clinical-practice/>.
- Rodrigues SP., van Eck NJ. & Waltman L. ym. (2014). Mapping patient safety: a large-scale literature review using bibliometric visualisation techniques. *BMJ Open*;4:e004468.
- Sammer, CE., Lykens K., Singh KP., Mains DA., & Lackan, NA. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>.
- Thibaut B., Dewa LH. & Ramtale SC. ym. Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ Open* 2019;9:e030230. doi:10.1136/bmjopen-2019-030230.
- Tocco Tussardi I., Benoni R., Moretti F., Tardivo S., Poli A., Wu AW., Rimondini M. & Busch IM. Patient Safety in the Eyes of Aspiring Healthcare Professionals: A Systematic Review of Their Attitudes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(14):7524. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147524tussardi>.
- Vincent C. (2006). *Patient Safety*. Churchill Livingstone.

Vincent C. ym. (2013). The measurement and monitoring of safety: drawing together academic evidence and practical experience to produce a framework for safety measurement and monitoring. The Health Foundation.

Vincent C. & Amalberti (2016). Safer Healthcare. Strategies for the Real World.

WHO Maailman terveystjärjestö (2010). Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report. Tammikuu 2009. Geneva: WHO Maailman terveystjärjestö.

WHO Maailman terveystjärjestö (2011). Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. Malta. ISBN 9789241501958.

WHO Maailman terveystjärjestö (2016). Transitions of care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf>.

WHO Maailman terveystjärjestö (2018). mHealth. Use of appropriate digital technologies for public health: report by Director-General. WHO:n 71. yleiskokouksen esityslistaehdotus 12.4 A71/20. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_20-en.pdf. Julkaistu 26.3.2018. Haettu 12.9.2018.

WHO Maailman terveystjärjestö (2019). Enhance patient and family engagement for the provision of safer health care. Kokousraportti, 5.–6.2.2019, Lissabon. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/pfpps/2019_pfpps-meeting-report_final.pdf?sfvrsn=2a92da85_5&download=true.

WHO Maailman terveystjärjestö (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. WHO Maailman terveystjärjestö. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>

WHO Maailman terveystjärjestö (2021). WHO Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 (kolmas versio tammikuu 2021). Yhdistynyt kuningaskunta: Patient Safety Learning.

WHO Maailman terveystjärjestö (2024A). Telehealth quality of care tool lenke: Telehealth quality of care tool (who.int).

WHO Maailman terveystjärjestö (2024B). Patient safety rights charter lenke: Patient safety rights charter (who.int).

Wiig, S. ym. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in healthcare research program. BMC Health Services Research, 20(1), 1–9.

Viittaukset: Potilasturvallisuuskoulutuksen parhaat käytännöt WHO:n opetus-suunnitelman julkaisun jälkeen vuodesta 2009 lähtien

Farley, D., H. Zheng, E. Rousi & A. Leotsakos (2015). "Field test of the world health organization multi-professional patient safety curriculum guide." PLoS One 10(9): e0138510.

Ginsburg, L. R., N. Dhingra-Kumar & L. J. Donaldson (2017). "What stage are low-income and middle-income countries (LMICs) at with patient safety curriculum implementation and what are the barriers to implementation? A two-stage cross-sectional study." BMJ open 7(6): e016110.

Kirwan, M., O. Riklikiene, J. Gotlib, P. Fuster & M. Borta (2019). "Regulation and current status of patient safety content in pre-registration nurse education in 27 countries: Findings from the Rationing – Missed nursing care (RANCARE) COST Action project." Nurse Education in Practice 37: 132–140.

Leotsakos, A., A. Ardolino, R. Cheung, H. Zheng, B. Barraclough & M. Walton (2014). "Educating future leaders in patient safety." J Multidiscip Health 7: 381–388.

WHO Maailman terveystjärjestö (2023). Implementation of the Global Patient Safety Action Plan 2021 - 2030 | Väiliraportti.

Viittaukset: Norjan potilasturvallisuuskoulutusjärjestelmät

Forskrifter om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>.

(Helsedirektoratet, 2019. Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring), https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonale%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonale%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017). Regulations on management and quality improvement (2017). Haettu: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.

Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>.

RETHOS, Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger.

Tikkanen, R. ym. (2020). The commonwealth Fund. International Health Care System Profiles NORWAY. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>.

Universitets- og høyskoleloven (2005). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>.

Viittaukset: Ruotsin potilasturvallisuuskoulutusjärjestelmät

Utbildningsplan för Läkarprogrammet – Uppsala universitet (uu.se).

Utbildningsplan för Sjuksköterskeprogrammet – Uppsala universitet (uu.se).

Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 (socialstyrelsen.se).

Säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet – Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se).

