

**POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI
KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA**



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Syksy, 2017

Kirsi Enala ja Anu Peura

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Visamäki

Tekijä	Kirsi Enala ja Anu Peura	Vuosi 2017
Työn nimi	Potilasturvallisuuskulttuuri Kanta-Hämeen keskussairaalassa	

TIIVISTELMÄ

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan erilaisten terveydenhuollon sektorilla toimivien yksiköiden ja organisaatioiden toimintoja ja periaatteita, joilla on tarkoitus varmistaa, että potilas saa turvallista hoitoa eikä hoidon aikana tai sen seurauksena vahingoitu.

Kanta-Hämeen keskussairaalassa laadittiin keväällä 2016 Potilasturvallisuussuunnitelma vuosille 2016 – 2017 ja suunnitelman yhtenä painopisteenä on turvallisuuskulttuurin arvioiminen ja parantaminen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Kanta-Hämeen keskussairaalan johdolle tieto sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin tilasta selvittämällä henkilökunnan näkemys sairaalan potilasturvallisuuskulttuurista ja siinä olevista ongelmakohtista. Kysely lähetettiin 1850 henkilölle ja siihen vastasi kaikkiaan 592 henkilöä (vastausprosentti 32).

Tulosten perusteella näyttää siltä, että henkilökunta kokee voivansa kehittää ja päivittää ammatillista osaamistaan työssään ja saa tukea työyhteisöltä siinä yksikössä missä työskentelee. Ammattitaitoa ylläpitämällä pystytään tarjoamaan potilaille laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa. Kyselyn perusteella saimme selville kriittisiä, kehittämistä vaativia osialueita, jotka liittyivät lähinnä tiedonkulkuun. Vastaavia tiedonkulkuun liittyviä ongelmia on raportoitu myös muissa Suomessa ja ulkomailla tehdyissä kyselyissä, joten ongelma on varsin yleinen.

Avainsanat potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, potilasturvallisuuskulttuurin arviointi, HSOPSC

Sivut 54 sivua, joista liitteitä 6 sivua

Social and health care development and management
Visamäki

Author Kirsi Enala and Anu Peura **Year** 2017

Subject Patient Safety Culture in Kanta-Häme Hospital

ABSTRACT

Patient safety refers to the functions and principles of the various departments and organizations operating in the health care sector to ensure that the patient receives safe care and neither during treatment nor as a result of the treatment will be harmed.

In the spring 2016, the Patient Safety Plan for the 2016 – 2017 was drafted in Kanta-Häme Hospital and one of the priorities of the plan was to evaluate and improve the safety culture. The purpose of our thesis was to provide the Kanta-Häme Hospital with information on the state of the hospital's patient safety culture by examining the personal view of the hospital's patient safety culture and its problem areas. The questionnaire was sent to 1850 people, with 592 respondents (response rate 32).

Based on the results, it seems that the staff feels they can develop and update their professional skills in their work and get support from the work community in the department where they work. By maintaining professional skills, it is possible to provide patients with better quality and more secure care. Based on the questionnaire we found critical, development-intensive areas that were mainly related to the flow of information. Similar problems with information flow have also been reported in other surveys in Finland and abroad, so the problem is quite common.

Keywords patient safety, patient safety culture, the evaluation of patient safety culture, HSOPSC

Pages 54 pages including appendices 6 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIIN LIITTYVÄT KÄSITTEET	2
2.1	Potilasturvallisuuskulttuuri	2
2.2	Potilasturvallisuus	4
2.2.1	Henkilöstöresurssit	6
2.2.2	Hoito	6
2.2.3	Lääkehoito	6
2.2.4	Laiteturvallisuus ja fyysinen ympäristö	7
2.2.5	Potilasturvallisuusopas ja omavalvontasuunnitelma.....	8
2.2.6	Potilasturvallisuustyö Suomessa	8
2.3	Työhyvinvointi ja sen merkitys potilasturvallisuudelle	9
2.4	Riskien hallinta	10
2.4.1	Suorituskyky ja osaaminen	11
2.4.2	Dokumentointi ja tiedonkulku.....	12
2.5	Vaaratapahtumailmoitus eli HaiPro	12
2.6	Potilasturvallisuuden johtaminen	14
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	15
3.1	Hospital Survey on Patient Safety Culture eli HSOPSC – mittari.....	16
3.2	Aineiston keruu ja kohdejoukko	17
3.3	Aineiston analysointi ja raportointi.....	18
3.4	Luotettavuus	18
3.5	Eettisyys.....	20
4	TULOKSET.....	21
4.1	Koko sairaalan henkilöstön näkemys potilasturvallisuuskulttuurista	22
4.2	Hoitohenkilöstön taustatiedot	23
4.3	Hoitohenkilöstön näkemys vahvoista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista 25	
4.4	Hoitohenkilöstön näkemys kriittisistä, kehittämistä vaativista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista	26
4.4.1	Työyksikötasoon liittyvät väittämät	26
4.4.2	Sairaالاتasoon liittyvät väittämät	34
4.4.3	Tulosmuuttujiin liittyvät väittämät.....	37
5	POHDINTA.....	40
6	JATKOTUTKIMUSAIHEET	41
	LÄHTEET	43

Liitteet

- Liite 1 Saatekirje
- Liite 2 Potilasturvallisuuskulttuurikysely henkilöstölle
- Liite 3 Ensimmäinen artikkeli; Potilasturvallisuus on yhteinen asia (julkaistu KantAviisi – lehdessä Talvi 2016)

1 JOHDANTO

Kanta-Hämeen keskussairaalassa on laadittu keväällä 2016 Potilasturvallisuussuunnitelma vuosille 2016 – 2017. Suunnitelma sisältää useita konkreettisia toimenpiteitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Sairaalan toiminnassa pyritään avoimuuteen ja rohkaistaan henkilöstöä tuomaan esille hoitotyössä havaitsemiaan epäkohtia sekä vaaratilanteita. (Kallava & Ranta 2016, 3, 5.)

Potilasturvallisuuskulttuuri kattaa koko organisaation toimintakulttuurin. Hyvässä turvallisuuskulttuurissa on ensisijaisesti kyse siitä, että turvallisuutta pidetään organisaation yhtenä tärkeimpänä osiona kehittämällä sitä systemaattisesti. Potilasturvallisuus määritelmä vaihtelee sen mukaan, mistä näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Sosiaali- ja terveysministeriön näkökulmasta se käsittää terveydenhuollossa toimivien yksiköiden sekä organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden päämääränä on varmistaa hoidon turvallisuus suojaten potilasta vahingoittumasta. Hoidon turvallisuuden varmistamisella tarkoitetaan toimintamallia, minkä mukaan tehtävä ei ole ainoastaan saavuttaa haluttu hoitotulos vaan myös vahvistaa toimintatavan sietokykyä erilaisille poikkeamille. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 13, 92.)

Työhyvinvoinnilla ja potilasturvallisuudella on selkeä yhteys toisiinsa heijastuen potilaan ja hoitohenkilöstön väliseen vuorovaikutukseen. Työhyvinvointiin liittyy työ ja sen mielekkyys, hyvinvointi, terveys ja turvallisuus. Työhyvinvointia lisää hyvä ja motivoiva johtaminen sekä työyhteisön ilmapiiri ja työntekijöiden ammattitaito. Työhyvinvointi vaatii työntekijän ja työnantajan saumatonta yhteistyötä ja sitä voitaisiinkin verrata joukkuepeliin. Tuloksia tarkastellessa nousi vahvasti esiin positiivisessa valossa henkilökunnan näkemys koulutuksen tasoon sekä mahdollisuus päivittää henkilökohtaista tietoa ja taitoa. Tärkeäksi osa-alueeksi nousi henkilökunnan välinen työskentely, joka antoi voimavaroja tehdä potilastyötä turvallisesti.

Kanta-Hämeen keskussairaalassa toteutettiin potilasturvallisuuskulttuuriin liittyvä kysely Webropol -kyselynä 21.11. – 18.12.2016. Kyselystä tiedotettiin ennakkoon Kanta-Hämeen keskussairaalan intrassa otsikolla ”Vain vastaamalla voit vaikuttaa”. Tiedotteesta kävi ilmi kyselyn tavoitteet, aikataulus ja toteuttamistapa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Kanta-Hämeen keskussairaalan johdolle tietoa siitä, millainen sairaalan potilasturvallisuuskulttuurin tilanne oli loppuvuodesta 2016. Sairaalan potilasturvallisuussuunnitelman yhtenä painopisteenä on turvallisuuskulttuurin arvioiminen ja parantaminen (Kallava & Ranta 2016, 5). Kanta-Hämeen keskussairaala vastasi ky-

selyn toteuttamisesta ja meidän tehtävämme oli analysoida tehdyn kyselyn tulokset ja raportoida ne tilaajalle.

Päädyimme toteuttamaan opinnäytetyömme artikkeliopinnäytetyönä ja yhdessä tilaajan sovimme, että kirjoitamme kolme artikkelia, jotka käsittelevät potilasturvallisuuskulttuuria yleisellä tasolla sekä kyselyn tuloksia. Artikkelit kirjoitettiin tilaajan ohjeistuksen mukaisesti. Ensimmäinen artikkeleista ”Potilasturvallisuus – yhteinen asia” julkaistiin Kanta-Hämeen keskussairaalan sidosryhmälehti KantAviidessä joulukuussa 2016. Toisen artikkelimme nimi oli ”Potilasturvallisuus laadun takeena” ja kolmannen ”Potilasturvallisuuskulttuurin arviointi Kanta-Hämeen keskussairaalaissa”. Kaksi viimeistä artikkelia toimitettiin tilaajan käyttöön, joka päättää koska ja missä muodossa ne julkaistaan. Viimeistä artikkelia työstettiin tilaajan edustajan kanssa ja artikkeliin oman osuutensa kirjoittaa sairaalan johtajaylilääkäri.

Potilasturvallisuus ei ole uusi käsite, sillä Florence Nightingale totesi jo vuonna 1863, että ”The first requirement of a hospital is to do the sick no harm”. Näin ollen voimme todeta potilasturvallisuuden ”juurien” löytyvän yli 150 vuoden takaa.

2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIIN LIITTYVÄT KÄSITTEET

Potilasturvallisuuteen liittyy useita lakeja. Perustuslaki turvaa potilaalle oikeuden riittävään terveyden- ja sairaanhoitoon (Perustuslaki 731/1999 § 19). Terveydenhuoltolain avulla pyritään lisäämään asiakaskeskeisyyttä, parantamaan terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta. Samassa laissa veloitetaan terveydenhuollon yksiköt laatimaan suunnitelmat laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 2, § 8.)

Opinnäytetyössämme tarkoitamme potilaalla terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 §2). Vaikka asiakas –käsitettä käytetään tänä päivänä myös terveydenhuollossa, päädyimme käyttämään opinnäytetyössämme sanaa ”potilas”, sillä työ käsittelee potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuuskulttuuria. Perinteinen potilaan rooli on muuttunut osallistuvammaksi ja hoitosuhde halutaan nähdä kumppanuuksena asiakkaan tai perheen ja hoitavan henkilöstön välillä. (Tampereen yliopisto n.d.)

2.1 Potilasturvallisuuskulttuuri

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuuskulttuuri käsittelee terveydenhuollossa toimivien yksikköjen ja organisaatioiden periaat-

teet ja toiminnot, minkä tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä potilaan suojaus mahdollisilta vahingoittumisilta.

Potilasturvallisuuskulttuuri voidaan kokea monitahoisena asiana, missä yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt sekä koko organisaation oppimisprosessit. Kulttuuri käsittää koko organisaation ja se muodostuu yksiköstä sekä yksittäisten työntekijöiden arvoista, asenteista, toimintaperiaatteista ja -tavoista. (Helovuoto ym. 2012, 92.)

WHO:n määritelmä potilasturvallisuuskulttuurista on vuodelta 2008 ja se sisältää viisi kriteeriä. Nämä kulttuurin osat ovat:

1. Kukin työntekijä hyväksyy henkilökohtaisen vastuun omasta, muiden työntekijöiden, potilaiden sekä läheisten turvallisuudesta.
2. Turvallisuus asettuu toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden edelle.
3. Rohkaistaan ja kannustetaan tunnistamaan turvallisuuspoikkeamat sekä keskustelemaan niistä ja ratkaisemaan ongelmia.
4. Järjestelmälähtöistä virheistä oppimista tuetaan.
5. Mahdollistetaan tuloksellisten ja luotettavien turvallisuusjärjestelmien riittävä resursointi ja organisointi. (Helovuoto ym. 2012, 93.)

