



Potilasvahinkoilmoitusten jakautuminen väestön ja hammaslääkärien määrään suhteutettuna



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALLT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

Hyväksytty julkaistavaksi 2.4.2024.



Lähtökohdat

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, oliko vuonna 2018 suun terveydenhuoltoon liittyvien potilasvahinkoilmoitusten määrässä alueellisia eroja suhteessa väestöön tai hammaslääkärien ja erikoishammaslääkärien määrään.

Menetelmät

Aineistona käytettiin Potilasvakuutuskeskukseen vuonna 2018 saapuneita suun terveydenhuoltoon liittyviä vahinkoilmoituksia (n = 1 064). Kuntaliitosta saatuja kuntakohtaisia asukaslukuja ja Hammaslääkäriliiton jäsenrekisteriin perustuvia peruskoulutettujen hammaslääkärien (n = 3 529) ja erikoishammaslääkärien (n = 691) määriä kunnittain. Tuloksia tarkasteltiin maakunnittain ja sairaanhoitopiirien erityisvastuualueittain (erva).

Tulokset

Kaikkien kuntien kesken potilasvahinkoilmoitukset jakautuivat tasaisesti asukas- ja hammaslääkärimäärään suhteutettuna. Kun huomioidtiin ainoastaan kunnat, joissa oli tehty vahinkoilmoituksia, ilmoitukset suhteessa hammaslääkärimäärään eivät jakautuneet tasaisesti erva-alueittain tai maakunnittain.

Johtopäätökset

Asukasmäärään nähden ilmoitukset jakautuivat tasaisesti, joten potilailla on todennäköisesti yhtäläinen mahdollisuus vahinkoilmoituksen tekemiseen. Hammaslääkärien ja erikoishammaslääkärien määrään suhteutettuna ilmoitusten jakautumisessa oli tilastollisia eroja. Selkeää syytä tähän ei tämän tutkimuksen perusteella ole osoitettavissa.

Potilasvahinkoilmoitusten jakautuminen Suomessa

Suvi Syrjä, Salla Salmenkivi, Liisa Suominen

Potilasvakuutuslain (948/2019) perusteella voidaan korvata Suomessa terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutunut henkilövahinko. Kun haetaan korvausta potilasvahingosta, vahinkoilmoitus täytyy tehdä kolmen vuoden sisällä siitä, kun korvaukseen oikeutettu sai tai hänen olisi pitänyt saada tietää vahingosta. Eri-tyisestä syystä korvausta voidaan pyytää vielä kymmenen vuoden kuluttua (1).

Terveydenhuollon ammattilaisen tulee tarpeen mukaan neuvoa potilasta tekemään vahinkoilmoitus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa toimintayksikköä tiedottamaan potilaille muistutusoikeudesta ja huolehtimaan mahdollisimman helposta muistutuksen teosta. Jos muistutusta käsiteltäessä ilmenee potilasvakuutuslain tarkoittama korvausvastuun mahdollisuus, tulee potilasta neuvoa asian vireillepanossa (2). Ilmoituksen voi tehdä vain potilas

itse tai hänen valtuuttamansa henkilö. Hoitohenkilökunta ei analysoi, onko potilasvahinkoa tapahtunut, vaan sen hoitaa Potilasvakuutuskeskus (PVK), jolla on potilasvakuutuslain mukaan vastuu korvaustoiminnasta (1). PVK toimii potilaiden ja hoitohenkilöstön turvana ja käsittelee ilmoitukset puolueettomasti. PVK edistää myös potilasturvallisuutta muun muassa tuottamalla laskelmia ja tilastoaineistoa (3, 4).

Vaaratapahtuma on tilanne, joka vaarantaa potilaan turvallisuuden. Haittapahtumassa potilaalle aiheutuu haittaa. Tällöin voi olla kyse potilasvakuutuslain tarkoittamasta potilasvahingosta, joka on aina henkilövahinko (vamman, sairauksen tai muun terveydentilan pysyvä tai tilapäinen heikentyminen tai kuolema) (5). Mikäli on kyse esimerkiksi potilaan kohteluun liittyvistä asioista, se ei kuulu PVK:lle vaan aluehallintovirastolle ja Valviralle.

Taulukko 1. Kuntakohtaiset asukasluvut, hammaslääkärien (HML) ja erikoishammaslääkärien (EHL) määrät (keskiarvo, vaihteluväli) ja tiheydet (asukasluku / HML:t tai EHL:t) erityisvastuualueittain (ERVA) vuonna 2018.