Osa 2

Potilasturvallisuuden osaamisalueet

Potilasturvallisuuden osaamisen ja taitojen yhteiset pohjoismaiset osaamisalueet

Osaamisalue 1.	Määritelmät, käsitteet ja näkökulmat muihin laadun ja turvallisuuden osa-alueisiin
Osaamisalue 2.	Vastuut, velvollisuudet ja roolit asiakas- ja potilasturvallisuudessa
Osaamisalue 3.	Systemiajattelu ja teoreettiset viitekehykset
Osaamisalue 4.	Asiakkaan/potilaan ja läheisten osallisuus
Osaamisalue 5.	Inhimilliset tekijät
Osaamisalue 6.	Tiimityö ja kommunikaatio
Osaamisalue 7.	Organisaatiokulttuuri ja asiakas- ja potilasturvallisuus
Osaamisalue 8.	Riskien tunnistaminen ja ennakointi
Osaamisalue 9.	Vaaratapahtumista ilmoittaminen ja oppiminen
Osaamisalue 10.	Asiakas- ja potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi
Osaamisalue 11.	Turvalliset prosessit ja menetelmät
Osaamisalue 12.	Teknologia ja asiakas- ja potilasturvallisuus
Osaamisalue 13.	Turvallisuuden johtaminen ja hallinnolliset menettelyt
Osaamisalue 14.	Valmius ja varautuminen
Osaamisalue 15.	Riskialueet, vältettävä haitta ja erityistilanteet

Potilasturvallisuuden osaamisalueiden tavoitteena on edistää:

- Turvallista terveydenhuoltoa vahvistamalla osaamista sekä parantamalla potilasturvallisuuden opetusta ja oppimista.
- Kokonaisvaltaista lähestymistapaa potilasturvallisuuteen tieteenalana sekä yhteistä ymmärrystä siitä, mitkä osaamisalueet ovat tärkeitä terveydenhuollon työntekijöille Pohjoismaissa.

Osaamisalueita voidaan käyttää perustana potilasturvallisuuteen liittyvien pohjoismaisten osaamistavoitteiden asettamiselle sekä ohjeistuksena oppilaitoksille ja muille organisaatioille, jotka vastaavat nykyisen ja tulevan terveydenhuollon henkilöstön kouluttamisesta turvallisen hoidon edellyttämällä tiedoilla ja taidoilla.

Pohjoismainen viitekehys sisältää 15 potilasturvallisuuden osaamisaluetta, jotka kattavat yhdessä potilasturvallisuusosaamisen eri osa-alueet. Osa osaamisalueista on selkeästi rajattuja, kun taas toiset liittyvät läheisesti muiden osaamisalueiden edellytyksiin. On myös huomattava, että potilasturvallisuuden osaamisalueet limittyvät muiden terveydenhuollon ammattilaisille olennaisten osaamisalueiden kanssa (esim. laadunparantaminen, johtaminen ja työympäristön kehittäminen).

Osaamisalue 1: Määritelmät, käsitteet ja näkökulmat muihin laadun ja turvallisuuden osa-alueisiin

Keskeiset osa-alueet

- Käsitteet ja termit.
- Potilasturvallisuus suhteessa terveydenhuollon muihin käsitteisiin ja ulottuvuuksiin.
- Potilasturvallisuus potilaan ja heidän omaistensa näkökulmasta.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee potilasturvallisuuden alalla käytettäviä käsitteitä ja termejä sekä niiden määrittelyä ja soveltamista. Yhteisen terminologian luominen on olennaista:

- Potilasturvallisuuteen liittyvässä työssä terveydenhuollon yksiköissä.
- Johtamisessa ja organisoinnissa potilasturvallisuuden edistämiseksi.
- Potilasturvallisuutta koskevan kirjallisuuden, tutkimusten ja raporttien lukemisessa ja tuottamisessa. Määritelmät ja käsitteet perustuvat lainsäädäntöön, kansallisiin sosi-aali- ja terveydenhuollon termipankkeihin sekä tieteelliseen kirjallisuuteen.

Osaamisalue kattaa myös sen, miten potilasturvallisuus liittyy terveydenhuollon muihin näkökulmiin, kuten hyvään ja integroituneeseen hoitoon sekä hoidon laatuun. Lisäksi siinä tarkastellaan potilasturvallisuuden yhteyksiä turvallisuuden muihin osa-alueisiin terveydenhuollossa, kuten työturvallisuuteen, toiminnalliseen turvallisuuteen, säteilyturvallisuuteen ja tietoturvaan.

Tämä osaamisalue sisältää potilasturvallisuuden myös potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta, mikä on tärkeä täydentävä näkökulma terveydenhuoltojärjestelmän näkemyksen rinnalla. Turvallisuuden tunne on potilaille olennainen. Näin ollen potilasturvallisuus ei tarkoita vain järjestelmän näkökulmasta varmistettua turvallisuutta, vaan hoidon on tunnettava turvaliselta myös potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta.