Potilasturvallisuuskulttuuri on osa organisaatiokulttuuria mihin vaikuttavat organisaation vallitsevat arvot ja normit. Hoitoalalla kulttuuri ilmenee esimiesten ja työntekijöiden asenteina ja toimintatapoina ja sitä tutkitaan kyselylomakkeella. Potilasturvallisuuskulttuuria mittaamalla voidaan arvioida potilasturvallisuuskulttuurin vahvuudet ja heikkoudet ja selvennetään kiireelliset kehittämiskohteet. Sillä myös lisätään sekä esimiesten että työntekijöiden tietoisuutta potilasturvallisuuteen vaikuttavista asioista, tutkitaan asenteissa tapahtuvia muutoksia ja niiden vaikutuksia päätöksentekoon. Potilasturvallisuuskulttuuria mittaamalla voidaan myös verrata eri työyhteisöiden ja ammattiryhmien toimintaa ja käsityksiä. (Lindh, Sachs, Hedsköld, Danielsson & Soop 2013, 6 – 7.)

Työntekijöillä on usein virheellinen mielikuva siitä, että organisaatiossa on luotu potilasturvallisuuskulttuuri eikä siihen voi vaikuttaa. Henkilöstö voi kuitenkin edistää turvallisuuskulttuuria konkreettisella toiminnalla. Kun ilmapiiri työyhteisössä on avoin ja luottamuksellinen, voidaan havaittuja potilasturvallisuuspoikkeamia käydä läpi avoimesti ja kehittää toimintaa tämän jälkeen. Henkilöstön kynnys puuttua toiminnassa havaittuihin uhkaaviin tekijöihin madaltuu. (Helovuoto ym. 2012, 94.)

Sairaalat ovat toteuttaneet erilaisia toimenpiteitä kulttuurinsa muuttamiseksi, jotta potilasturvallisuus paranisi. Kulttuurista puhuttaessa tarkoitetaan usein yksilöiden luonteenpiirteitä, jotka tekevät sosiaalisten eroavaisuuksien tunnistamisen vaikeaksi. Kulttuuriin voi sisältyä myös epämiellyttäviä mutta tärkeitä yhteiskunnallisia piirteitä, kuten historiaa, politiikkaa ja eriarvoisuutta, jotka saattavat vaarantaa potilaan hoidon. Poti-

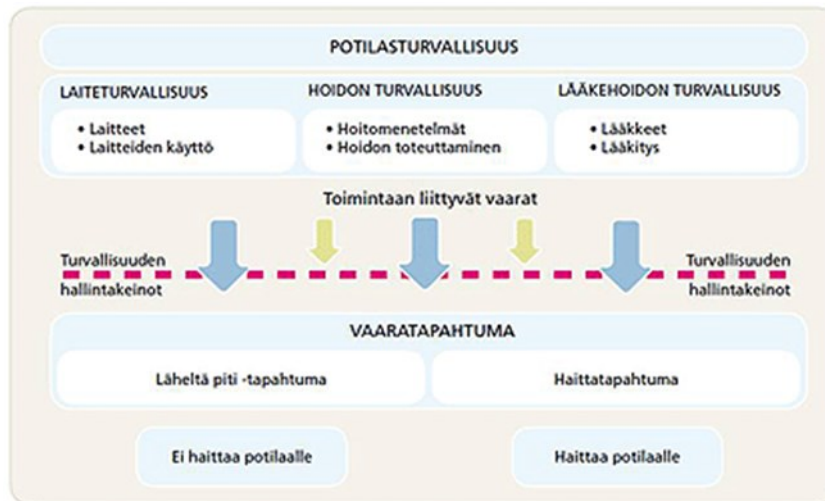
lasturvallisuuteen liittyy jatkuvaa kommunikaatiota ja riskien hallintaa, mutta siitä huolimatta kaikki riskit eivät ole tiedossa tai hoidettavissa. (Szymczak 2014, 252 – 253.)

Turunen, Partanen, Kvist, Miettinen ja Vehviläinen-Julkunen tuovat esille tutkimuksessaan Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals (2013, 609), että nimenomaa sairaanhoitajilla on keskeinen asema kehitettäessä potilasturvallisuuskulttuuria, sillä he muodostavat laajimman osan henkilöstöstä, joka työskentelee sairaanhoidon sektorilla. Asioista tulee pystyä puhumaan avoimesti, sillä virheistä oppimalla ja käytäntöjä harjoittelemalla voidaan ennaltaehkäistä vaaratilanteita. Hoitajat myös työskentelevät lähellä potilaita ja toimivat tiimeissä, joissa tehdään tärkeitä potilasturvallisuuteen vaikuttavia päätöksiä. (Nordin 2015).

2.2 Potilasturvallisuus

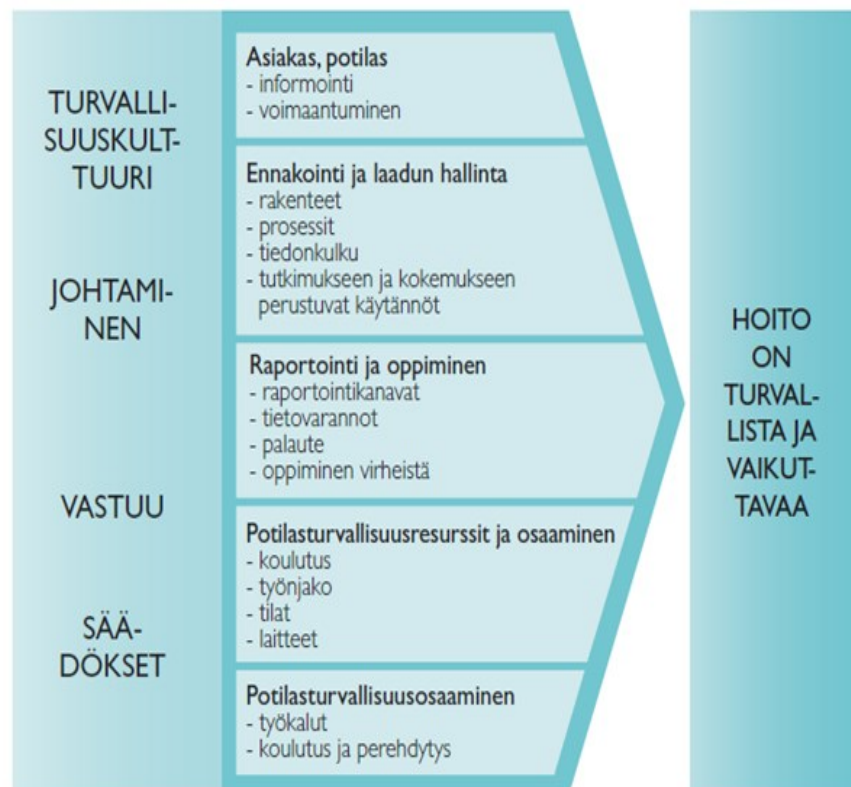
Kaufman ja McCaughan (2013, 50) tuovat esille artikkelissaan The effect of organisational culture on patient safety, Florence Nightingalen vuonna 1863 todenneen, että sairaalan ensimmäinen edellytys on olla aiheuttamatta sairaalle ihmiselle haittaa ("the first requirement of a hospital is to do the sick no harm"). Nykyään potilasturvallisuus on yhä erittäin tärkeää, ja sitä pidetään yhtenä tärkeimmistä terveydenhuollon haasteista.

Potilasturvallisuus kattaa hoidon, lääkityksen sekä laiteturvallisuuden ja fyysisen ympäristön. Hoidon turvallisuudella käsitetään itse hoitomenetelmien turvallisuutta sekä niiden toteuttamiseen liittyvien prosessien turvallisuutta. Terveydenhuollossa ja siihen kuuluvassa toimintaympäristössä tapahtuu koko ajan monia potilasturvallisuuteen vaikuttavia muutoksia. Lääketiede kehittyy jatkuvasti tuottaen uusia lääkkeitä ja teknologioita, joiden vaikutus on aikaisempaa vaikuttavampaa, joten niiden hallittu ja oikea käyttö asettaa alan ammattilaisille korkeampia vaatimuksia. (THL 2011, 9.)



Kuva 1. Potilasturvallisuuden käsitteet (THL 2009).

Potilasturvallisuus on viime vuosina tullut yhä enemmän esille sosiaali- ja terveydenhuollon alalla puhuttaessa laadusta ja nykyään painotetaan yhä enemmän hyvän potilasturvallisuuskulttuurin merkitystä. Potilasturvallisuuskulttuuria mittaamalla saadaan tietoa työntekijöiden käsityksistä koskien potilasturvallisuutta. (Lindh ym. 2013, 6.)



Kuva 2. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3, 13)

2.2.1 Henkilöstöresurssit

Henkilöstöresursseilla työssämme tarkoitamme terveydenhuollon henkilöstön määrää, rakennetta, koulutustasoa, henkilöstömitoitusta sekä henkilöstön laatua ja osaamista. Potilaan hoidon ja turvallisuuden tarpeen tulisi olla ensisijainen lähtökohta henkilöstömäärän sekä rakenteen tarkoituksenmukaiselle suhteelle ja suunnittelulle. Henkilökunnan laadulliset ominaisuudet esiintyvät osaamisesta, taidoista, taidoista sekä kokemuksesta. Henkilökunnan osaamisen tulisi olla tasapainossa potilaiden tarpeiden mukaisesti, sillä tämä vaikuttaa ratkaisevasti potilasturvallisuuteen. (Antinmaa 2013.)

Henkilöresurssien hallinnassa vaikuttavat organisaation kannalta katsotuna työn määrä, kuormittavuus, potilasvaihtuvuus sekä toimintaympäristö. Potilaslähtöisyyden osalta henkilöstöresurssiin vaikuttavat potilasprofiilit, hoitokompilaatiot sekä hoitopoikkeamat. Henkilöstön näkökulmasta resursseihin vaikuttavat asiantuntijuus, ajankäyttö sekä työhyvinvointi. (Antinmaa 2013.)

2.2.2 Hoito

Sana hoito käsittää terveyden edistämisen, ylläpitämisen sekä sairauden ehkäisemiseen tähtäävää toimintaa. (Terveyskirjasto 2017).

Useammassa maissa on arvioitu tehtyjen potilasturvallisuuskartoitusten perusteella, että joka kymmenes sairaalassa oleva potilas kokee hoidon seurauksena haittaa. Potilaana olevista joka sadas saa vakavan haitan ja yksi tuhannesta haitasta tai virheestä voi johtaa kuolemaan. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei ole koettu tarpeelliseksi tehdä, koska sairaalaolosuhteemme tutkittujen maiden kanssa ovat yhteneväisiä. Edellä mainittujen ulkomaalaisten tutkimustulosten perusteella voidaan arvioida hoitovirheistä johtuvien kuolemien määrän Suomessa olevan vuosittain vähintään 700 mutta mahdollisesti jopa 1700. (THL 2011, 9 – 10.)

Tutkijoiden mielestä jopa puolet nykyisistä haittatapauksista kyettäisiin estämään riskien ennakoimisella, toimintaperiaatteiden järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapauksista oppimalla. (THL 2011, 9 – 10).

2.2.3 Lääkehoito

Yksi keskeisimmistä hoitokeinoista on lääkehoito. Sen toteuttaminen on terveydenhuollon toimintaa riippumatta siitä, minkälaisessa ympäristössä sitä toteutetaan. Laillisen ammatillisen koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden (esim. sairaanhoitajat ja lähihoitajat) tulee ensisijaisesti vastata sen toteuttamisesta. (Valvira 2017.)

Lääkehoidon potilasturvallisuudessa kyse voi olla lääkkeen valmistukseen liittyvistä virheistä tai lääkehoidon poikkeamasta. Tämän seurauksena lääkehoito ei toteudu suunnitellusti, mistä koituu haittaa potilaalle. Potilasturvallisuutta käsitellessä on hyvä huomioida potilaita, läheisiä sekä ammattilaisia ympäröivän järjestelmän vaikutus. Tavoitteena onkin terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta johtuvien haittojen sekä vammojen ennalta ehkäiseminen, välttämien ja lieventäminen. Päivittäisessä toiminnassa olisi tärkeää nähdä potilasturvallisuuskulttuuri motivoivana ja positiivisessa valossa. (Helovuori ym. 2012, 13 – 14, 96.)

2.2.4 Laiteturvallisuus ja fyysinen ympäristö

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 2010/629 (25 §) velvoittaa, että ammattimaisen käyttäjän on ilmoitettava Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle ja valmistajalle tai valtuutetulle edustajalle vaaratilanteista, jotka ovat johtaneet tai olisivat saattaneet johtaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyden vaarantumiseen, ja jotka johtuvat laitteen ja tarvikkeen ominaisuuksista, suorituskyvyn poikkeamasta tai häiriöstä, riittämättömästä merkinnästä tai virheellisestä käytöstä.