ERVA	Kuntia (n)	Asukasluku	HML:t ¹	EHL:t ²	Asukasluku/ HML:t ¹	Asukasluku/ EHL:t ³	Kuntia, joissa EHL:ia ≥1	Kuntia, joissa EHL:ia 0
k.a. (vaihteluväli)							n (%)	n (%)
HYKS	48	45 046 (1 940–643 272)	35 (1–693)	5,7 (0–179)	2000 (875–5 218)	15 268 (3 207–46 739)	22 (46)	26 (54)
KYS	47	17 720 (1 132–150 225)	12 (1–140)	2,0 (0–52)	2613 (874–12 150)	14 868 (2 354–38 668)	14 (30)	33 (70)
OYS	72	12 640 (789–201 810)	10 (1–242)	1,9 (0–85)	2050 (712–11 084)	9718 (2 374–16 298)	18 (25)	54 (75)
TAYS	43	20 474 (1 329–236 313)	14 (1–235)	1,8 (0–43)	2437 (785–8 504)	13 192 (2 974–32 878)	16 (37)	27 (63)
TYKS	35	19 945 (1 382–189 669)	18 (1–274)	3,1 (0–70)	1895 (688–6 263)	8711 (2 407–16)	15 (43)	20 (57)
KAIKKI	245	22 382 (789–643 272)	17 (1–693)	2,8 (0–179)	2192 (688–12 150)	12 479 (2 354–46 739)	85 (35)	160 (65)
p-arvo ⁴		0,004	0,007	0,074	0,016	0,058		

¹Hammaslääkärien määrä sisältää myös erikoishammaslääkärit. HML = HLL + EHL.

²Laskettu mukaan myös kunnat, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä siten, että jos erikoishammaslääkäreitä ei ollut, niiden lukumääräksi asetettiin nolla.

³Huomioitu ainoastaan ne kunnat, joissa oli vähintään yksi erikoishammaslääkäri.

⁴Kruskal-Wallis.

Suun terveydenhuoltoon liittyvää potilasturvallisuuden tutkimustietoa on varsinkin vältettävissä olevien haittatapahtumien osalta maailmanlaajuisesti vielä niukasti (6, 7). Muun terveydenhuollon osalta on saatavilla kehityneiden maiden sairaalaolosuhteisiin painottuvaa potilasturvallisuuden tutkimustietoa (8). Hiivala on tutkinut väitöskirjassaan suun terveydenhuoltoon liittyviä potilaalle sattuneita vaaratapahtumia, niiden syntyyn vaikuttaneita tekijöitä ja hammaslääkärien potilasturvallisuuskäytäntöjä (9). Tulosten mukaan suomalaisessa suun terveydenhuollossa on käytössä useita potilaan turvallisuutta varmistavia tekijöitä. Silti lähes puolet vaaratapahtumista olisi estettävissä varovaisuudella, ennakoinnilla ja tarkalla potilastietojen käsittelyllä (9). Vuonna 2010 tehdyssä verkkokyselyssä 1 041 hammaslääkäristä noin kolmasosa raportoi jonkinlaisesta kuluneen vuoden aikana tapahtuneesta vaaratapahtumasta (10). Hiivalan tutkimuksen mukaan eniten potilaiden raportoimia vaaratapahtumia liittyy kliinisen hoidon osalta protetiikkaan, suu-kirurgiaan, juurihoitoon ja paikkaushoittoon. Potilaiden ja heidän läheistensä

kyky tunnistaa suun terveydenhuoltoon liittyviä riskitilanteita on melko hyvä (9). Potilasturvallisuuskoulutuksella ja aktiivisemmalla vaaratapahtumien tunnistamisella ja raportoisella voitaisiin todennäköisesti vähentää vaaratilanteita (11).

Suomessa ei ole aiemmin tutkittu potilasvahinkoilmoitusten alueellista jakautumista. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, oliko vuonna 2018 osoitettavissa alueellisia eroja ilmoitusten määrässä suhteessa väestöön tai hammaslääkärien ja erikoishammaslääkärien määrään.