Osaamisalue 2: Vastuut, velvollisuudet ja roolit asiakas- ja potilasturvallisuudessa

Keskeiset osa-alueet

- Potilasturvallisuuden oikeudellinen sääntely.
- Potilasturvallisuustyön organisointi.

Kuvaus

Tämä osaamisalue keskittyy potilaiden oikeuksiin sekä työntekijöiden ja viranomaisten vastuihin ja velvollisuuksiin järjestelmän eri tasoilla. Osaamisalue perustuu sekä lainsäädäntöön että käytännön tietoon siitä, miten säädöksiä sovelletaan potilasturvallisuuden puitteissa. Oikeudellinen sääntely koostuu erilaisista sääntömuodoista, kuten laeista, asetuksista ja määräyksistä.

Lisäksi osaamisalue sisältää tietoa siitä, miten potilasturvallisuustyö on organisoitu ja toteutettu paikallisella, alueellisella, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Se kattaa sekä yksittäisten ammattilaisten että hallintoelinten ja terveydenhuollon palveluntarjoajien vastuut. Tähän osaamisalueeseen liittyviä aiheita voivat olla esimerkiksi:

- Korkean potilasturvallisuuden varmistaminen ja ilmoitusvelvollisuuksien noudattaminen.
- Järjestelmällisen potilasturvallisuuden tason organisointi, kuten vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen.
- Tapahtumien ja riskien tutkinta, arviointi ja hallinta.
- Rakenteiden luominen potilasturvallisuuteen liittyvälle oppimiselle ja ammatilliselle kehittämiselle.
- Vaaratapahtumien raportointi ja valvontaviranomaisille tehtävät ilmoitukset.

Osaamisalue 3: Systeemiajattelu ja teoreettiset viitekehykset

Keskeiset osa-alueet

- Turvallisuuskäsityksen kehittyminen ajan myötä.
- Systeemiajattelu.
- Monimutkaisten järjestelmien turvallisuus.

Kuvaus

Tämä osaamisalue keskittyy teorioihin ja viitekehyksiin, joiden avulla terveydenhuoltoa voidaan kuvata ja ymmärtää järjestelmänäkökulmasta. Järjestelmänäkökulma auttaa hahmottamaan, kuvaamaan ja yksinkertaistamaan potilasturvallisuutta sekä muodostamaan kokonaiskuvan sen eri ulottuvuuksista terveydenhuollossa.

Käsitys potilasturvallisuudesta on kehittynyt ajan myötä. Terveydenhuollossa on siirrytty yksilökeskeisestä näkemyksestä, jossa korostetaan yksittäisten tekojen oikeellisuutta tai virheellisyttä, kohti ymmärrystä siitä, että potilasturvallisuuteen vaikuttavat useat tekijät ja että se on terveydenhuoltojärjestelmän erilaisten osien yhteisvaikutuksen tulos.

Systeemiajattelu perustuu käsitykseen terveydenhuollosta monimutkaisena ja mukautuvana järjestelmänä. Tämä tarkoittaa, että terveydenhuollon eri osat ja tasot ovat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja vaikuttavat toisiinsa. Vuorovaikutukset voivat olla ennakoimattomia ja vaatia jatkuvaa sopeutumista. Terveydenhuollon eri osa-alueisiin liittyy omat riskinsä ja haasteensa, minkä vuoksi potilasturvallisuuden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttävät monenlaisia lähestymistapoja.

Osaamisalue käsittelee myös sitä, miten järjestelmän vaihtelevuus ja mukautumiskyky vaikuttavat potilasturvallisuuden mahdollisuuksiin ja haasteisiin. Lisäksi siinä kuvaillaan ominaispiirteitä sellaisissa organisaatioissa, joilla on korkea turvallisuustietoisuus ja vahva kyky hallita riskejä.