Laiteturvallisuuden varmistamiseksi tulee työnantajan sekä työntekijän on tarkistettava seuraavat asiat, jotta potilaan, asiakaan sekä henkilökunnan turvallisuus tulee taattua: henkilöllä, joka käyttää terveydenhuollon laitetta, pitää olla laitteen turvallisen käytön vaatima koulutus ja kokemus. Laitteessa pitää olla merkittynä tai sen mukana pitää tulla turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet. Laitetta käytetään ainoastaan valmistajan ilmoittaman käyttötarkoituksen ja –ohjeistuksen mukaisesti. Laitetta säädetään, ylläpidetään ja huolletaan valmistajan ohjeistuksen mukaisesti. Käyttöpaikan tulee soveltua laitteen turvalliseen käyttöön. Laitteeseen kytketyt tai sen välittömässä läheisyydessä olevat terveydenhuollon laitteet, rakennusosat ja rakenteet, varusteet, ohjelmistot tai muut järjestelmät sekä esineet eivät saa vaarantaa laitteen suorituskykyä tai potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyttä. Laitteen asentaa, huoltaa ja korjaa vain henkilö, jolla on tarvittava ammattitaito ja asiantuntemus. Jos laite luovutetaan potilaan kotiin, on varmistuttava siitä, että potilas osaa ja on kykenevä käyttämään laitetta turvallisesti vaatimusten mukaisissa olosuhteissa. (Potilas- ja asiakasturvallisuuden opas 2016, 33 – 34.)

Riittämätön laitteiden huolto ja laitteiden käyttöön liittyvä koulutus sekä käyttöohjeiden saamattomuus ovat yleisiä vaaratapahtumiin johtavia syitä. Järjestelmien, laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuuteen vaikuttavat niiden toimintakunto, saatavuus, käytettävyyden ja ergonomisen suunnittelun. (Helovuori, Kinnunen, Kuosmanen & Pennanen 2015, 10.)

Fyysiseen ympäristöön kuuluu useita eri komponentteja. Näitä ovat esimerkiksi paikka, sijainti, hoitoympäristön tila ja muoto, sisustus sekä tilojen järjestely. Ympäristöön kuuluvat edellä mainittujen lisäksi valaistus,

huonekalut, lämpötila, sekä esineet. (Froloff 2000.) Hoidolliset laitteet, apuvälineet ja hälytysjärjestelmät voidaan myös laskea osaksi fyysistä ympäristöä.

Fyysisen ympäristön turvallisuus on potilaiden, läheisten ja henkilökunnan kannalta tärkeää. Siihen kuuluvat tilojen rakenteet, järjestelyt ja muut työympäristön piirteet, joiden tehtävänä on edistää työn tekeminen turvallisesti. Työympäristöön vaikuttaminen saattaa tuntua hankalalta, koska aikanaan tehdyillä päätöksillä on pitkäaikaisia vaikutuksia ja niiden muuttaminen voi olla kallista ja hidasta. Potilasturvallisuuden kannalta ratkaisut voivat joskus kuitenkin olla yksinkertaisia kuten vuoteen laidan korkeuden säätäminen oikein, jotta potilas ei pääse putoamaan vuoteesta lattialle. (Helovuo ym. 2015, 9 – 10.)

2.2.5 Potilasturvallisuusopas ja omavalvontasuunnitelma

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt potilasturvallisuutta tunnetuksi julkaisemalla vuonna 2011 Potilasturvallisuusoppaan. Ammattihenkilöiden pitää noudattaa ammatissaan potilasturvallisuuden edistämisen perusteita, soveltaa siihen kuuluvia keskeisiä toimintatapoja ja hyödyntää potilasturvallisuuden edistämisen työkaluja, suosituksia sekä oppaita. Potilasturvallisuutta kyetään parantamaan ainoastaan, jos toimintayksikön johdolla ja henkilöstöllä on tehtäviinsä vaatimat tiedot, taidot sekä osaaminen. Onkin tärkeää varmistaa ammattihenkilöstön pätevyys ja soveltuvuus rekrytoinnin yhteydessä, antamalla riittävää perehdytystä, osaamisen seurannalla sekä tarjoamalla täydennyskoulutusta. Työnantajan pitää tarvittaessa ryhtyä tarpeellisiin toimenpiteisiin, jos hän havaitsee alaisensa toiminnassa puutteita. (THL 2011, 12 – 16.)

Omavalvontasuunnitelmalla tarkoitetaan sellaisia toimenpiteitä, joilla palveluntuottaja itse valvoo toimintaansa ja toiminnan laatua, henkilökuntaa sekä tuottamia palveluita. (Lehtonen, Lohiniva-Kerkelä & Pahlman 2015, 54, 118). Sosiaali- ja terveysministeriö on asetuksellaan 341/2011 määrännyt, että vastuut laatu- ja potilasturvallisuustiedon keräämisessä ja hallinnassa on sisällytettävä em. omavalvontasuunnitelmaan. Laatua ja potilasturvallisuutta seurataan ja toiminnassa havaittuja epäkohtia korjataan tarvittaessa. Suunnitelmasta tulee käydä ilmi, miten henkilöstöä perehdytetään ja koulutetaan laatu- ja potilasturvallisuusasioissa. Henkilökunnan osallistuminen suunnitelman laatimiseen ja toiminnan kehittämiseen on suotavaa.

2.2.6 Potilasturvallisuustyö Suomessa

Suomen terveyspolitiikassa potilasturvallisuuteen on reagoitu ja se on nostettu tärkeäksi asiaksi. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnittelusta, ohjauksesta ja toimeenpanosta, joten potilasturvallisuusasiat kuuluvat sen toimialueeseen. Terveyden ja hyvin-

voinnin laitos (THL) on sosiaali- ja terveysministeriön alainen tutkimus- ja kehittämislaitos, joka vastaa mm. potilasturvallisuusasioiden tuomisesta käytäntöön. Sen tehtäviä on kehittää tutkimuksia, seurantoja, arviointeja, kehittämistyötä, asiantuntijavaikuttamista, viranomaistehtäviä sekä luoda kansainvälistä yhteistyötä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toimii myös alansa tilastoviranomaisena, se huolehtii tietoperustasta ja sen hyödyntämisestä. (Virolainen 2012, 5.)

Suomessa julkaistiin vasta vuonna 2009 ensimmäinen kansallinen strategia potilasturvallisuuden parantamiseksi ja otettiin käyttöön kansainvälisiä potilasturvallisuuteen liittyviä käytänteitä. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä tuottaa korkealaatuisia palveluita ja korkealaatuista hoitoa, mutta tästä huolimatta turvallisuuteen ja laatuun liittyvät kysymykset ovat lisääntyneet. (Turunen ym. 2013, 610.)

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys on perustettu vuonna 2010. Yhdistys pyrkii toiminnallaan edistämään potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuuskulttuurin tutkimusta Suomessa. Yhdistyksen puheenjohtaja Ermo Haavisto kirjoittaa pääkirjoituksessaan Suomen Farmasialiiton Dosis – julkaisussa (2/2014) Suomen potilasturvallisuuden tilasta. Kirjoituksen mukaan Suomessa potilasturvallisuustyötä on tehty noin kymmenen vuotta. Potilasturvallisuudella on keskeinen asema puhuttaessa terveydenhuollon laadun varmistamisesta ja se nähdään myös yhtenä kehittämisen osa-alueena. Haaviston mukaan lääkehoito on terveydenhuollon alalla yksi turvallisuuskriittisimmistä osa-alueista ja peräti noin 40 % vaaratapahtumista terveydenhuollon organisaatioissa sattuu nimenomaa jossakin lääkehoitoprosessin vaiheessa.

2.3 Työhyvinvointi ja sen merkitys potilasturvallisuudelle

Työhyvinvointi käsitteenä ei ole vain yksilön tai yhteisön terveyden tai fyysisen kunnon hyvinvointia vaan toimintatapaa, johon vaikuttavat organisaation toimivuus ja johtaminen sekä työyhteisön ilmapiiri ja itse työ. Työhyvinvoinnin syntyminen ja ylläpito vaativat systemaattista johtamista, sekä strategista suunnittelua, seurantaa ja toimenpiteitä, joilla pyritään lisäämään henkilöstön voimavaroja. Työhyvinvointia kehittäessä ja sen korkean tason ylläpidossa näkyy huomattavat edut, joita ovat mm. työtehokkuuden ja työn laadun paraneminen, työntekijöiden vaihtuvuuden väheneminen, sairauspoissaolojen väheneminen sekä taloudellisten etujen lisääntyminen. (Terävä & Mäkelä-Pusa 2011, 6 – 7.)

Työhyvinvointiin vaikuttavat työntekijän kokonaisvaltainen terveys käsitteenä sekä psyykkisen että somaattisen terveyden, jaksaminen, työpaikan turvallisuus ja ilmapiiri sekä työn hallinta ja johtaminen. Työn mielekkyydellä ja palkitsevuudella on positiivisia vaikutuksia työhyvinvointiin. Työhyvinvointi on investointi, joka vaikuttaa myös organisaation maineeseen. (THL 2015, 11.)

Kun organisaation johto on kiinnostunut henkilöstönsä hyvinvoinnista, päästään kohti tuloksellisuutta ja toimivuutta. Työntekijän tulee olla kiinnostunut omasta työhyvinvoinnista sekä työkyvystään. Työntekijän velvollisuus onkin tuoda julki havaitsemansa puutteet hyvinvoinnissa. (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 12.)

Jokaisella työyhteisöllä on mahdollisuus menestyä, kun sen henkilöstö voi hyvin. Me kaikki voimme vaikuttaa omalta osaltamme työyhteisön työhyvinvointiin, mutta työhyvinvointia pitää myös suunnitella ja kehittää. Nykypäivänä toiminnan pitäisi olla taloudellista, tuottavaa ja asiakaslähtöistä, joten työhyvinvoinnin merkitys vain korostuu. Työntekijän voidessa hyvin tuottavuus paranee ja mm. sairauspoissaolojen määrä vähenee. (Manka & Bordi, n.d., 6, 12.)

Työhyvinvointiin vaikuttavat työpaikka, työ sekä esimiehen ja työkavereiden välinen vuorovaikutus. Työhyvinvointia kehitettäessä on johdolla ja esimiehillä tärkeä rooli. Parhaat tulokset työhyvinvoinnin kehittämisessä saadaan kuitenkin, kun työtä tehdään yhdessä työntekijöiden kanssa. Tällöin työntekijöiden asiantuntemus heidän työstään tulee hyödynnetyksi ja sitoutuminen kehittämiseen on varmempaa. Työhyvinvoinnin kehittämisprosessi vie aikaa: ensin selvitetään työpaikan tilanne (vaikuttavuutta kuvaavat laadulliset tunnusluvut ja toimintaa kuvaavat määrälliset tunnusluvut). Tämän jälkeen laaditaan työhyvinvointisuunnitelma "mitä pitää tehdä?" ja mietitään toimenpiteitä, joilla suunniteltuihin tavoitteisiin päästään. Prosessin päätteeksi tuodaan henkilöstökertomuksessa esille, miten tavoitteet on saavutettu, miten prosessissa on onnistuttu. (Manka & Bordi n.d., 13, 17 – 18, 23.)

Esimiehellä on keskeinen asema työyhteisön hyvinvoinnin ja toimivuuden kannalta. Esimiehen ei tarvitse olla täydellinen, mutta hänen odotetaan olevan luotettava ja tasapuolinen. Myös molemminpuolinen kunnioitus ja arvostus ovat tärkeitä. Työhyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää, että johtajuus olisi vuorovaikutteista; johtaminen on kaksisuuntaista ja työntekijäkin saa olla aktiivinen toimija. Esimiehellä on kuitenkin työntekijää paremmat mahdollisuudet vaikuttaa työyhteisön rakenteisiin ja käytäntöihin, jotka vaikuttavat myös työhyvinvointiin. Esimiehen on oltava tietoinen työsuhteen ja työpaikan toimintaa säätelevästä lainsäädännöstä ja tunnettava työhyvinvoinnin johtamisen perusteet, jotta hän pystyy arvioimaan henkilöstön työkuormitusta. Esimiehen kannustava, arvostava ja myönteinen asenne edesauttaa työhyvinvointiin liittyvien asioiden puheeksi ottamista työpaikalla ja helpottaa töihin sairaslomalta tulevan työntekijän paluuta. (Manka & Bordi n.d., 25 – 27.)

2.4 Riskien hallinta

Riskienhallinta perustuu siihen, että organisaatiossa ollaan tietoisia toimintaan vaikuttavista vaaroista. Arviointia tehdään vaaratilanteista ja turvallisuuspoikkeamista saatavaan tietoon perustuen, säännöllisillä arvi-

oinneilla ja kartoituksilla tai muutostilanteisiin sisältyvillä riskianalyyseilla. Pyrkimyksenä on tunnistaa vaarat mahdollisimman aikaisin ja varmistaa turvallisuus ennalta siten, ettei varsinaisia vaaratilanteita pääsisi synty-mään. Vaaralla sekä vaaratekijällä tarkoitetaan tekijää, ominaisuutta tai ilmiötä, mitkä voivat aiheuttaa haittaa tai vaarantaa turvallisuutta. (Helovuo ym. 2012, 125.)