Aineisto ja menetelmät

Aineistona käytettiin PVK:een vuoden 2018 aikana saapuneita suun terveydenhuoltoon liittyviä vahinkoilmoituksia (n = 1 064). Kuntaliitosta saatiin tiedot vuonna 2018 olemassa olleista kunnista (n = 311) sekä niiden asukaslukuista (12). Työelämässä olevien peruskoulutettujen hammaslääkärien (HLL, n = 3 529) ja erikoishammaslääkärien (EHL, n = 691) määrät ja heidän pääasiallinen toimipaikkansa saatiin Hammaslääkäri-liiton jäsenrekisteristä. Rekisterissä oli 88 henkilöä, jotka eivät toimineet ham-

maslääkäreinä, eikä heitä huomioitu tutkimuksessa. Osalla hammaslääkäreistä (HLL n = 177 ja EHL n = 7) kuntatietona oli asuinkunta, joka tutkimuksessa oletettiin samaksi kuin työssäkäyntikunta. Noin 5 % hammaslääkäreistä ei ollut Hammaslääkäriiliiton jäseniä, eikä heistä ollut tietoja käytettävissä.

Havaintoyksikkönä tutkimuksessa oli kunta (n = 246). Vahinkoilmoitukset luokiteltiin sen kunnan mukaan, missä ilmoitukseen johtanut hammaslääketieteellinen hoito oli tehty. Ilmoitukset jaoteltiin kunnittain myös sen mukaan, saatiinko niistä korvaus (n = 357) vai ei (n = 707). Kunnat, joissa ei aineiston poimintahetkellä rekisterin mukaan ollut hammaslääkäreitä (n = 65) mutta joissa oli tehty vahinkoilmoituksia, yhdistettiin lähimpään kuntaan tai kuntayhtymään. Poikkeuksena kaikki Ahvenanmaan kunnat yhdistettiin Maarianhaminaan, jolloin Maarianhaminan asukas-, ilmoitus- ja hammaslääkärien määräksi saatiin kaikkien Ahvenanmaan kuntien tietojen summa.

Kunnat jaoteltiin 19 maakuntaan ja viiteen sairaanhoitopiiriin erityisvastuualueeseen (erva-alueet). Erikseen analysoitiin erva-alueittain ja maa-



Taulukko 2. Kuntakohtaiset asukasluvun sekä hammaslääkärien (HML) ja erikoishammaslääkärien (EHL) määrät suhteessa vahinkoilmoitusten määrään (keskiarvo, vaihteluväli) erityisvastuualueittain (ERVA) vuonna 2018 kunnissa, joissa vahinkoilmoituksia oli tehty vähintään yksi.

ERVA	Asukasluvu/ vahinko- ilmoitukset	HML:t/ vahinko- ilmoitukset ¹	EHL:t/ vahinko- ilmoitukset ²	Kuntia, joissa EHL:iä ≥ 1		Kuntia, joissa EHL:iä 0			
	k.a. (vaihteluväli)			n (%)	Vahinkoilmoi- tukset vuodessa	n (%)	Vahinko- ilmoitukset vuodessa	Asukasluvu/ vahinkoilmoi- tukset	HML:t/ vahinko- ilmoitukset
					k.a. (vaihteluväli)		k.a. (vaihteluväli)		
HYKS	7 942 (2 505–19 585)	5,0 (1–12,5)	0,4 (0–2)	19 (59)	21,6 (1–207)	13 (41)	2,2 (1–6)	7 561 (2 882–17 791)	4,2 (1–10)
KYS	5 480 (1 120–14 830)	2,8 (0,3–9,5)	0,2 (0–1,5)	11 (41)	12,7 (2–47)	16 (59)	2,0 (1–4)	4 669 (1 120–14 830)	1,8 (0,3–4)
OYS	6 876 (870–41 225)	4,7 (0,3–32)	0,5 (0–5)	15 (39)	6,9 (1–44)	23 (61)	1,7 (1–4)	4 590 (870–9 966)	2,6 (0,3–8)
TAYS	7 495 (1 612–21 136)	3,9 (0,5–10)	0,4 (0–2)	14 (52)	11,8 (1–76)	13 (48)	1,7 (1–5)	7 231 (3 637–12 160)	2,9 (0,5–7)
TYKS	8 613 (1 701–19 167)	6,2 (0,8–16)	0,5 (0–2)	10 (53)	9,9 (1–51)	9 (47)	2,3 (1–6)	8 224 (1 701–19 167)	5,2 (0,8–16)
KAIKKI	7 199 (870–41 225)	4,5 (0,3–32)	0,4 (0–5)	69 (48)	13,3 (1–207)	74 (52)	1,9 (1–6)	6 035 (870–19 167)	3,1 (0,3–16)
p-arvo ³	0,083	0,007	0,528		0,359		0,743	0,013	0,032

¹Hammaslääkärien määrä sisältää myös erikoishammaslääkärit. HML = HLL + EHL.