Osaamisalue 4: Asiakkaan/potilaan ja läheisten osallisuus

Keskeiset osa-alueet

- Potilaiden ja hoitoon osallistuvien läheisten osallistaminen hoitoon ja hoivaan.
- Potilaiden ja hoitoon osallistuvien läheisten osallistaminen hoidon suunnitteluun kaikilla tasoilla.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee potilaiden ja hoitoon osallistuvien läheisten, avustajien tai omaishoitajien osallistamista ja sitouttamista hoitoon ja hoivaan, järjestelmälliseen potilasturvallisuustyöhön sekä hoidon suunnitteluun kaikilla tasoilla. Se koskee potilaiden ja omaishoitajien osallistumista yksilöinä, ryhminä ja/tai potilas- tai omaisjärjestöjen edustajina. Potilas hoidon yhteiskehittäjänä tarkoittaa, että potilas osallistuu hoitoonsa omien toiveidensa ja edellytystensä mukaisesti terveydenhuoltojärjestelmän eri tasoilla. On tärkeää ymmärtää, miten potilaan oma kertomus ja voimavarat otetaan huomioon hoidon ohjauksessa, johtamisessa ja suunnittelussa. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa sellaisiin hoitoa koskeviin kysymyksiin, joilla on suora merkitys hoidon suunnittelulle, esimerkiksi saavutettavuuteen, saamaansa tietoon sekä siihen, miten hoito järjestetään ja toteutetaan. Myös potilaan läheisille tai omaishoitajille tulisi tarjota mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen silloin, kun se on tarkoituksenmukaista eikä salassapito- tai vaitiolovelvollisuus sitä estä. Osaamisalue sisältää myös sen, miten hoitojärjestelmä voi luoda edellytyksiä potilaiden ja omaishoitajien osallistumiselle ja heidän panokselleen järjestelmällisessä potilasturvallisuustyössä. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi osallistamalla potilaat ja hoitoon osallistuvat läheiset tai omaishoitajat hoitoprosessien ja työmenetelmien kehittämiseen.

Osaamisalue 5: Inhimilliset tekijät

Keskeiset osa-alueet

- Fyysinen, organisatorinen ja sosiaalinen työympäristö.
- Miten stressi ja väsymys vaikuttavat tilannetietoisuuteen ja päätöksentekoon.
- Hyvinvointi ja työkyky tilanteissa, joissa on ollut tai olisi voinut olla vältettävissä oleva haittatapahtuma.
- Terveystuon ammattilaisten tukemisen tärkeys haittatapahtuman jälkeen ja keinoja tuen varmistamiseen.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee sitä, miten fyysinen, organisatorinen ja sosiaalinen työympäristö vaikuttavat työntekijöiden kykyyn toimia potilasturvallisuutta edistävällä tavalla. Esimerkiksi epätasapaino työn vaatimusten ja käytettävissä olevien resurssien välillä voi aiheuttaa väsymystä ja stressiä. Sama koskee palautumismahdollisuutta työvuorojen aikana ja niiden välillä. Nämä tekijät vaikuttavat kognitiivisiin kykyihin, tilannetajuun ja päätöksentekoon. Ne ovat keskeisiä työn suorittamisessa potilasturvallisuutta tukevalla tavalla. Osaamisalueeseen kuuluu myös järjestelmällisen työympäristötyön ja työhyvinvoinnin integroiminen järjestelmälliseen potilasturvallisuustyöhön. Työympäristöllä ja työn organisoinnilla on vaikutuksia työntekijöiden terveyteen ja psykologiseen turvallisuuteen, jotka ovat puolestaan tärkeitä edellytyksiä osaan henkilöstön rekrytoimiselle ja sitouttamiselle.

Osaamisalue 6: Tiimityö ja kommunikaatio

Keskeiset osa-alueet

- Terveysthuollon tiimit, monialainen tiimityö ja useista tiimeistä muodostuvat järjestelmät.
- Viestintä ja potilasturvallisuus.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee potilasturvallisuutta edistävää tiimityötä ja viestintää sekä tiimien sisäistä ja välistä viestintää. Se koskee myös sitä, miten hyvä viestintä potilaiden ja heidän omaistensa kanssa voi lisätä turvallisuuden tunnetta, ymmärrettävyyttä ja osallisuutta, ja siten edistää potilasturvallisuutta. Tiimi on yksi terveydenhuollon yleisimmistä työmuodoista. Tiimit voivat olla hyvin erilaisia eri toiminnoissa: pysyviä tai tilapäisiä, fyysisiä tai virtuaalisia. Ne voivat toimia lähellä potilasta tai yhdistää potilaan hoitoprosessin eri osia. Myös johtoryhmät sekä hallinnollisen ja poliittisen tason tiimit vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Säännöllinen harjoittelu on potilasturvallisuutta edistävän tiimityön edellytys. Tämä tarkoittaa sekä tavallisten rutiinitilanteiden harjoittelua että kyvyn kehittämistä häiriöiden ja odottamattomien tilanteiden hallintaan ja niistä palautumiseen. Tiimityön ja viestinnän puute on yksi yleisimmistä vältettävissä olevan haitan syistä. Siksi tämä osaamisalue kattaa myös tiimityön organisatoriset edellytykset sekä sen, miten tiimin jäsenet tuovat oman ammatillisen osaamisensa yhteiseen työhön. Siihen sisältyvät myös tiimitilanteiden yleiset toimintatavat, joita ovat muun muassa:

- Yhteistyö ja viestintä.
- Turvallisuuden tunteen luominen tiimissä.
- Tavoitteiden asettaminen ja yhteisen tehtäväkuvan ylläpitäminen.
- Riskien tunnistaminen.
- Päätöksenteko yhteisten prioriteettien pohjalta.
- Yhteinen reflektointi ja oppiminen sekä arkisten että vaativampien tilanteiden jälkeen.