Ennakoivalla riskien tunnistamisella voidaan havaita sellaisia turvallisuus-uhkia, joita vaaratilanneraporteista ei nouse esiin. Jatkuvan ja järjestelmällisen tarkkailun avulla voidaan varmistaa hoidon pysyminen turvallisena tai toisaalta havaita aiemmin huomaamatta jääneitä vaaroja tai puutteita. Yksikön riskikartoituksessa pyritään löytämään kaikki vaara- ja haittatekijät liittyen kohteen normaaliin toimintaan ja normaaleihin työtehtäviin, harvinaisempiin ja satunnaisempiin tilanteisiin sekä poikkeamiin ja häiriöihin. Poikkeavia tilanteita voivat olla esimerkiksi eri yksiköiden yhdistäminen, ruuhkahuiput ja sesongit, loma-ajat, ylityöt ja yövuorot, sijaisten tai harjoittelijoiden läsnäolo. (Helovuo ym. 2012, 125, 148.)

Riskit voidaan jakaa kahteen eri osioon, strategiseen ja operatiiviseen. Strateginen riskienhallinta käsittää riskienhallinnan parantamista osaksi tavanomaista johtamista ja toiminnan prosesseja. Strategisia riskejä ovatkin riskit, joilla voi tapahtuessaan olla pitkäaikaisia vaikutuksia organisaation liiketoimintaan. Operatiivisiin riskeihin kuuluvat henkilö-, toiminta-, omaisuus-, työympäristö- ja tietoriskit, sekä tuotevastuu- ja liikeriskit. Operatiiviset riskit voivat aiheutua esim. puutteellisesti toimivista sisäisistä ratkaisuksista, henkilöistä, järjestelmistä tai ulkoisista tapahtumista. (Helovuo ym. 2015, 8.)

2.4.1 Suorituskyky ja osaaminen

Yksilön osaaminen nähdään yleisesti kykynä ja haluna suoriutua hyvin tietyistä tehtävistä. Osaamisesta käytetään mm. käsitteitä taidot, kyvykkyys, pätevyys sekä asiantuntemus. Organisaatio tason osaamista voidaan tarkastella esimerkiksi osastojen ja tiimien välisessä osaamisessa. Henkilöstön osaamisen riskejä voivat olla mm. rekrytoinnissa epäonnistuminen, osaamispotentiaalın huono hyödyntäminen, henkilöstön osaamistaso ei ole yhteydessä vaadittavaan tehtävään, työilmapiirin heikkous sekä osaan henkilöstön menettäminen. (Jääskeläinen 2005, 11.)

Organisaation johdon ja esimiesten vastuulla on varmistaa, että työntekijällä on riittävät tiedot ja taidot suoriutua työtehtävistä, sekä soveltaa niitä käytännön työhön. Usein organisaatioissa kuitenkin unohdetaan suorituskykyyn liittyvän vireystilan merkitys. Vireystila ja suorituskyky liittyvät henkilöstön psykologisiin ja fysiologisiin edellytyksiin toimia turvallisesti tilanteessa. Esimerkiksi liian kuormittavat työvaiheet tai ylipitkät työvuorot vaikuttavat ihmisen tiedonkäsittelyyn ja muistitoimintoihin ja altistavat inhimillisille virheille. Tiedot ja osaaminen voivat vaikuttaa tapahtu-

maan silloin, jos tilanteeseen liittyy työtehtäviä, joita henkilö ei hallitse tai hän ei ole saanut oikeanlaista perehdytystä. (Helovuo ym. 2015, 11.)

2.4.2 Dokumentointi ja tiedonkulku

Potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttää, että potilaasta ja hänen hoidostaan on saatavilla oikeaa tietoa, oikea-aikaisesti. Dokumentointiin ja tiedonkulkuun liittyvät haasteet ovat hyvin usein vaaratapahtumiin myötävaikuttavina tekijöinä. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä on säädetty asetuksessa (289/2009). Hyvä ja oikeanlainen dokumentointi on peruslähtökohta turvallisuusriskien hallinnalle. Riski syntyy, jos potilaan hoitoon liittyvä dokumentaatio on laadultaan tai määrältään riittämätöntä tai puuttuu kokonaan. Tiedon siirron ongelmat voivat liittyä sähköisten tietojärjestelmien toimintaongelmiin, tai tieto on kirjattu paikkaan, mistä sitä on vaikea etsiä. Dokumentointiin liittyvät haasteet konkretisoituvat usein etenkin yksiköiden tai organisaatioiden vaihtuessa. Puutteita tiedon siirrossa voi olla myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaan sekä omaisten välillä. (Helovuo ym. 2015, 11 – 12.)

Potilastyötä tehdessä on vastuullisesti dokumentoiva asiakirjoja niin, että ne kuvaavat mahdollisimman tarkasti tehtyjä prosesseja sekä potilaan tilaa. Hyvin toimiva potilasasiakirjan laatiminen edellyttää yhtenäistä sekä selkeää dokumentointitapaa eri organisaatioiden ja yksiköiden välillä. (Jäppinen, Kärki, Kääriäinen, Laaksonen, Penttilä, Sahala & Tapola-Haapala, 2011, 51.)

2.5 Vaaratapahtumailmoitus eli HaiPro

HaiPro on potilasturvallisuuden vaaratapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset voivat ilmoittaa HaiPro -järjestelmään potilaan hoidossa havaitsemiaan vaaratapahtumia. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilaan turvallisuus vaarantuu hoidon aikana. Esimerkkinä voidaan käyttää, kun potilas on saanut osastolla ollessaan väärän annoksen lääkettä. Jos tilanne huomataan, ennen kuin siitä aiheutuu haittaa potilaalle, puhutaan 'läheltä piti' -tilanteesta. HaiPro -järjestelmään raportoidaan sekä potilaalle haittaa aiheuttaneet, että 'läheltä piti' -tilanteet. (HaiPro n.d.)

HaiPro -järjestelmä perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syytelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Tavoitteena tulee siis olla sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden toiminnan kehittäminen vaaratapahtumien taustalla olevien henkilöiden syyllistämisen sijaan. (HaiPro n.d.)

Tietoa haittatapahtumista saadaan viranomaisten valvonnan kautta sekä erilaisista rekistereistä. Yksiköiden ja ammattihenkilöiden raportit sekä potilaan tai hänen läheistensä tekemät vahinkoilmoitukset tuottavat

hyödyllistä palautetta. Suomen lainsäädännössä potilas voi tehdä valituksen tai kantelun kohtelustaan tai hoidostaan, jos hän epäilee hoitovahinkoa. Henkilökunta tekee vapaaehtoisesti ilmoituksen, joka etenee tarvittaessa käsittelyyn. HaiPro -ilmoitusta tehdessä pyydetään tekijää kertomaan mitä tehtävää oltiin tekemässä, millaiset olivat olosuhteet sekä työn tekemisen edellytykset. Siitä tulee ilmetä myös tiedot siitä, mitä, missä, miten ja miksi tapahtui, miten korjataan, miten seurauksia minimoidaan ja miten jatkossa tapahtuma voidaan ennaltaehkäistä. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 14.)

Haittatapahtuma järjestelmästä ei pidä antaa yksittäisiä tapahtumatietoja kenellekään ulkopuoliselle taholle. HaiPron tekijän henkilöllisyyttä ei ole välttämätöntä tietää missään ilmoittamis- tai käsittelyvaiheessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaiset valvovat enenevästi koko organisaation toimintaa, ja vapaaehtoinen raportointi on osoitus vastuuntuntoisesta ja ammattimaisesta suhtautumisesta potilasturvallisuuteen. (Knuutila ym. 2007, 15.)

HaiPron hyödynnettävyys voi osoittaa, miten organisaation turvallisuuden varmistamiseen tähtäävät prosessit toimivat käytännössä sekä miten organisaatiossa on onnistuttu turvallisen työnteon edellytysten luomisessa ja ylläpitämisessä. Vaaratapahtumat tuovat ilmi myös, miten johtamisessa, vastuiden määrittelyssä tai tiedonkulun varmistamisessa on potilasturvallisuuden näkökulmasta onnistuttu. (Heikkilä, Pietikäinen & Ruuhilehto 2010, 46.)

HaiPro -raportointijärjestelmä antaa lisätyökalun kokemuksista oppimiseen. (Knuutila ym. 2007, 19). Oppiminen ja osaaminen käsitetään monesti yksittäisen ihmisen asiaksi. Oppiminen on kuitenkin laaja-alainen käsite ja sitä tapahtuu terveydenhuolto-organisaation monella tasolla; terveydenhuolto-organisaatio, sairaalat sekä sairaanhoitopiiri. HaiPron kautta jaettu oppiminen näkyy muutoksena tai muutospyrkimyksenä yksikön tai organisaation jäsenten näkemyksissä, osaamisessa ja käyttäytymismallissa. Fyysisesti se näkyy konkreettisina muutoksina mm. organisaation dokumenteissa, laitteissa sekä toimintaympäristössä tai jopa organisaation rakenteissa. Yksikön tai organisaation HaiPron hyödyntämistä positiivisella tavalla voidaan ajatella tapahtuvan silloin kun toimintamallia on muutettu turvalliseksi käytännöksi. (Heikkilä ym. 2010, 16.)

Vaaratapahtumien läpikäymisellä voidaan hyödyntää ja käsitellä organisaation toiminnassa olevia ongelmakohtia, joihin tarttumalla voidaan ehkäistä tietynlainen poikkeama tulevaisuudessa, havaita poikkeama nopeasti ja/tai ehkäistä tai lieventää sen seurauksia. Riskitietoisuuden lisääntyminen sekä vaaratapahtumien havaitseminen ovat hyvä lähtökohta toiminnan laadun parantamiselle. Ilmoitusten tekeminen edesauttaa keskustelujen avaamiseen, avoimuuteen sekä oppivan ilmapiirin kehittämiseen. Kun yksittäiset haitta tapahtumat sekä ongelma-alueet ilmenevät

ilmoitusten kautta, kyetään suunnitelmallisesti parantamaan sekä muuttamaan toimintamallia. (Heikkilä ym. 2010, 16, 46.)

Potilasvakuutuskeskus julkaisee vuosittain tiedot sattuneista potilasvahingoista ja vuotta 2016 koskevat tilastot on julkaistu helmikuun 2017 alussa. Koko maata ajatellen potilasvahinkojen määrä on nousussa. Ilmoitettuja tapauksia ratkaistiin vuonna 2016 yhteensä 7537, näistä 2166 aiheutti korvauksia. Määrällisesti eniten korvauksia maksettiin tuki- ja liikuntaelinten leikkaustoimenpiteiden (469) sekä muiden leikkaus- ja anestesiatuimenpiteiden (466) yhteydessä tapahtuneista vahingoista. Useina vuosina vahinkotilastojen kärjessä on ollut lonkan- ja polven tekonivelleikkauksissa sattuneet vahingot. Vuonna 2016 korvauksia maksettiin kaikkiaan 40,9 miljoonaa euroa, ja tämä summa kattoi korvaustoiminnan hoitokulut. Korvauksia maksettiin mm. ansionmenetyksistä, pysyvää/tilapäisestä tai kosmeettisesta haitasta, sairaanhoidosta, kuntoutuksesta, hautauskuluista, kohonneista elinkustannuksista sekä muista kustannuksista. (Potilasvakuutuskeskus 2017.)

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella raportoitiin vuonna 2016 kaikkiaan 79 korvattavaa potilasvahinkoa, mikä oli yksitoista vahinkoa vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. (Potilasvakuutuskeskus 2017). Kanta-Hämeen keskussairaalassa Hämeenlinnassa tapahtuu vuosittain noin 40 vahinkoa, Riihimäen yksikön vahinkojen määrä on ollut laskusuuntainen johtuen yksikön profiilin muutoksesta. Vahingoista reilut kymmenen tapahtuu Forssan sairaalassa ja loput ilmoitetuista potilasvahingoista tapahtuu seudun perusterveydenhuollon yksiköissä. (Kanta-Hämeen keskussairaala 2017.)

2.6 Potilasturvallisuuden johtaminen

Avainasemassa toimintayksiköiden potilasturvallisuuden johtamisessa ovat mm. johtajat, ylilääkärit ja osastonhoitajat. Heillä on vaikutusmahdollisuuksia potilasturvallisuutta käsitteleviin asioihin, joita ovat taloudellinen tilanne, riittävät resurssit työn toteutukseen ja sen kautta henkilöstön hyvinvointiin. Potilasturvallisuuden johtamisessa on tärkeää yhteisen tahtotilan muodostaminen ja ylläpitäminen. Yhteinen tahtotila voidaan luoda usealla eri tavalla ja se on jatkuva prosessi, missä johtajat liittyvät potilasturvallisuuden osaksi perustehtävää. (Pietikäinen, Heikkilä & Reiman 2012, 40 – 41.)