²Laskettu mukaan myös kunnat, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä siten, että jos erikoishammaslääkäreitä ei ollut, niiden lukumääräksi asetettiin nolla.

³Kruskal-Wallis.

kunnittain niitä kuntia, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä. Vahinkoilmoitusten määrät laskettiin suhteessa 10 000 asukasta ja kymmentä hammaslääkärää (HML) kohti. Suhdelukuun sisältyivät myös erikoishammaslääkärit. Suhteutettujen keskiarvojen eroja verrattiin erä-alueiden ja maakuntien välillä sekä erikseen niissä kunnissa, joissa oli vähintään yksi EHL ja niissä kunnissa, joissa ei ollut yhtään erikoishammaslääkärää. Hammaslääkäritiheyttä laskettiin jakamalla asukasmäärä hammaslääkärien määrällä. Erikoishammaslääkäritiheydessä huomioitiin vain ne kunnat, joissa oli erikoishammaslääkäreitä.

Vahinkoilmoitusten määrien keskiarvot ja asukas- ja hammaslääkärimäärät laskettiin erikseen suhteessa ilmoitusmääriin niissä kunnissa, joissa oli tehty vähintään yksi vahinkoilmoitus. Lisäksi laskettiin erikoishammaslääkärien määrä suhteessa ilmoituksiin niissä kunnissa, joissa ilmoituksia oli tehty vähintään yksi. Jos kunnassa ei ollut erikoishammaslääkäreitä, niiden

Taulukko 3. Vahinkoilmoitusten määrä suhteessa asukkaisiin ja hammaslääkäriin (HML) ERVA-alueittain ja erikoishammaslääkärien (EHL) määrän mukaan.

ERVA	EHL = 1+	EHL = 0	p ¹
k.a. (keskihajonta)			
Vahinkoilmoitukset / 10 000 asukasta	n = 84	n = 160	
HYKS	1,5 (1,1)	0,9 (1,1)	0,046 ¹
KYS	1,4 (1,2)	1,6 (2,3)	0,612 ¹
OYS	1,5 (1,7)	1,2 (2,0)	0,139 ¹
TAYS	1,9 (1,7)	0,8 (0,9)	0,011 ¹
TYKS	1,0 (1,0)	0,9 (1,6)	0,347 ¹
Kaikki	1,5 (1,4)	1,1 (1,8)	< 0,001 ¹
	0,480 ¹	0,820 ¹	
Vahinkoilmoitukset / 10 HML	n = 84	n = 160	
HYKS	2,1 (1,4)	1,8 (2,8)	0,177 ¹
KYS	2,3 (1,4)	4,9 (8,0)	0,901 ¹
OYS	1,9 (1,7)	3,0 (5,6)	0,286 ¹
TAYS	2,7 (2,0)	2,6 (4,3)	0,145 ¹
TYKS	1,3 (1,3)	1,8 (3,2)	0,587 ¹
Kaikki	2,1 (1,7)	3,0 (5,5)	0,053 ¹
	0,237 ¹	0,815 ¹	

¹Kruskal-Wallis

lukumääräksi asetettiin nolla. Ilmoitusten määriä kunnissa tarkasteltiin myös erikseen sen mukaan, oliko kunnassa Hammaslääkäriiliiton jäsenrekisterin

mukaan erikoishammaslääkäreitä vai ei. Koska edellä mainitut määrät ja suhdetuvut eivät olleet normaalijakautuneita, keskiarvojen erojen tilastolliseen testaamiseen erva-alueiden ja maakuntien välillä käytettiin Kruskal-Wallis testiä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin arvoa $p < 0,05$. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 27 -tilastohjelmistolla.

Tutkimuksen eettisyys

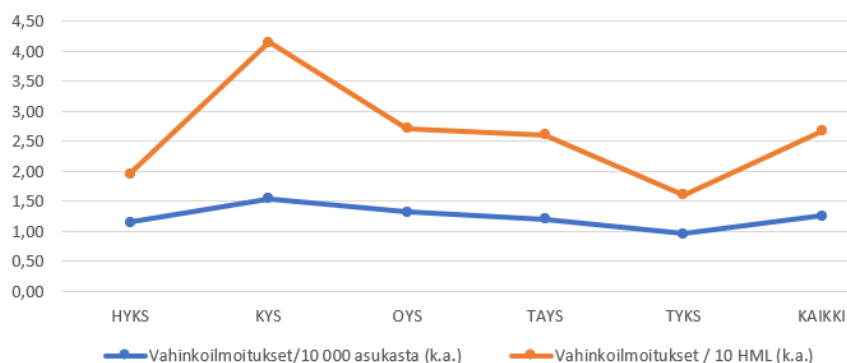
PVK:sta on saatu tutkimuslupa 13.8.2020. Kaikki tutkimuksen toteuttajat ovat allekirjoittaneet PVK:n vaatimat salassapitovelvollisuuskirjeet, joiden voimassaolo jatkuu myös tutkimuksen jälkeen.