Osaamisalueeseen sisältyy myös kyky tunnistaa ja hallita tavoitteisiin ja arvoihin liittyviä ristiriitoja tiimin, potilaan ja hoitoon osallistuvien läheisten tai omaishoitajien eri näkökulmista käsin.

Osaamisalue 7: Organisaatiokulttuuri ja asiakas- ja potilasturvallisuus

Keskeiset osa-alueet

- Organisaatiokulttuurin mahdollisuus edistää tai estää potilasturvallisuutta.
- Organisaatiokulttuurin vaikutusten arviointi potilasturvallisuuteen.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee sitä, miten organisaatiokulttuuri vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja miten sitä voidaan kehittää potilasturvallisuutta tukevaksi. Organisaatiokulttuuria voidaan kuvata organisaation jäsenten jakamiksi perusarvoiksi, oletuksiksi ja käyttäytymismalleiksi. Organisaatiokulttuuri vaikuttaa siihen, miten suhtaudumme kysymyksiin, jotka ovat keskeisiä potilasturvallisuuden kehittämisen ja ylläpitämisen kannalta. Tähän sisältyy yksilö- ja ryhmätason osaaminen sekä rakenteet, prosessit, teknologia ja käyttäytyminen. Kulttuuri voi sekä edistää että estää potilasturvallisuutta. Siksi tämä osaamisalue käsittelee myös seuraavia:

- Miten organisaatiokulttuuri kehittyy.
- Mitä tarkoitetaan potilasturvallisuutta edistävällä organisaatiokulttuurilla.
- Miten organisaatiokulttuuri voi tukea tai estää potilasturvallisuuden kehittymistä.
- Käsitteen suhde turvallisuusilmapiirin käsitteeseen.

Osaamisalueeseen kuuluu myös organisaatiokulttuurin arviointi potilasturvallisuuden näkökulmasta sekä erilaisten lähestymistapojen vahvuuksien ja heikkouksien ymmärtäminen.

Osaamisalue 8: Riskien tunnistaminen ja ennakointi

Keskeiset osa-alueet

- Monimutkaisten sosioteknisten järjestelmien riskit.
- Riskitietoisuus.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee sitä, miten riskit syntyvät, kehittyvät ja muuttuvat terveydenhuollossa ajan myötä. Terveydenhuoltoa voidaan tarkastella ja ymmärtää monimutkaisena sosioteknisenä kokonaisuutena. Tämä tarkoittaa, että terveydenhuollon eri osat ja tasot ovat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja että kaikilla tasoilla on jatkuvaa vuorovaikutusta ihmisten, teknologian ja organisaation välillä.

Riskit kehittyvät eri aikajänteillä; osa riskeistä ilmenee välittömästi päivittäisessä työssä, kun taas toiset kehittyvät pidemmän ajan kuluessa. Jotkut riskit ovat ennakoitavissa, toiset taas eivät. Siksi tähän osaamisalueeseen sisältyy myös riskitietoisuus ja ymmärrys siitä, miten potilasturvallisuutta luodaan ja ylläpidetään jatkuvasti terveydenhuoltojärjestelmän kaikilla tasoilla.

Osaamisalueeseen kuuluu lisäksi riskien tunnistaminen, analysointi ja hallinta sekä päivittäisessä työssä esiintyvien vaihteluiden ennakointi ja käsittely. Myös ennakoivat toimintatavat terveydenhuollon eri osa-alueilla ja eri riskitilanteissa (kuten hoitoketjujen siirtymissä, organisaatiomuutoksissa tai ruuhkatilanteissa ja ylikuormituksessa) sisältyvät tähän osaamisalueeseen.

Osaamisalue 9: Vaaratapahtumista ilmoittaminen ja oppiminen

Keskeiset osa-alueet

- Tunnistaminen ja raportointi.
- Tapahtumien tutkinta.
- Potilaiden ja heidän omaistensa kokemusten, näkökulmien ja valitusten hyödyntäminen.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee poikkeamien ja tapahtumien tunnistamista, raportointia, tutkintaa ja niistä oppimista. Kyse voi olla tapahtumista, jotka ovat johtaneet tai olisivat voineet johtaa potilaalle aiheutuneeseen haittaan, taikka muista poikkeamista. Terveystieteiden ammattilaisten tulee tuntea poikkeamien käsittelyyn ja tapahtumien tutkintaan liittyvät lakisääteiset velvoitteet. Palaute- ja oppimisprosessiin kuuluu olennaisesti myös tarkastella, mitkä tekijät ovat edesauttaneet potilasturvallisuuden säilymistä tai vahvistumista. Poikkeamista ja tapahtumista saatu palaute, kuten analyysien tulokset ja johtopäätökset, luo edellytyksiä jatkuvalla oppimiselle. Palaute muodostaa myös järjestelmällisen kehittämistyön perustan terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Osaamisalueeseen kuuluu lisäksi potilaiden ja heidän omaistensa kokemusten, näkökulmien ja valitusten hyödyntäminen, sillä ne tarjoavat arvokasta tietoa ja oppimismahdollisuuksia potilasturvallisuustyön kehittämiseksi.