Johtajan tulee toiminnallaan edistää vuorovaikutusta henkilöstön ja potilaan sekä hänen omaistensa välillä. Hoitotyössä ei ole yhtä ainoa oikeaa toimintatapaa, koska tilanteet muuttuvat nopeasti ja siksi henkilökunnan tulee osata reagoida muuttuviin tilanteisiin. Johtajan tulee kannustaa työntekijä löytämään tilanteenmukaisesti oikea potilasturvallisuuden huomioon ottava toimintamalli. Johtajien tulee osata asettaa rajat toiminnalle ja määrittellä käytettävissä olevat ajalliset, taloudelliset ja fyysiset resurssit. Kaikilla työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa siihen, mi-

hin toiminnan rajat vedetään, mutta heillä on myös vastuu ja velvollisuus tuoda julki potilasturvallisuutta vaarantavat epäkohdat. Päivittäisessä toiminnassa pitää pystyä visioimaan mihin organisaatio toiminnassaan pyrkii potilasturvallisuuden osalta. Tulevaisuutta ei voida ennustaa, vaan sitä ennakoidaan. Pienillä muutoksilla ja jatkuvalla parantamisella voidaan viedä potilasturvallisuutta eteenpäin tehokkaasti ja laaja-alaisesti. (Pietikäinen ym. 2012, 40 – 45.)



Kuva 3. Potilasturvallisuuden johtamisen periaatteet (Pietikäinen ym. 2012, 40).

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimustapa on yleisesti käytössä sosiaalityöalalla. Se perustuu ajatustapaan, jossa kaikki tieto on peräisin aistihavainnoista sekä päättelystä joka puolestaan perustuu tehtyihin havaintoihin. Tutkimuksessa esitetään oletuksia, joihin haetaan vastauksia tehdyllä tutkimuksella. Tutkimuksesta saadut tulokset esitetään pääsääntöisesti teorioina, jotka selittävät säännönmukaisuuksia joissakin ilmiöissä. Teorioiden pohjalta pyritään mm. luomaan uusia ideoita, selityksiä ja ennusteita sekä osoittamaan joidenkin ongelmien yhteenkuuluvuutta. (Hirs-järvi, Remes & Sajavaara 2010, 139 – 142.)

Kvantitatiivisessa menetelmässä painotetaan faktaa ja tilanteiden syytä. Menetelmä perustuu kontrolloituun mittaukseen ja se tuottaa tuloksena tarkkaa numeraalista tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa kysymysten asettelu pyritään toteuttamaan siten, että vastauksiksi saadaan numeerista tietoa. (Valkama 2016.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään täsmällisiä ja laskennallisia menetelmiä jotka tutkivat ihmistieteitä tilastollisesta näkökulmasta. (Kananen 2014, 133).

Määrällisessä tutkimuksessa tutkimus alkaa yleisesti tutkimusongelman määrittelyllä ja sen perusteella tehdyillä tutkimuskysymyksillä. Opinnäytetyön tehtävänä oli kuvata potilasturvallisuuskulttuurin tila kyselyn tekoheikellä HSOPSC – mittaria käyttäen.

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen kautta selvitetään lukumääriin ja prosenttisuuksiin liittyviä kysymyksiä. Se edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Kerätessä aineistoa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiiksi annetuilla vaihtoehdoilla. Asioita tuodaan julki numeeristen suureiden avulla ja useasti selvitetään asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa aiheessa tapahtuvia muutoksia. Kvantitatiivisen tutkimustavan avulla saadaan yleensä koottua olemassa oleva tilanne, mutta ei kyetä riittävästi selvittämään asioiden syitä. (Heikkilä 2014.)

3.1 Hospital Survey on Patient Safety Culture eli HSOPSC – mittari

Hospital Survey on Patient Safety Culture –mittari on yhdysvaltalaisen The Agency for Healthcare Research and Quality –organisaation (AHRQ) kehittämä. Mittari on ollut käytössä Yhdysvalloissa vuodesta 2004 ja sen sanotaan olevan yksi käytetyimmistä mittareista mitattaessa potilasturvallisuutta. Mittari on käännetty 18 eri kielelle ja sitä on käytetty yli kolmessakymmenessä maassa. (Turunen, Mäntynen, Kvist, Miettinen, Vehviläinen-Julkunen, Turunen & Partanen 2015, 153.) Euroopassa mittaria on käytetty kahdessakymmenessä maassa. (European Hospital 2013).

Suomessa mittaria on käytetty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella sekä Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa. Suomennettuun mittariin lisättiin yksi taustamuuttuja ”mahdollisuus oman osaamisen päivittämiseen”. Mittarissa on 12 potilasturvallisuuskulttuuria mittaavaa osaluuetta, kaikkiaan 42 väittämää ja taustakysymykset. (Turunen ym. 2015, 153).

Kanta-Hämeen keskussairaalan kyselyn alussa oli avattu mitä tarkoitetaan vaaratapahtumalla ja potilasturvallisuudella. Alussa myös kerrottiin vastaajalle kyselyyn menevä aika ja yleiset toimintaohjeet sen täyttämiseen. Kyselyn loppuun oli varattu tilaa mahdollisille kommenteille.

HSOPSC – mittaria käytetään sellaisissa tutkimuksissa, missä on tarkoitus kuvata ja analysoida potilasturvallisuuskulttuuria sairaalan koko henkilöstön näkökulmasta. Kysely osoitetaan hoitotyötä tekevän henkilökunnan lisäksi hallinnollisissa tehtävissä oleville sekä tukipalveluita tuottavalle henkilöstölle.

HSOPSC – mittari tuottaa tietoa eri tasoilta.

Työyksikkötasolla saadaan selville:

- Lähijohtajan odotukset ja toiminta turvallisuuden edistämässä

- Oppiminen ja jatkuva kehittäminen
- Tiimityöskentely työyksikössä
- Kommunikaation avoimuus
- Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumista
- Syyllistämätön/ei rankaiseva virheiden käsittely
- Henkilöstömitoitus.

Sairaالاتasolla mittari mittaa seuraavia asioita:

- Sairaalan johdon tuki potilasturvallisuudelle
- Yksiköiden välinen tiimityö
- Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset.

Seuraavat väittämät liittyvät tulosmuuttujiin:

- Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta
- Vaaratapahtumien raportointi
- Arvio potilasturvallisuuden tasosta työyksikössä
- Raportoitujen vaaratapahtumien lukumäärä.

(Turunen ym. 2015, 153.)

HSOPSC – mittari koostuu erilaisista väittämistä ja kysymyksistä ja vastaaja ilmaisee, missä määrin hän on samaa mieltä asiasta (ns. asenneasteikko). Kyselyssä käytetään Likertin asteikkoa, joka tässä kyselyssä on 5 portainen asteikko. Asteikon toinen ääripää on ”täysin samaa mieltä” ja toinen ääripää ”täysin eri mieltä”. (Heikkilä 2014 & Turunen ym. 2015, 153.)

3.2 Aineiston keruu ja kohdejoukko

Potilasturvallisuuskysely toteutettiin Webropol -kyselynä 21.11 – 18.12.2016. Saimme Kanta-Hämeen keskussairaalan potilasturvallisuuskoordinaattorilta alustavan tiedon kyselyn vastauksista 30.12.2016 ja Webropolin käyttäjätunnukset 16.1.2017. Tämän jälkeen aloitimme tulosten läpikäymisen. Webropol on Pohjoismaiden laajimmin käytetty kyselytyökalu, joka tarjoaa nopean ja monipuolisen tavan kyselytutkimusten tekemiseen. Toteuttamalla kvantitatiivinen kysely verkossa tavoitetaan laajempi kohderyhmä. Tapa on nopea ja kustannussäästöinen, mutta sen haasteena on matala vastausprosentti. (Webropol Oy, n.d.)

Kohdejoukko oli Kanta-Hämeen keskussairaalan koko henkilöstö, Fimlab Laboratoriot Oy:n ja Tekme Oy – ruokapalveluiden palveluksessa oleva henkilöstö.

Kyselyn toteuttamisesta ja organisoinnista vastasi Kanta-Hämeen keskussairaala. Opinnäytetyön tekijät suunnittelivat kyselyn tiedottamisen yhteistyössä potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa ja tiedottamiseen käytettiin sairaalan sisäistä sähköistä tiedotuskanavaa (intranettiä). Kan-

ta-Hämeen keskussairaala testasi lomakkeen toimivuuden lähettämällä sen marraskuun alussa kymmenelle koevastaajalle.

3.3 Aineiston analysointi ja raportointi

Opinnäytetyön aineiston analyysissä käytettiin deduktiivista lähestymistapaa eli työssä edettiin teoriasta käytäntöön. Kyseinen lähestymistapa on nimenomaa määrällisissä tutkimuksissa yleisesti käytetty. Tutkimustulokset saadaan tekemällä konkreettisia havaintoja tutkimuskohteesta ja analysoimalla ja mittaamalla sitä. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Tulosten tulkinta toteutettiin Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ohjeiden mukaisesti. Tuloksia tarkasteltiin positiivisten vastausten prosenttiosuuksien kautta, jolloin 75 % tai enemmän positiivisia vastauksia nähdään potilasturvallisuuskulttuurin kannalta vahvuutena ja 50 % tai vähemmän osoittaa tarpeen parantaa toimintamallia. (Turunen ym. 2015, 151.)

Suodatimme saadusta aineistosta Webropol -työkalun avulla ensin sairaalan koko henkilöstöä koskevat tulokset, ja tämän jälkeen tilaajan toiveesta keskityimme sairaalan ja tulosityksiköiden hoitohenkilöstön vastauksiin (lääkäri- sekä tutkimus- ja hoitohenkilöstö). Kysely tuotti tutkijoille numeerista tietoa, joiden pohjalta muodostettiin taulukoita käyttäen Excel – taulukkolaskentaohjelmaa. Taulukoista tutkijat kirjoittivat tulkinnat eli auki kirjoittivat tai tulkitsivat taulukon jakaumat. (Kananen 2014, 214.)

Tutkijat kävivät läpi ”vapaat kommentit” - kenttään tulleen palautteen ja luokittelivat tekstit pääteemojen mukaan. Vapaista kommentteista poimittiin suoria lainauksia opinnäytetyön kohtaan tulokset. Suorat lainaukset ovat sisennettynä ja kursivoituna.

Lopulliset tulokset toimitettiin 200 dian PowerPoint -esityksinä työn tilaajalle. Tilaaja sai käyttöönsä koko henkilöstöä sekä kutakin tulosityksikköä koskevat diasarjat, joita tilaaja muokkaa ja käyttää haluamallaan tavalla. Toimitimme tilaajalle myös Fimlab Laboratoriot Oy:n henkilöstöä käsittelevät tulokset.

3.4 Luotettavuus

Määrällisessä tutkimuksessa pystytään mittarin luotettavuutta arvioimaan erilaisin tilastollisin menetelmin. Käyttämämme mittari on kansainvälisesti testattu, joten eri maissa saatuja tuloksia pystytään vertaamaan keskenään. Tutkimuksen pätevyyttä (validius) arvioitaessa pyrittiin selvittämään mittasiko käytettävä mittari sitä, mihin se oli tarkoitettu. Vastaaja saattoi käsittää kysymykset eri tavoin kuin tutkijat olivat ajatelleet ja tuolloin tulos olisi vääristynyt. (Hirsjärvi ym. 2010, 231 – 232.) AHRQ:n mielestä kyselyä ei tule suorittaa liian usein, vaan suositeltava väli kyselyille

on noin kaksi vuotta, koska pysyvä potilasturvallisuuskulttuurin muutos tapahtuu hitaasti, kestäen jopa vuosia. (Turunen ym. 2015, 159).

Kanta-Hämeen keskussairaala oli valikoinut käytettäväksi HSOPSC – mittarin, sillä olemassa olevan mittarin käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta. Mittari vastasi parhaiten niihin kysymyksiin, joihin ko. organisaatio halusi tietoa. Kyseistä kyselyä on Suomessa käytetty aiemminkin, joten siinä esitettävien kysymysten on todettu mittaavan oikeita asioita, ne ovat yksiselitteisiä ja koko tutkimusongelman kattavia. Tutkimuksen luotettavuutta edesauttoi mm. tutkimusongelman rajaaminen selkeästi ja tarkkaan, hyvä kyselylomake, korkea vastausprosentti sekä selkeä ja objektiivinen raportti. (Heikkilä 2014). Tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt, mikäli vastaajien lukumäärä olisi jäänyt alhaiseksi. Tutkimuksen toteutustavasta johtuen (Webropol – kysely) vastaajan henkilöllisyys ei ollut todennettavissa.

Toteutettaessa kvantitatiivista tutkimusta internetkyselynä oli olemassa tiettyjä hyötyjä ja haittoja. Hyötynä nähtiin vastausten saannin nopeus, pitkän kyselylomakkeen käyttömahdollisuus sekä arkaluontoisten kysymysten käyttömahdollisuus. Internetkyselyn haittoja puolestaan olivat kyseenalainen vastausten tarkkuus, väärinkäsitysmahdollisuus eikä tutkijoilla ollut mahdollisuutta tehdä lisähavaintoja. (Heikkilä 2014.) Tutkimukseen osallistuvan tuli ymmärtää esitetyt kysymykset eikä niissä saanut olla tulkinnan varaa, jotta tutkimuksen luotettavuus säilyi. (Vilkkä 2015, 193). Oli myös mahdollista, että vastaaja oli käsittänyt kysymykset eri tavoin kuin tutkijat olivat ajatelleet ja tuolloin tulos vääristyi. (Hirsjärvi ym. 2010, 231 – 232).