Tulokset

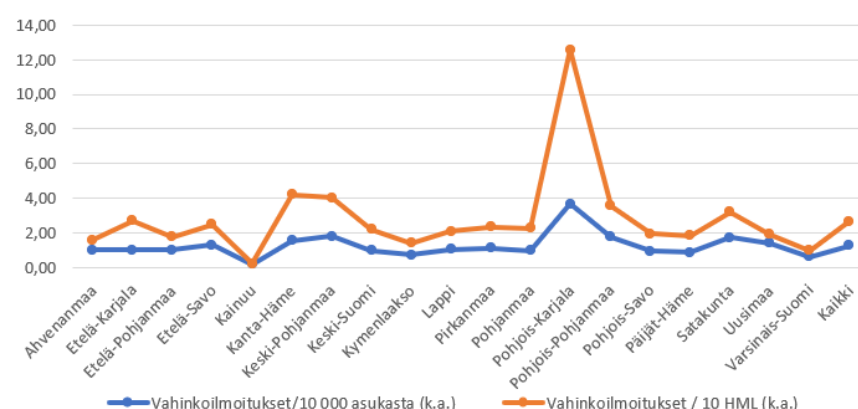
Vuonna 2018 PVK:een tuli kaikkiaan 8 552 vahinkoilmoitusta (13). Suun terveydenhuoltoa koskeneista 1 064 vahinkoilmoituksesta noin kolmasosa johti korvauksiin. Suun terveydenhuollon potilasvahingoista 44 % oli sattunut julkisella ja 56 % yksityisellä sektorilla. Suurin osa korvattavista vahingoista oli juurihoidon, protetiikan ja suu- ja leukakirurgisten toimenpiteiden yhteydessä sattuneita hoitovahinkoja (E. Muukkonen, suullinen tiedonanto). Vuonna 2018 kahdeksan vahinkoilmoitusta (0,75 %) koski muuta suun terveydenhuollon ammattihenkilöä kuin hammaslääkäreitä. Ilmoitukset lisättiin hammaslääkärien ilmoituksiin niiden pienen määrän vuoksi. Vahinkoilmoituksia oli tehty yli puolessa (59 %) kunnista.

Suurin hammaslääkäritiheys oli TYKS- ja pienin KYS-ervassa ($p = 0,016$) (taulukko 1). Maakunnittain tarkasteltuna se oli pienin Pohjois-Karjalassa. Suhteellisesti eniten kuntia, joissa ei ollut lainkaan erikoishammaslääkäreitä, oli KYS- ja OYS-ervoissa (taulukko 1).

Vahinkoilmoitusten määrä ja asukasluvu
Kun tarkasteltiin kaikkia kuntia, ilmoitukset 10 000 asukasta kohden jakautuivat tasaisesti erva-alueittain



Kuvio 1. Vahinkoilmoitusten määrä suhteessa asukaslukuun (sininen) ja hammaslääkärimäärään (oranssi) erva-alueittain.



Kuvio 2. Vahinkoilmoitusten määrä suhteessa asukaslukuun ja hammaslääkärimäärään maakunnittain.

($p = 0,742$) ja maakunnittain ($p = 0,241$) (kuvio 1 ja 2). Kun tarkasteltiin vain niitä kuntia, joissa ilmoituksia oli tehty, ilmoitusten määrä suhteessa asukaslukuun jakautui tasaisesti erva-alueittain ja maakunnittain.

Hammaslääkärien määrä ja vahinkoilmoitukset

Kun tarkasteltiin kaikkia kuntia, ilmoituksissa kymmenenä hammaslääkäriä kohden ei ollut todettavissa tilastollisesti merkitsevää eroa erva-alueittain ($p = 0,500$) ja maakunnittain ($p = 0,076$) (kuvio 1 ja 2).