Osaamisalue 10: Asiakas- ja potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi

Keskeiset osa-alueet

- Potilasturvallisuuden seuranta ja arviointi.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee erilaisia näkökulmia, menetelmiä ja mittareita, joilla terveydenhuollon organisaatioita ja toimintaa voidaan seurata ja arvioida potilasturvallisuuden näkökulmasta kaikilla tasoilla. Arvioinnissa voidaan huomioida esimerkiksi turvallisuuden olemassaolo, haittojen puuttuminen sekä ennakoivat ja reaktiiviset lähestymistavat. Seurantaa voidaan toteuttaa eri näkökulmista, kuten toiminnan, hoidon, potilaan tai resurssien osalta.

Kerätyn tiedon mittaukset ja analyysit muodostavat potilasturvallisuustyön johtamisen, suunnan ja organisoinnin perustan. Tieto voi esimerkiksi osoittaa, miten organisatoriset olosuhteet, toiminnan muutokset ja käyttäytyminen vaikuttavat potilasturvallisuuden riskeihin. Se voi myös paljastaa kehittämisen tarpeessa olevia kohteita. Tämän vuoksi osaamisalueeseen kuuluu myös tietolähteiden ja tiedonkeruumenetelmien tuntemus sekä niiden vahvuuksien ja heikkouksien ymmärtäminen.

Osaamisalue 11: Turvalliset prosessit ja menetelmät

Keskeiset osa-alueet

- Organisaation, prosessien ja työmenetelmien suunnittelu monimutkaisissa järjestelmissä.
- Prosessien, työtapojen ja tekniikoiden käyttöönotto ja käytöstä poistaminen.
- Tiedonsiirron varmistaminen ja hoidon jatkuvuus hoitopaikkojen ja palveluntuottajien välillä.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee sitä, miten organisaatiot, prosessit ja työtavat voidaan suunnitella tukemaan potilasturvallisuutta erilaisissa ja eri tavoin monimutkaisissa toiminnoissa. Siihen sisältyy se, miten potilasturvallisuuskäsitteitä voidaan huomioida ja hallita, kun uusia prosesseja ja menetelmiä kehitetään ja otetaan käyttöön. Tätä voidaan toteuttaa esimerkiksi järjestelmällisen kehittämistyön, kliinisen koulutuksen, harjoittelun ja simulaatioiden avulla. Osaamisalueeseen kuuluu myös täytäntöönpanon lopettaminen, eli sellaisten prosessien, työtapojen ja tekniikoiden hallittu käytöstä poistaminen, jotka eivät enää tuota arvoa tai aiheuttavat liian suuria riskejä.

Osaamisalue painottaa myös turvallisia tiedonsiirron ja hoidon jatkuvuuden prosesseja ja toimintatapoja. Nämä ovat erityisen tärkeitä, kun potilas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen tai palveluntuottajien tai vastuutahojen välillä taikka kun potilaan hoitoon osallistuu useampi hoitoyksikkö.

Osaamisalue 12: Teknologia ja asiakas- ja potilasturvallisuus

Keskeiset osa-alueet

- Ihmisen ja teknologian välinen vuorovaikutus ja käyttäjän näkökulman huomioiminen lääkinnällisten laitteiden koko elinkaaren ajan.
- Lääkinnällisiä laitteita koskevat standardit ja säädökset.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee potilasturvallisuuden huomioimista kaikilla tasoilla silloin, kun lääkinnällisiä laitteita kehitetään, hankitaan, otetaan käyttöön, käytetään tai poistetaan käytöstä terveydenhuollossa. Ihmisen, teknologian ja organisaation välisessä vuorovaikutuksessa voi syntyä riskejä, jotka on tunnistettava ja hallittava. Tämä koskee lääkinnällisen laitteen elinkaaren kaikkia vaiheita.

Osaamisalueessa korostetaan myös käyttäjän roolia aktiivisena osallistujana koko laitteen elinkaaren ajan. Käyttäjän kokemusta ja työprosessia voidaan hyödyntää esimerkiksi lääketieteellisen teknologian suunnittelu- ja käyttöönottoprosesseissa. Tämä voi tarkoittaa myös käyttäjälähtöisten menetelmien hyödyntämistä uuden teknologian käyttöönotossa.