Saatuamme tulokset käyttöömme, totesimme, että sairaalan ruokapalveluita tuottavan Tekme Oy:n vastaajamäärät jäivät varsin alhaisiksi, joten heidän vastauksiaan ei voitu käyttää. Kysely toimitettiin 1850:lle vastaajalle ja siihen vastasi 592 henkilöä. Tutkijoina jäimme miettimään, jäikö kyselyn ulkopuolelle tiettyjä ammattiryhmiä tai ikäluokkia tai oliko kyselyn ajoituksella vaikutusta vastaajamäärään. Mietimme myös, olisiko vastausprosentti ollut suurempi, mikäli henkilöstölle olisi järjestetty ennen kyselyn suorittamista infotilaisuus potilasturvallisuuskulttuuriin liittyen.

Tutkimuksemme mukaan osa kyselyyn vastanneista koki, että kyselyyn ei voinut vastata luottamuksellisesti. Avoimissa kommentteissa todettiin, että kysytyjen taustatietojen perusteella pystyttäisiin identifioimaan vastannut henkilö. Tämä saattoi johtaa siihen, että joihinkin kysymyksiin jätettiin vastaamatta. Tällaisia olivat esimerkiksi kysymykset, joissa kysyttiin vastaajan ammattiryhmää (vastaajia 588), ammatin tarkenninta (vastaajia 482) tai vastaajan ikäryhmää (vastaajia 586).

Havaitsimme myös sen, että vastausvaihtoehtoja oli liian vähän tai ne olivat sanallisesti asetettu väärin. Kaikki esitetyistä kysymyksistä eivät välttämättä koskettaneet jokaisen eri ammattiryhmän työntekijöitä, jolloin

vastausvaihtoehtona olisi pitänyt olla myös ”ei koske yksikköäni tai työtehtävääni”. Tällaisia olivat mm. kysymykset, joissa mainittiin esimerkkinä lääkehoitoon liittyvä haittatapahtuma ja vastaaja ei työnsä puolesta käsitellyt lääkkeitä lainkaan. Osa vastaajista ei myöskään tehnyt lainkaan potilastyötä, jolloin heille ei ollut sopivaa vastausvaihtoehtoa. Neutraaliin vastausvaihtoehtoon (vaikea sanoa tai joskus) tuli joissakin kysymyksissä paljon vastauksia, joka saattoi johtua siitä, että kysymys ei koskenut vastaajan työtehtäviä. Edellä mainittu tuli ilmi kysymykseen 56 kirjoitetuista vapaista kommentteista.

Vastaajilla oli vaikeuksia hahmottaa mihin tulosalueeseen he kuuluivat; jos esimerkiksi osastosihteerit työskentelee psykiatrian poliklinikalla hän saattaa mieltää kuuluvansa psykiatrian tulosalueeseen, vaikka todellisuudessa kuulukin tukipalveluiden tulosalueeseen (sihteerityön yksikköön). Edellä mainittu asia tuli esille avoimista vastauksista.

Vastaajista kaikki eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin, mikä vaikutti kyselyn lopputulokseen. Korkeimmat vastausmäärät olivat kysymyksiin, jotka koskivat vastaajan sukupuolta (591 vastaajaa) ja kysymykseen 17, jossa esitettiin vastaajan työyksikköä ja – aluetta koskevia kysymyksiä (591 vastaajaa). Pienin vastausmäärä oli kysymykseen, joka käsitteli hoitohenkilökunnan ammatintarkenninta (482 vastaajaa).

Tällaisessa kyselyssä olisi hyvä olla myös vaihtoehto ”ei koske yksikköämme”, koska esim. meidän yksikössämme ei tehdä potilastyötä.

Tämä potilasturvallisuuskysely sisälsi muutamia ”huonosti” aukeavia kysymyksiä.

Osa kysymyksistä oli huonosti hahmoteltavia ja johdattelevia. Vastaukset ovat mitä kysytään! Olisi pitänyt olla vapaan tekstin mahdollisuus kysymysten jälkeen, mahdollisuus kommentointiin ja selvennyksiin.

Vastaukset saattavat johtaa lopputuloksessa harhaan eli on pakko vastata jotain, vaikka ei ole tapahtumaa.

Kyselyn perustiedoilla on mahdollista identifioida henkilöt helposti! Miksi ei suoraan kysytty nimeä?

3.5 Eettisyys

Tutkijoilla on eettisiä velvoitteita kyselyyn vastanneita, tutkimusyhteisöä, ammattialaansa ja tutkimuksen tilaajaa kohtaan. Tutkimuksessa huomiointiin hoitotyön tutkimusetiikka ja ammattietiikka. Tutkimus toteutettiin internetissä sähköisen linkin kautta, joten vastaajan anonymiteetti säilyi. Webropol -työkaluna tuottaa tarkkaan analysoitua tietoa tehdystä kyse-

lystä, joten tutkijoilla tai opinnäytetyön tilaajalla ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa tuloksiin. (Webropol Oy, n.d.)

Tutkimusluvut haettiin Kanta-Hämeen keskussairaalan, Fimlab Laboratoriot Oy:n ja Tekme Oy:n ohjeistusten mukaan. Webropolilla kerätty aineisto oli tutkijoiden käytössä vain opinnäytetyön teon ajan. Paperiversio-na oleva tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti ja tietokoneille tallennetut tiedostot tuhottiin. Kerättyä aineistoa ei ole luovutettu missään opinnäytetyön vaiheessa ulkopuolisille. Tutkijat noudattivat sovittuja aikatauluja, sisältöä sekä tavoitteita. Työmme tulokset esitettiin rehellisesti ja siten, että tutkijat eivät työn tuloksilla tavoitelleet mitään hyötyä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeen mukaan hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan mm. yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tutkimustyössä että tulosten esittämisessä huomioiden omien tulosten esittämisen oikeassa valossa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

4 TULOKSET

Kanta-Hämeen keskussairaala lähetti kyselyn sähköpostitse 1850 työntekijälle. Kyselyyn vastasi 592 henkilöä, jolloin vastausprosentiksi tuli 32. Hoitohenkilökunnan (lääkärihenkilöstö ja tutkimus- ja hoitohenkilöstö) osuus kaikista vastaajista oli 81 %.

Vastaajista naisia oli 506 ja miehiä 76. Tulosalueittain vastaukset jakaantuivat seuraavasti:

- konservatiivinen tulosalue 191 vastaajaa
- operatiivinen tulosalue 198 vastaajaa
- psykiatrian tulosalue 87 vastaajaa
- tukipalveluiden tulosalue 84 vastaajaa
- Muu, mikä 26 vastaajaa.

Taulukoissa suluissa oleva N-kirjain (N) ja sen yhteydessä oleva luku ilmaisee kysymyskohtaisen vastaajamäärän eli otoksen koon. Verratessa tuloksia kokonaisvastaajamäärään tulee huomioida, että kaikki kyselyyn osallistuneet eivät vastanneet jokaiseen kysymykseen.

Kysymykseen 56 ”Vapaat kommentit potilasturvallisuudesta, poikkeamista (virheet) ja niiden raportoinnista sairaalassamme” tuli vastauksia kaikkiaan 146. Tässä kohdassa kommentoitiin myös mm. kyselyn toteuttamista ja toimivuutta, johdon toimintaa ja työtiloja. Vapaita kommentteja olemme lisänneet muuttujien yhteyteen, sillä ne selventävät vastanneiden näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista. Vapaat kommentit erotuvat tekstissä sisennettyinä.

4.1 Koko sairaalan henkilöstön näkemys potilasturvallisuuskulttuurista

Vahvoina pidetään sellaisia potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueita, joissa myönteisten arviointien osuus on 75 % tai sen yli. Tällainen tulos voidaan katsoa riittävän hyväksi eikä siihen ole tarvetta akuutisti puuttua. Nämä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet on lueteltu alla olevassa taulukossa.

Taulukko 1. Vahvat potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet

Muuttuja	Myönteisten vastausten %-osuus
Millaiseksi arvioit ammatillisen osaamisen päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuudet työssäsi? (N=587)	87
Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä? (N=591)	76

Tuloksia analysoidessamme huomasimme, että kyselyssä oli kolme sellaista kysymystä, joissa neutraalin vastausvaihtoehdon prosentuaalinen määrä oli 50 % tai sen yli. Näihin kysymyksiin vastaajan oli vaikea arvioida kantaansa ja hän päätyi valikoimaan vaihtoehdon ”joskus / vaikea sanoa”. 50 % vastaajista koki vaikeaksi arvioida, olivatko virheet johtaneet myönteisiin muutoksiin (N=585) ja estivätkö toimintaprosessit ja järjestelmät poikkeamien synnyn (N=583). Sen lisäksi 57 % vastaajista ei osannut arvioida, olivatko työvuorojen vaihtoajankohdat ongelmallisia potilaille sairaalassa (N=572).

Kriittisiksi, kehittämistä vaativiksi osa-alueiksi määritellään osa-alueet, joissa myönteisten arviointien osuus on 50 % tai alle. Koko sairaalan tulosten osalta näitä on käsitelty taulukossa 2.

Taulukko 2. Kriittiset, kehittämistä vaativat potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet

Muuttuja	Myönteisten vastausten %-osuus
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden. (N=590)	33
Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan. (N=585)	41
Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin. (N=585)	33
Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan. (N=585)	47
Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikutavuutta. (N=584)	36
Työskentelemme kuin ”viimeistä päivää” yrittäessämme tehdä liian paljon liian nopeasti. (N=588)	39
Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehtyä. (N=586)	47
Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohteisissa tiedoissaan. (N=585)	49
Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. (N=586)	44
Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeaman synnyn. (N=583)	28
Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti. (N=583)	38
Saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista. (N=580)	28
Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan. (N=583)	41
Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutuksia potilaaseen, miten usein se raportoidaan? (esim. väärä lääke jaettu tarjottimelle, mutta se huomattiin ja vaihdettiin oikeaksi ennen kuin annettiin potilaalle). (N=535)	34
Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan? (esim. antaessaan oikeaa lääkettä potilaalle antaa virheellistä tietoa lääkkeen vaikutuksista). (N=533)	27
Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin. (N=582)	31
Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa. (N=586)	24
Asioita ”katoaa tai jää hoitamatta” kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen. (N=579)	17
Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa. (N=567)	48
Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä. (N=583)	22
Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti. (N=583)	36
Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan, kun vaaratapahtuma on sattunut. (N=583)	29
Sairaalan yksikön työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaalle. (N=582)	42
Työvuorojen vaihtoajankohdat ovat ongelmallisia potilaalle sairaalassa. (N=572)	31

4.2 Hoitohenkilöstön taustatiedot

Tuloksissa keskityttiin hoitohenkilöstön näkemyksiin potilasturvallisuuskulttuurin tilasta, koska muun henkilöstön vastausmäärät jäivät alhaisiksi. Seuraavissa taulukoissa käsitellään lääkäri-, tutkimus- ja hoitohenkilöstön vastauksia. Vastaajan ammattiryhmää käsittelevään kysymykseen vastasi kaikkiaan 440 henkilöä. Näistä henkilöistä oli lääkärihenkilöstöä 53 ja tutkimus- ja hoitohenkilöstöä 387. Työntekijöitä edellä mainitusta vastaaja-

määrästä oli 89 % ja esimiehiä 11 %. Kaikki kyselyyn osallistuneista eivät halunneet tuoda julki sukupuoltaan (N=435). Naisten osuus tähän kyselyyn vastanneista oli 378 ja miesten 57. Taulukosta 3 ilmenee tarkemmin hoitohenkilökunnan ammatin tarkennin.

Hoitohenkilöstön taustamuuttujat ilmaistiin pääosin prosentteina kuten myös potilasturvallisuuden tasot sekä vaaratapahtumien raportoinnit. Potilaskulttuurin osa-alueista tehdyt arviot esitimme väittämien positiivisten vastausten prosenttiosuuksina, kuten myös mittarin kehittänyt AHRQ tekee omissa raporteissaan. (Sorra ja Nieva 2004, 35).