Kun huomioitiin vain ne kunnat, joissa ilmoituksia oli tehty, ilmoitusten määrä suhteessa hammaslääkärimäärään erosi tilastollisesti merkitsevästi erva-alueilla ($p = 0,007$) siten, että

eniten ilmoituksia oli KYS- ja vähiten TYKS-ervassa (taulukko 2). Kun tarkasteltiin kuntia, joissa ilmoituksia oli tehty, ilmoitusten määrä suhteessa hammaslääkärimäärään erosi tilastollisesti merkitsevästi myös maakunnittain ($p = 0,012$) siten, että eniten ilmoituksia oli Pohjois-Karjalassa ja vähiten Kainuussa.

Erikoishammaslääkärien määrä ja vahinkoilmoitukset

Erikoishammaslääkäreitä työskenteli 35 %:ssa kunnista (taulukko 1). Kun tarkasteltiin koko maata, vahinkoilmoitusten määrä suhteessa asukasmäärään oli suurempi niissä kunnissa, joissa oli erikoishammaslääkäreitä kuin niissä, joissa heitä ei ollut ($p < 0,001$). Erva-alueista tämä tulee esiin HYKS- ja TAYS-ervoissa. Vastaavanlaista eroa ei ollut



suhteessa hammaslääkärien määrään ($p = 0,053$) (taulukko 3).

Vahinkoilmoitusten määrä suhteessa erikoishammaslääkärimäärään jakautui tasaisesti erva-alueittain ja maakunnittain, kun huomioitiin ne kunnat, joissa oli tehty ilmoituksia. Niissä kunnissa, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä, ilmoitusten määrä suhteessa asukaslu-kuun erva-alueilla jakautui epätasaisesti ($p = 0,013$). Näin tarkasteltuna eniten ilmoituksia oli OYS- ja KYS-ervoissa ja vähiten TYKS-ervassa (taulukko 2).

Ilmoitusten määrä suhteessa hammaslääkärimäärään ei myöskään jakautunut tasaisesti erva-alueittain niissä kunnissa, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä ($p = 0,032$). Eniten ilmoituksia oli KYS- ja OYS-ervoissa ja vähiten TYKS-ervassa (taulukko 2). Maakunnittain tarkasteltuna niissä kunnissa, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä, ilmoitusten määrä suhteessa asukas- sekä hammaslääkärimäärään jakautui tasaisesti.

Korvauksiin johtaneet vahinkoilmoitukset

Kun korvauksiin johtaneita ilmoituksia suhteutettiin asukas-, hammaslääkäri- ja erikoishammaslääkärimäärään, ne jakautuivat tasaisesti erva-alueittain ja maakunnittain.

Pohdinta

Kun otetaan huomioon kaikki kunnat, vahinkoilmoitukset suhteessa asukas- ja hammaslääkärimäärään jakautuivat tasaisesti erva-alueittain ja maakunnittain. Niissä kunnissa, joissa oli erikoishammaslääkäreitä, oli tehty enemmän vahinkoilmoituksia kuin kunnissa, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä. Kuitenkin korvattujen potilasvahinkojen määrä jakautui tasaisesti myös erikoishammaslääkärimäärään suhteutettuna. Kun huomioidaan vain ne kunnat, joissa ilmoituksia oli tehty, ilmoitukset eivät jakautuneet tasaisesti hammaslääkärimäärään nähden erva-alueittain eivätkä maakunnittain. Niissä kunnissa, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä ja ilmoituksia oli tehty, ilmoitusten

Distribution of patient injury notices in Finland

According to the Patient Insurance Act (948/2019), the Patient Insurance Center (PVK) is responsible for compensating for patient injuries that occur in the context of medical treatment and health care in Finland.

The aim of this study was to find out whether there were regional differences in the number of notices of patient injury concerning oral health care in Finland in 2018 in proportion to the population and the supply of services, i.e., the number of dentists and dental specialists.

The data used were the notices of patient injury concerning oral health care received by the Patient Insurance Center in 2018 ($n = 1064$), the population by municipality according to the Association of Finnish Local and Regional Authorities, and the number of dentists and dental specialists

by municipality according to the membership register of the Finnish Dental Association.

When considering only municipalities in which patient injuries had been reported and in which there were no dental specialists, the number of notices of patient injury in relation to the population and number of dentists, was not evenly distributed by the specific catchment areas of university hospitals.

In relation to population, notices of patient injury were evenly distributed by municipalities, so patients probably have an equal opportunity to report patient injuries. In relation to the supply of services, there were statistical differences in the distribution of notices of patient injury, one of the reasons for which may be a regional lack of special expertise.

määrä asukasluukuun ja hammaslääkärimäärään nähden ei jakautunut tasaisesti erva-alueittain.