Lisäksi osaamisalueeseen kuuluu lääketieteellistä teknologiaa koskeva lainsäädäntö ja standardit sekä menetelmät, joilla voidaan järjestelmällisesti arvioida ja seurata lääkinnällisten laitteiden käyttöön liittyvää potilasturvallisuutta.

Osaamisalue 13: Turvallisuuden johtaminen ja hallinnolliset menettelyt

Keskeiset osa-alueet

- Turvallisen hoidon johtaminen.
- Potilasturvallisuuden johtamisjärjestelmät.
- Eri tilanteisiin soveltuvat johtamisjärjestelmät.
- Työntekijöiden tukeminen.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee sitä, miten terveydenhuollon potilasturvallisuustyötä johdetaan, ohjataan ja organisoidaan, eli miten päätöksentekijät, johtajat, esihenkilöt ja lääketieteellisestä johtamisesta vastaavat henkilöt voivat työskennellä potilasturvallisuuden priorisoimiseksi ja sen integroimiseksi työprosesseihin, päätöksiin ja organisaatiomuutoksiin.

Osaamisalueeseen sisältyy myös muodollisen ja epämuodollisen johtajuuden rooli kulttuuria luovana voimana. Tämä tarkoittaa työskentelytapoja, joilla voidaan:

- Luoda toiminnassa luottamusta ja turvallisuutta.
- Luoda edellytyksiä riskien havaitsemiselle, niistä viestimiselle ja niiden hallinnalle.
- Tukea työntekijöitä, jotka ovat olleet osallisina tapahtumissa, jotka ovat johtaneet tai olisivat voineet johtaa potilaan vahingoittumiseen.

Osaamisalueeseen kuuluu myös se, miten luoda integroitu johtamisjärjestelmä ja miten soveltaa sitä käytännön potilasturvallisuustyössä. Potilasturvallisuuden johtamisjärjestelmät yhdistyvät tällaisessa integroidussa johtamisjärjestelmässä laadun ja työympäristön johtamisjärjestelmiin. Lisäksi osaamisalueessa käsitellään, miten johtamisjärjestelmä voi auttaa tunnistamaan tarpeen muuttaa työtapoja, mukauttaa tavoitteita ja priorisoida uudelleen silloin, kun tarpeet ylittävät käytettävissä olevat resurssit sekä normaalioloissa että kriisitilanteissa.

Osaamisalue 14: Valmius ja varautuminen

Keskeiset osa-alueet

- Valmius ja varautuminen potilasturvallisuuden kannalta.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee sitä, miten potilasturvallisuustyö muuttuu poikkeuksellisissa tilanteissa, kuten kriiseissä, sodissa ja katastrofeissa. Siihen sisältyy ymmärrys siitä, miten organisaatio valmistautuu normaalioloista siirtymisen häiriötilanteiden, poikkeusolojen suuronnettomuuksien tai katastrofien hallintaan, mitä se käytännössä tarkoittaa ja miten se vaikuttaa potilasturvallisuuteen.

Osaamisalueessa käsitellään myös kriisi- ja katastrofitilanteiden priorisointiperiaatteita sekä sitä, miten terveydenhuollon tavoitteita voidaan mukauttaa lääketieteellisin linjauksin. Lisäksi siihen sisältyvät valmiustyön potilasturvallisuusnäkökohdat, joita ovat muun muassa:

- Valmiussuunnittelu.
- Haavoittuvuusanalyysit.
- Miten osaaminen ja toimintatavat kriisi- ja katastrofitilanteissa varmistetaan jatkuvuuden hallinnalla, valmiussuunnitelmien, kriisiorganisaation, varmuusvarastoinnin ja onnettomuusharjoitusten avulla.

Osaamisalue 15: Riskialueet, vältettävä haitta ja erityistilanteet

Keskeiset osa-alueet

- Erityiset riskialueet.
- Vältettävissä olevien haittojen ennaltaehkäisy riskialueilla.
- Hoitotilanteet, jotka sisältävät erityisiä potilasturvallisuushaasteita.

Kuvaus

Tämä osaamisalue käsittelee tunnettuja riskialueita ja potilaalle haittaa aiheuttavia tilanteita. Monilla tunnetuilla riskialueilla on syytä korostaa erityistä osaamistarvetta. Erilaisista haittavai-
kutuksista tai vahinkotyypeistä ja niiden ehkäisemisestä on saatavilla tietoa. Useille näistä ris-
kialueista ja vahinkotyypeistä on kehitetty erityisiä menetelmiä ja työtapoja, joilla voidaan eh-
käistä riskejä ja vahinkoja sekä seurata ja arvioida hoitoa potilasturvallisuuskulmasta.