Taulukko 3. Hoitohenkilökunnan ammatin tarkennin

Hoitohenkilökunnan ammatin tarkennin (N=386)	Vastaajien osuus prosentteina (%)
Sairaanhoitaja	70
Lähi-, perus-, mielenterveys-, lasten-, hammas-, jalkahoitaja, lääkintävahtimestari tai vastaava	9
Röntgenhoitaja	5
Laboratoriohoitaja	1
Fysio-, toimintaterapeutti	6
Muu, mikä	9

Tarkisteltaessa vastaajia ikäryhmittäin (N=436) havaitsimme, että 96 % vastanneista osui tasaisesti ikäryhmiin 25 – 64 vuotiaat. Vastanneista (N=434) 33 % oli työskennellyt nykyisessä työyksikössään 1 – 5 vuotta ja yli puolet vastaajista (65 %) oli työskennellyt nykyisessä yksikössään 1 – 10 vuotta. Pohdittavaksemme jäi 16 – 20 vuotta työskennelleiden matala prosentuaalinen osuus (6 %) muihin verrattuna. Vastaajien jakautumista tulosyksiköittäin käsitellään taulukossa 4 ja työskentelyaikaa nykyisessä ammatissaan taulukossa 5.

Taulukko 4. Vastaajat tulosyksiköittäin

Tulosyksikkö (N=440)	Vastaajien osuus prosentteina (%)
Konservatiivinen	40
Operatiivinen	42
Psykiatria	18

Taulukko 5. Vastaajan työskentelyaika nykyisessä ammatissaan

Työskentely nykyisessä ammatissa (N=436)	Vastaajien osuus prosentteina (%)
alle 1 vuosi	3
1 – 5 vuotta	20
6 – 10 vuotta	13
11 – 15 vuotta	13
16 – 20 vuotta	13
21 vuotta tai enemmän	38

Vastanneista (N=439) peräti 80 % näyttäisi vastausten perusteella toteut-tavan normaalia viikkotyöaika (31 – 40 tuntia viikossa) ja 14 %:lla viikoit-tainen työaika on enemmän kuin 41 tuntia. Välittömässä vuorovaikutuk-sessa tai kontaktissa potilaiden kanssa on vastanneista (N=434) 94 %.

4.3 Hoitohenkilöstön näkemys vahvoista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista

Tuloksia analysoitaessa vahvoina potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueina nähtiin arvioinnit, joissa myönteisten arviointien prosenttiosuus oli 75 % tai sen yli. (Sorra ja Nieva 2004, 34). Kanta-Hämeen keskussairaalan kyse-lyssä vahvoja osa-alueita löytyi kaksi.

Vastanneista (N=438) 90 % arvioi ammatillisen osaamisen päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuudet työssään erittäin tai melko hyväksi. Tutki-joina olemme sitä mieltä, että ammattitaidon ylläpitäminen jatkuvalla li-sä- ja täydennyskoulutuksella tuo laatua ja mielenkiintoa päivittäiseen työhön. Tällä on positiivinen vaikutus potilasturvallisuuden kannalta.

Potilasturvallisuus syntyy pääasiassa ammatillisesta osaa-misesta ja huolellisuudesta.

Omaehtoinen osaamisen kehittäminen tukee potilasturvalli-suutta.

Henkilöstöstä 79 % kokee saavansa tukea kollegoiltaan omassa työyksi-kössään. Tiimityöskentelyn kokonaisuutta arvioitaessa tämä muuttuja sai korkeimmat prosentit. Tarkemmin tiimityöskentelyä on käsitelty taulu-kossa 6.

Työyhteisössä ja kollegoissa koetaan olevan voimavara, joka takaa potilaille turvallisen hoitoilmapiirin ja lisää työhyvin-vointia.

Taulukko 6. Tiimityöskentely

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä (N=440)	79	13	8
Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti työskentelemme yhdessä tiiminä, jotta saamme työt tehdyksi (N=438)	69	19	12
Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen (N=438)	74	18	8
Kun jollain alueella tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat. (N=438)	64	20	16

4.4 Hoitohenkilöstön näkemys kriittisistä, kehittämistä vaativista potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista

Kriittisiksi, kehittämistä vaativiksi osa-alueiksi määritellään osa-alueet, joissa myönteisten arviointien osuus on 50 % tai alle. (Sorja ja Nieva 2004, 34.) Kehittämistä vaativia osa-alueita on käsitelty taulukoissa 7 – 13.

4.4.1 Työyksikkötasoon liittyvät väittämät

Työyksikkötasolla mittari tuottaa tietoa lähijohtajan odotuksista ja toiminnasta turvallisuuden edistämiseksi, oppimisesta ja jatkuvasta kehittämisestä, tiimityöskentelystä työyksikössä, kommunikaation avoimuudesta, palautteesta ja kommunikaatiosta koskien vaaratapahtumia, syylistämättömästä / ei rankaisevasta virheiden käsittelystä ja henkilöstömitoituksesta. Tarkasteltaessa Kanta-Hämeen keskussairaalan tuloksia hoitohenkilöstön vastauksista ilmeni, että tiimityöskentelyä lukuun ottamatta kaikissa muissa osa-alueissa myönteisten arviointien osuus on 50 % tai sen alle, jolloin ne ovat kriittisiä ja vaativat kehittämistoimenpiteitä. Poik-

keuksena esille nousi kohdassa oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa (taulukko 8) väittäjä ”Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta”, tässä positiivisten vastausten osuus oli 68 %.

Lähijohtajan toimintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi on tarkasteltu taulukossa 7. Vastanneista (N=435) 65 % koki esimiehen ottavan vakavasti ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi, mutta kokonaisuutta ajatellen esimiehen toiminta ei kuitenkaan täytä vahvan potilasturvallisuuskulttuurin kriteeriä. Positiivisten vastausten osuus koskien esimiehen toimintaa on 56 % kun se tavoiteltava taso olisi 70 %.

Analyysia tehdessämme kiinnitimme huomion siihen, että esimiehen antamaa positiivista palautetta koskien vastaukset jakautuivat tasaisesti.

Lähiesimies patistaa lipsumaan potilasturvallisuudesta mm. aseptiikan suhteen.

Yksikön lähiesimies patistaa tekemään nopeammin; oikeaan ja lipsumaan aseptiikasta ja oikeasta toimintatavasta.

Taulukko 7. Lähijohtajan toiminta potilasturvallisuuden edistämiseksi

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Esimieheni antaa positiivista palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti. (N=435)	38	30	32
Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi. (N=435)	65	22	13
Kun syntyy työpainetta, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista. (N=435)	16	26	58
Esimieheni jättää huomiotta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta. (N=434)	11	25	65

Vastanneista (N=438) 68 % kokee, että organisaatiossa toimitaan aktiivisesti potilasturvallisuuden parantamiseksi. Työntekijöistä on vaikea sanoa, ovatko virheet johtaneet myönteisiin muutoksiin vai arvioidaanko niiden vaikuttavuutta ollenkaan. Tarkemmin tuloksia voi tarkastella taulukosta 8.

Omaehtoinen osaamisen kehittäminen tukee potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuus syntyy pääasiassa ammatillisesta osaamisesta.

Taulukko 8. Oppiminen ja jatkuva kehittäminen organisaatiossa

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin. (N=437)	34	50	16
Toimimme aktiivisesti parantaaksemme potilasturvallisuutta. (N=438)	68	23	9
Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta. (N=436)	37	42	21

Kommunikaation avoimuutta käsitellään taulukoissa 9 ja 10. Tulosten mukaan henkilökunta kokee voivansa tuoda esille potilasturvallisuutta vaarantavat asiat ja uskaltaa ottaa puheeksi asiat, jotka eivät ole oikein. Taulukossa 10 vertaillaan esimiesten ja työntekijöiden näkemyksiä kommunikaation avoimuudesta. Vastausten perusteella voimme päätellä, että kommunikaation avoimuus on myönteistä, mutta ei kuitenkaan täytä vahvan potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueen kriteereitä.

Kommunikaatiossa parannettavaa.

Taulukko 9. Kommunikaation avoimuus

Muuttuja	Usein / jatkuvasti (%)	Joskus (%)	Ei koskaan / harvoin (%)
Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa. (N=435)	71	21	8
Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan. (N=435)	42	31	27
Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein. (N=434)	10	25	65

Taulukko 10. Kommunikaation avoimuus. Esimiesten näkökanta vs. työntekijöiden näkökanta

	Esimiesten näkökanta % (N=48)			Työntekijöiden näkökanta %		
	Usein / jatkuvasti	Joskus	Ei kos- kaan / harvoin	Usein / jatkuvasti	Joskus	Ei kos- kaan / harvoin
Kommunikaation avoimuutta mittaavat muuttujat	%	%	%	%	%	%
Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa.	73	21	6	70 (N=387)	22 (N=387)	8 (N=387)
Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan.	67	25	8	39 (N=387)	32 (N=387)	29 (N=387)
Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein.	8	23	69	10 (N=386)	25 (N=386)	65 (N=386)

Palautetta ja kommunikaatiota vaaratapahtumiin liittyen (taulukko 11) tarkastellessa, saimme selville, että positiivisten vastausten osuus oli 51 %, kun tavoitetaso olisi 70 %. Henkilökunta koki, että sattuneista vaaratapahtumista tiedotetaan ja että toimintatapoja muutetaan, jotta estetään vaaratapahtumien toistuminen. Henkilökunta keskustelee asioista jotka voivat vaarantaa potilashoidon.

Työntekijät kokevat, että ylemmältä johdolta tulee vain negatiivista palautetta.

Vaaratapahtumat raportoidaan hyvin ja mukana on aina myös pohdintaa siitä, kuinka tilanne olisi voitu estää / kuinka jatkossa kannattaa toimia.

Taulukko 11. Palaute ja kommunikaatio vaaratapahtumiin liittyen

Muuttuja	Usein / jatkuvasti (%)	Joskus (%)	Ei koskaan / harvoin (%)
Saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdyistä muutoksista. (N=432)	30	38	32
Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista. (N=434)	63	23	14
Keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen. (N=434)	61	27	12

Kysyttäessä virheiden käsittelystä vastaajat eivät koe tulevansa syyllistetyiksi virheistään (43 %). Henkilökunta ei tunne pelkoa siitä, että virheet näkyisivät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan (53 %). Tarkemmin ei rankaisevasta virheiden käsittelystä on taulukossa 12.

Vaaratapahtumista raportointi koetaan syyllistämättömänä ja rakentavana.

HaiPro pitäisi tehdä asiasta, ei henkilöstä.

Taulukko 12. Ei rankaiseva virheiden käsittely

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan. (N=439)	17	40	43
Kun vaaratapahduma on raportoitu, tuntuu että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan. (N=437)	20	29	51
Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan. (N=437)	7	40	53

Henkilöstömitoituksella näyttäisi olevan vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Vastanneiden (N=439) mielestä henkilöstömitoitus ei ole riittävä työmäärään nähden (47 %), henkilökunta ei kuitenkaan tee pidennettyjä työvuoroja (54 %) jottei potilashoito vaarannu niukkojen resurssien vuoksi. Vastanneiden (N=438) mielestä tilapäistyövoimaa käytetään niukasti (17 %). Tarkempia tuloksia voi tarkastella alla olevasta taulukosta (13).

Niukat henkilöstöresurssit ja työn kuormittavuus heijastuvat suoraan potilasturvallisuuteen (potilasmäärä ei kerro välttämättä todellisesta kuormituksesta).

Potilasturvallisuus kyseenalaistuu vähäisellä henkilökuntamäärällä.

Taulukko 13. Henkilöstömitoitus

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden. (N=439)	32	21	47
Henkilökunta tekee tässä yksiköissä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (N=439)	14	32	54
Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta. (N=438)	17	24	59
Työskentelemme kuin ”viimeistä päivää” yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti. (N=439)	35	24	41

4.4.2 Sairaalatasoon liittyvät väittämät

Sairaalatasolla mittari mittaa sairaalan johdon tukea potilasturvallisuudelle, yksiköiden välistä tiimityötä sekä työvuorojen vaihtoja ja siirtymiä. Näitä on käsitelty taulukoissa 14 – 16. Vastaajat kokivat yhteistyön olevan hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimittava yhdessä. Lähes kaikki muut väittämät vaativat kehittämistoimenpiteitä. Potilassiirroissa ja tiedonkulussa yleisesti on Kanta-Hämeen keskussairaalassa samanlaisia ongelmia kuin maailmanlaajuisesti tutkimustuloksista käy ilmi.

Sairaalan johdon tukea potilasturvallisuudelle on tarkasteltu alla olevassa taulukossa (taulukko 14). Saatujen vastausten perusteella henkilöstön mielipiteissä koskien johdon suhtautumista potilasturvallisuuteen on runsaasti hajontaa. Prosentuaalisesti suurin osa vastauksista (38 – 42 %) kohdistui vastausvaihtoehtoon ”vaikea sanoa”.

Toiminta painottuu liikaa taloudellisuuteen ja potilasturvallisuus kärsii.

Työnjohto ei todellakaan tue potilasturvallisuutta, koska koko ajan vähennetään henkilökuntaa ja sijaismäärärahoja tiukennetaan. Se ettei henkilökuntaa saa palkata ylimääräistä, vaikuttaa siten, ettei koskaan ole aikaa perehdyttää uusia ihmisiä kunnolla. Tämä taas heikentää potilasturvallisuutta, koska ammattitaito ei ole tasaista koko yksikössä ja talossa.