Hammaslääkärimäärällä oli yhteys vahinkoilmoitusten määrään, kun huomioitiin vain ne kunnat, joissa ilmoituksia oli tehty. KYS-ervan pienin hammaslääkäritiheys liittyy siihen, että kyseisellä alueella oli eniten ilmoituksia suhteessa HML-määrään. Vastaavasti TYKS-ervassa oli vähiten ilmoituksia suhteessa HML-määrään ja siellä oli myös suurin hammaslääkäritiheys.

Kunnissa, joissa oli erikoishammaslääkäreitä, tehtiin enemmän vahinkoilmoituksia suhteessa asukkaiden määrään kuin niissä kunnissa, joissa erikoishammaslääkäreitä ei ollut. Erikoishammaslääkäripalveluita on paremmin saatavilla suuremmissa kunnissa. Yksityishammaslääkäripalvelujen tiedetään niin ikään keskittyvän suurempiin kuntiin, joissa myös asuu suhteessa enemmän paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevia ihmisiä. Tiedetään, että he käyttävät enemmän yksityishammaslääkäripalveluja (14, 15). Arviomme

mukaan vahinkoilmoituksia tehdään todennäköisesti herkemmin, jos kyse on kalliiksi koetusta hoidosta. Tutkimuksesta ei ole pääteltävissä positiivista syyseuraussuhdetta vahinkoilmoitusten tai potilasvahinkojen ja erikoishammaslääkäripalvelujen välillä, vaan syy-yhteys on todennäköisesti vahinkoilmoitusten määrään, yksityissektorin hoitovalikoiman ja hoidon tarjonnan sekä isompien paikkakuntien välillä.

Niissä kunnissa, joissa ei ollut erikoishammaslääkäreitä, eniten ilmoituksia suhteessa asukas- ja HML-määrään oli KYS- ja OYS-ervoissa ja vähiten TYKS-ervassa. Maakunnittain vastaavat tilastolliset erot eivät kuitenkaan näkyneet. Turun seudulla EHL-palveluja on saatavilla maantieteellisesti varsin lähellä. OYS-ervan alue on puolestaan laajin ja sisältää eniten kuntia, joissa ei ole EHL:iä (75 %). Täten EHL-palvelut sijaitsevat keskimäärin kauempana. Erikoishammaslääkärien saatavuus siis vaikuttaa ilmoitusten määrään. Vaikka erikoishammaslääkäreitä oli vain kolmasosassa kunnista, se ei kerro kaikkea

palvelujen saatavuudesta, sillä yksi EHL voi työskennellä useamman kunnan alueella. Kunnan EHL-määrä ei myöskään kerro kaikesta erityisosaamisesta, sillä peruskoulutetun hammaslääkärin työnkuva voi olla painottunut tiettyyn erityisalueeseen.

Kainuussa ilmoituksia tehtiin vähiten sekä asukas- että HML-määrään suhteutettuna. Maakunnittain ilmoitusten määrässä suhteessa asukaslukuun ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Myös korvauksiin johtaneiden ilmoitusten osuus oli suurin Kainuussa, mikä tarkoittanee sitä, että siellä ilmoituksia ei tehdä kovin herkästi. Eniten ilmoituksia suhteessa hammaslääkärimäärään oli Pohjois-Karjalassa, jota voi selittää Pohjois-Karjalan pienin hammaslääkäritiheys.

Vahinkoilmoitukset koskevat kliinistä työtä tekeviä hammaslääkäreitä, mutta jäsenrekisterissä ei ollut eroteltuna kliinistä työtä tekemättömiä. Kuntakoh- taiset hammaslääkärimäärät eivät olleet täysin tarkkoja, mikä kuitenkin tasoittui tarkastelemalla aineistoa riittävän suu- rina havaintoyksikköinä.