Osaamisalue käsittelee myös hoitotilanteita, jotka voivat aiheuttaa erityisiä haasteita. Hyvällä
kohtelulla on keskeinen rooli luottamuksen ja molemminpuolisen kunnioituksen rakentami-
sessa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä. Se on olennaista potilaan osallisuu-
den ja turvallisuuden tunteen saavuttamiseksi. Potilaan ikä, sukupuoli, kieli, terveysosaami-
nen, sosioekonomiset tekijät, toimintakyky ja uskonnollinen vakaumus voivat vaikuttaa koh-
taamiseen. Puutteet kohtelussa voivat johtaa puutteelliseen viestintään ja tiedonkulkuun, mitkä
puolestaan voivat aiheuttaa potilasturvallisuusriskejä.

Joissain hoitotilanteissa potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja hoitopäätöksiinsä voi olla
vaikeaa tai hän ei halua osallistua esimerkiksi sairauden, terveydentilan tai muiden syiden ta-
kia. Jotkut potilaat voivat myös olla vaaraksi itselleen tai muille (esim. äkillisestä sekavuusti-
lasta kärsivät potilaat, muistisairaavat potilaat, psykoottiset tai päihteiden vaikutuksen alaiset po-
tilaat jne.).

Riskit, haittavaikutukset ja vahinkotyypit vaihtelevat terveydenhuollon eri osa-alueilla, minkä
takia myös osaamistarpeet eroavat eri toimintojen ja hoitomuotojen välillä. Alla olevat esimerkit
havainnollistavat, mitkä riskialueet, potilasvahinkotyypit ja hoitotilanteet voivat olla merkityk-
selliä. Luettelo ei ole kattava.

- Erityiset riskialueet: diagnostiikka, digitaalinen terveydenhuolto, lääkehoidon hallinta, kotihoito, kirurgiset toimenpiteet, tehohoito, päivystyshoito ja hoidon siirtymät.
- Ennaltaehkäisevä työ haittojen ja vahinkojen tietyillä osa-alueilla: kaatumisten ehkäisy, painehaavojen ehkäisy, virtsarakon ylitäytymisen ehkäisy, hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy, itsemurhien ehkäisy terveydenhuollossa tapahtuvina vahinkoina.
- Hoitotilanteet, joissa on erityisiä potilasturvallisuushaasteita: kaikkien potilaiden kohtaaminen heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan riippumatta iästä, terveysosaamisesta, sosioekonomisesta asemasta, kielestä, uskonnosta tai toimintakyvystä; tilanteet, joissa potilas voi olla vaaraksi itselleen tai muille; tilanteet, joissa voidaan joutua käyttämään suojaavia tai rajoittavia toimenpiteitä; tilanteet, joissa terveydenhuollon työntekijöihin kohdistuu uhkia tai väkivaltaa.

Liite A.

Kysymys- ja hakusanaluettelo vertailumaiden potilasturvallisuuskoulutusohjeiden läpikäyntiin

- Milloin viitekehys julkaistiin?
 - Onko käsitteet määritelty?
1. a) Yleinen potilasturvallisuus
 1. b) Syyllistämiskulttuurista järjestelmävirheajatteluun
 1. c) Näyttöön perustuva käytäntö
 2. a) Inhimilliset tekijät, yleiset
 2. b) Inhimilliset tekijät, henkilöstön hyvinvointi
 3. a) Monimutkaisuuden ymmärtäminen
 3. b) Prosessi- ja järjestelmävirheajattelu
 4. a) Tiimityö, vastuut ja arvot
 4. b) Psykologinen turvallisuus
 4. c) Ammatillinen ohjaus uusiin tehtäviin
 5. a) Virheistä ja läheltä piti -tilanteista oppiminen
 5. b) Virheiden ja läheltä piti -tilanteiden raportointi
 5. c) *Never-events* (Aina vältettävissä olevat tilanteet)
 6. a) Potilastason riskienhallinta
 6. b) Järjestelmätason riskienhallinta
 7. Laadunparantaminen, raporttien analysointi
 8. a) Potilaiden ja heidän omaistensa osallistuminen
 8. b) Viestintä
 8. c) Hoidon jatkuvuus
 9. a) Infektioturvallisuus
 9. b) Käsihygienia
 10. a) Yleinen kirurgiaturvallisuus
 10. b) Kirurgian tarkistuslista
 10. c) Potilaan identifiointi
 11. a) Lääketurvallisuus
 11. b) Laitteiden ja välineiden turvallisuus
 - Hätä- ja poikkeusolot
 - Tietoturva ja digitaalinen turvallisuus
 - Onko viitekehys ”pelkkä lista” vai toteutetaanko sitä konkreettisesti?
 - Kenelle viitekehys on suunnattu? Akkreditointi vai jatkokoulutus, ammatillinen kehittyminen uran aikana
 - Planeetta-/ympäristöterveys
 - Mitä sellaista viitekehys käsittelee, mitä WHO:n ohjeissa ei mainita