PVK:n vuosittaisten asiakaskysely- tutkimusten mukaan noin puolet vahin- koilmoituksen tehneistä on saanut tie- don tästä mahdollisuudesta hoitohen- kilökunnalta (E. Muukkonen, suullinen tiedonanto). Tutkimuksen perusteella arvioituna potilailla on luultavasti var- sin yhtäläinen mahdollisuus vahinkoil- moitusten tekemiseen. Eli koko maassa potilailla on riittävästi tietoa vahinkoil- moitusmahdollisuudesta, sillä maakun- nittain ilmoitukset suhteessa väestöön jakautuivat tasaisesti. Hammaslääkäri- en määrään suhteutettuna ilmoitukset eivät kuitenkaan jakautuneet tasaises- ti, kun huomioitiin ne kunnat, joissa oli tehty ilmoituksia. Tämä voi kertoa alueellisista eroista hoitohenkilöstön käytännöissä informoida potilasta vahinkoilmoituksen tekemisen mahdolli- suudesta. Ilmoitusaktiivisuuteen voivat vaikuttaa myös esimerkiksi alueelliset erot erityisosaamisessa, potilaan koh- taamiseen ja kohteluun liittyvät seikat, erot hoitosuhteen luonteesta ja jatku- vuudessa ja hoitoon pääsyn vaikeudet. On myös mahdollista, että hammaslää- kärien puute ja potilaiden pitkät jono-

tusajat heijastuvat ilmoitusten määrään.

Johtopäätökset

Potilasvahinkoilmoitusten jakautumi- sessa ei ollut havaittavissa eroja asukas- lukuun ja hammaslääkärien määrään suhteutettuna, kun tarkasteltiin koko maata. Tutkimus tuo kuitenkin esiin erikoishammaslääkärien vähyyden ja maantieteellisen epätasaisen jakautumi- sen Suomessa. Erikoishammaslääkäri- palvelut keskittyvät suurempiin kuntiin, ja erikoishammaslääkärien puuttumi- nen kunnissa näyttäisi olevan yhteydes- sä suurempiin vahinkoilmoitusmääriin.

Suvi Syrjä, HLL,
Keski-Suomen hyvinvointialue

Salla Salmenkivi, EHL,
Itä-Suomen yliopisto

Liisa Suominen, professori,
Itä-Suomen yliopisto

Artikkeli perustuu Suvi Syrjän opinnäytetyöhön.

KIRJALLISUUS

1. Potilasvakuutuslaki 948/2019. [https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190948#Pidp447259312]. Viitattu 5.6.2020.
2. Laki potilaan asemasta ja oikeuk- sista 785/1992. [https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P9] Viitattu 5.6.2020.
3. Potilasvakuutuskeskus. Tietoa PVK:sta. [https://www.pvk.fi/fi/potilasvakuutuskeskus/yleista-tietoa-potilasvakuutuskeskuksesta/]. Viitattu 5.6.2020.
4. Potilasvakuutuskeskus. Vuosiraportti 2018. [https://www.pvk.fi/templates/vinha/services/download.aspx?fid=401092&hash=5877f2e9acc805eb5a57adc3014362bb36312b6f7016232ec3018a503a881085]. Viitattu 5.6.2020.
5. Outinen M, Idänpään-Heikkilä U. Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Työpapereita/ Stakes. 28/2006.
6. Bailey E, Tickle M, Campbell S, O'Malley L.

Systematic review of patient safety in dentistry. BMC Oral Health 2015; 15: 152–163.

7. Mettes T, Bruers J, Va der Sanden W, Wensig M. Patient safety in dental care: a challenging quality issue? An exploratory cohort study. Acta Odonto Scand 2013; 71: 1588–1593.

8. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates W. Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Health Care 2010; 19: 42–47.

9. Hiivala N. Patient safety incidents, their contributing and mitigating factors in dentistry. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2016.

10. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incidents reported by Finnish dentists; results from an internet-based survey. Acta Odontol Scand 2013; 71(6): 1370–1377.

11. Hiivala N, Mussalo-Rauhamaa H, Murtomaa H. Patient safety incident prevention and manage- ment among Finnish dentists. Acta Odontol Scand 2013; 71(6): 1663–1670.

12. Kuntaliitto. Kuntien lukumäärät ja väestö- tiedot. Analyysit ja tietoaaineistot. Kuntaliitto.fi. Viitattu 2.5.2024.

13. Potilasvakuutuskeskus. Vuosiraportti 2018. [https://www.pvk.fi/document/89570/48494C8E73C5A3E9889FA9B0BB452A0E1A04B37E9CF2E21B0FE6C2DB78E94F9F] Viitattu 2.5.2024.

14. Suominen L, Harjunmaa U. Terveiden ja hy- vinvoinnin laitos. Koettu suunterveys ja palvelujen käyttö. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2023. [https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/koettu_suunterveys_ja_palve- lujen_kaytto.html]. Viitattu 14.2.2023.

15. Suominen L, Raittio E. Suunterveys. s. 94–98 ja Suun terveydenhuolto. s. 151–155. Raportissa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017 tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportteja 4/2018, Helsinki 2018.