Taulukko 14. Johdon tuki potilasturvallisuudelle

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin. (N=434)	30	42	28
Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti. (N=437)	37	38	25
Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan, kun vaaratapahtuma on sattunut. (N=436)	30	41	29

Käsiteltäessä yksiköiden välistä tiimityötä nousi vastausten (N=433) perusteella selvästi esiin, että yhteistyö yksiköiden välillä koetaan hyvänä (60 %) ja vastaajista (N=438) 62 % koki työskentelyn muiden yksiköiden henkilöstön kanssa miellyttävänä. Oheisesta taulukosta (15) voi tarkastella vastauksia syvällisemmin.

Yhteistyö eri yksiköiden välillä sujuu pääsääntöisesti hyvin.

Työnkierto koetaan positiivisena, jos se perustuisi vapaaehtoisuuteen.

Taulukko 15. Yksiköiden välinen tiimityö

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä / koordinaatiossa. (N=437)	37	40	23
Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimittava yhdessä. (N=433)	60	29	11
Sairaalan toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä. (N=438)	10	28	62
Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille. (N=436)	43	41	16

Tarkasteltaessa vastauksia koskien työvuorojen vaihtoja ja siirtymisiä on havaittavissa hajontaa. Vastaajilla (N=426) on selkeä näkemys, ettei potilastietoja hukata työvuorojen vaihtuessa ja ettei työvuorojen vaihdoissa aiheudu ongelmaa potilaalle. Tarkemmat tiedot taulukossa 16.

Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille

Tiedonkulussa on ongelmaa joka sektorilla.

Hoitajien ”kierrättäminen” erikoisalalta toiselle resurssipuolassa ei ainakaan lisää potilasturvallisuutta.

Omassa yksikössä potilaiden tiedot eivät katoa vuoron vaihteessa, mutta kierteessä toisella osastolla niin on käynyt.

Taulukko 16. Työvuorojen vaihdot ja siirtymiset.

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
Asioita ”katoaa tai jää hoitamatta” kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen. (N=434)	38	44	18
Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa. (N=426)	10	36	54
Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä. (N=436)	38	38	24
Työvuorojen vaihtoajankohdat ovat ongelmallisia potilaille sairaalassamme. (N=430)	13	52	35

4.4.3 Tulosuuttujiin liittyvät väittämät

Tulosmuuttujiin liittyvät väittämät, jotka käsittelevät arvioita potilasturvallisuudesta, vaaratapahtumien raportointia, arviota potilasturvallisuuden tasosta työyksikössä sekä raportoitujen vaaratapahtumien lukumäärää. Näitä käsitellään taulukoissa 17 – 20.

Yleisnäkemyksiä potilasturvallisuudesta on käsitelty taulukossa 17. Kanta-Hämeen keskussairaalan hoitohenkilöstö (N=439) oli sitä mieltä, että potilasturvallisuus ei koskaan vaarannu työmäärän kustannuksella (47 %). Toisaalta yli neljännes (26 %) vastanneista (N=438) oli sitä mieltä, että vakavampia virheitäkin voisi sattua. Alle puolet vastaajista (43 %) kokee, ettei hänen työyksikössään ole potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia mutta toimintaprosessien ja järjestelmien yhteyttä poikkeamien syntyyn oli vaikea arvioida (52 %).

Potilasturvallisuuden merkitys tiedostetaan, mutta se jää muiden asioiden jalkoihin.

Työhyvinvoinnin heiketessä potilasturvallisuuskin heikkenee.

Taulukko 17. Yleisnäkemykset potilasturvallisuudesta

Muuttuja	Samaa mieltä / täysin samaa mieltä (%)	Vaikea sanoa (%)	Täysin eri mieltä / eri mieltä (%)
On vain sattuma, ettei täällä satu vakavampia virheitä. (N=438)	26	22	52
Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehtyä. (N=439)	47	27	26
Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia. (N=439)	32	25	43
Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn. (N=437)	28	52	20

Vastaajan arviota potilasturvallisuuden tasosta hänen työyksikössään tai alueella, jolla hän työskentelee, käsitellään taulukossa 18. Potilasturvallisuuden taso koettiin erinomaisena tai erittäin hyvänä, mutta kokonaisuutta ajatellen ei vahvan potilasturvallisuuskulttuurin kriteeri täyty (tulos jää alle 75 %).

Potilasturvallisuus on meidän prioriteetti.

Taulukko 18. Arvio potilasturvallisuuden tasosta työyksikössä

Ole hyvä ja arvioi työyksikkösi/-alueesi potilasturvallisuuden taso valitsemalla YKSI vaihtoehto seuraavista. (N=434)	Erinomainen / erittäin hyvä	Hyväksyttävä	Huono / ei hyväksyttävä
	%	%	%
	56	38	6

Taulukossa 19 käsitellään vaaratapahtumien raportointia. Vastanneista 44 % on sitä mieltä, että virheet raportoidaan usein tai jatkuvasti (taulukossa kohdassa "usein / jatkuvasti" olevien väittämien keskiarvo). Noin kolmannes vastaajista (N=409) on sitä mieltä, että virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa potilaalle vahinkoa, jätetään raportoimatta (33 %) tai raportoidaan "joskus" (40 %).

Omassa yksikössäni vaaratapahtumat yms. raportoidaan hyvin ja mukana on myös aina pohdintaa siitä, kuinka tilanne olisi voitu estää / kuinka jatkossa kannattaa toimia.

Haittatapahtumailmoituksia ei käy läpi joissakin yksiköissä.

Vielä enemmän pitäisi tehdä haittatapahtumailmoituksia, jokaisesta läheltä piti tilanteesta myös.

Taulukko 19. Vaaratapahtumien raportointi.

Muuttuja	Usein / jatkuvasti (%)	Joskus (%)	Ei koskaan / harvoin (%)
Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennekuin sillä oli vaikutuksia potilaaseen, miten usein se raportoidaan? (N=410)	37	38	25
Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan? (N=409)	27	40	33
Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan? (N=411)	67	25	8

Taulukossa 20 käsitellään kyselyä edeltäneiden 12 kuukauden aikana tehtyjä vaaratapahtumailmoituksia (HaiPro). HaiPro -järjestelmään raportoidaan sekä potilaalle haittaa aiheuttaneet, että 'läheltä piti' – tilanteet kattaen hoitoon, lääkehoitoon ja laiteturvallisuuteen liittyvät tilanteet. Vastanneista (N=436) 172 ei ollut tehnyt yhtään vaaratapahtumailmoitusta em. aikana, toisaalta kolme vastaajaa ilmoittaa tehneensä 21 tai enemmän HaiPro-ilmoitusta.

HaiPro -ilmoitukset tulisi tehdä mahdollisimman nopeasti, kun virhe, tms. on tapahtunut. Usein osastolla niin kiire, että

raportin ehtii kirjoittaa vasta seuraavana päivänä, joka ei enää mielestäni palvele potilasturvallisuutta, sillä asioita on saattanut jo unohtua.

Taulukko 20. Raportoitujen vaaratapahtumien lukumäärä

Tehtyjen HaiPro –ilmoitusten määrä / vastaaja	Vastaajien määrä (N=436)
Ei raportointia	172
1 – 2 tapahtumaraporttia	149
3 – 5 tapahtumaraporttia	81
6 – 10 tapahtumaraporttia	19
11 – 20 tapahtumaraporttia	12
21 tai enemmän tapahtumaraporttia	3

5 POHDINTA

Potilasturvallisuuden tulisi olla terveyden- ja sairaanhoidon laadun peruspilari. Turvallisen hoidon tulisikin toteutua oikein ja oikeaan aikaan. Vaaratapahtumia tapahtuu, vaikka henkilökunta on ammattitaitoista, työhönsä sitoutunutta ja heidän toimintansa on hyvin säädeltyä. Potilasturvallisuuskulttuuri pitää sisällään potilaiden turvallisen hoidon mitä tukee johtamisen, arvojen ja asenteiden sisäistäminen. Siihen kuuluvat myös riskien arviointi, ehkäisevät sekä korjaavat toimenpiteet, ja jatkuva toiminnan kehittäminen. Potilasturvallisuuskulttuuria vahvistettaessa vähennetään hoitoon liittyviä riskejä sekä potilaalle hoidossa aiheutettavia haittoja. Nämä kaikki vaativat yhteisen vastuun ottamista ja kantamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3, 14)

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma on käynnistynyt 2011 ja se jatkuu vuoteen 2015 asti. Ohjelma perustui lakisääteiseen ohjaukseen potilasturvallisuuden edistämiseksi. Edellä mainitun ohjelman päämääränä on, että potilaiden hoitoon liittyvät kuolemat ja haittatapahtumat puolittuisivat vuoteen 2020 mennessä. Ohjelma tukee tartuntatautilain, terveydenhuoltolain ja potilasturvallisuusasetuksen sekä kansallisten strategioiden toteuttamista terveydenhuollon organisaatioissa. Tavoitteena on, että toimintatavat potilaan hoidossa kehittyisivät entistä turvallisemmiksi eikä hoidosta koituisi vaaraa tai haittaa potilaalle. (Virolainen 2012, 12.)

Saamiemme tulosten perusteella näyttää siltä, että Kanta-Hämeen keskussairaalan henkilökunta kokee voivansa kehittää ja päivittää ammatillista osaamistaan työssään ja saa tukea työyhteisöltä siinä yksikössä missä työskentelee. Tutkijoina olemme sitä mieltä, että ammatillinen osaaminen ja tiimityöskentely työyhteisössä tukevat potilasturvallisuutta. Ammattitaidon ylläpitäminen jatkuvalla lisä- ja täydennyskoulutuksella tuo

laatua päivittäiseen työhön ja sujuva yhteistyö yksikön sisällä lisää työhyvinvointia ja työssä jaksamista. Työhyvinvoinnilla ja työssä jaksamisella puolestaan on suora yhteys hoitohenkilöstön ja potilaan vuorovaikutukseen. Tuloksia tarkastellessamme havaitsimme myös, että kriittisiä, kehittämistä vaativia osa-alueita on paljon. Kaikkein alhaisimmat prosenttimäärät olivat väittämässä ´Asioita katoaa tai jää hoitamatta, kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen´ ja ´Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä´.

Potilasturvallisuuskulttuuri ja potilasturvallisuus heijastuvat jokaisen sosiaali- ja terveydenalan ammattilaisen arvoihin ja toimintatapaan toteuttaa ammattiaan. Organisaatioiden johdon tulisikin vastuullisesti huomioida työntekijöiden toimintaympäristön olosuhteet, jotta heillä olisi mahdollisuus toteuttaa työ laadukkaasti ja tarjota turvallista hoitoa. Tavoitteena tulisikin valvoa ja arvioida toimenpiteiden toteutumista ja seurata tilanteen muuttumista.

Opinnäytetyöprosessi sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opiskelijan näkökulmasta tarkasteltuna antoi meille paljon. Potilasturvallisuuskulttuuri käsitteenä on laaja, jolloin tutkijoina saimme tutustua useisiin kotimaisiin ja ulkomaisiin lähteisiin. Käytetyn mittarin ymmärtäminen ja tulkitseminen oli työlästä ja ajoittain haastavaa. Koimme artikkeliopinäytetyön tekemisen vaativaksi, sillä artikkelien kirjoittajina meidän tuli huomioida tilaajan toiveet ja artikkelien muotoseikat. Terveysala ja teknologia kehittyvät jatkuvasti, mikä meidän tulevaisuuden esimiehinä ja kehittäjinä tulee huomioida. Teimme opinnäytetyötä suunnitelmallisesti yhteistyössä Kanta-Hämeen keskussairaalan kanssa noudattaen heiltä saamiamme aikatauluja. Opinnäytetyömme liitteenä on vastaajille laadittu saatekirje (Liite 1), Potilasturvallisuuskulttuurikysely –lomake (Liite 2) sekä kirjoittamamme ensimmäinen artikkeli ”Potilasturvallisuus laadun takeena” joka julkaistiin KantAviisi –lehdessä Talvi 2017.

6 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Jotta Kanta-Hämeen keskussairaalassa pystytään paneutumaan potilasturvallisuuskulttuuriin ja siinä tapahtuviin muutoksiin, tulee kulttuuria mitata säännöllisin, mutta ei liian tihein väliajoin. Ottaen huomioon mittarin kehittäjän AHRQ:n suositukset, mittausta ei tule kuitenkaan suorittaa liian usein, sillä pysyvien muutosten tapahtuminen potilasturvallisuuskulttuurissa vie vuosia.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin hoitohenkilöstön kokemuksiin ja mietteisiin potilasturvallisuuskulttuurista. Potilasturvallisuus syntyy eri tahojen yhteistyöstä ja sen kehittämiseen voivat kaikki työntekijät tehtävälueesta riippumatta vaikuttaa. Kulttuuri ei lähde työympäristöstä, se lähtee työntekijöiden arvoista ja asenteista. Kun arvot ja asenteet ovat kohdal-

laan, potilasturvallisuuskulttuurikin on laadultaan korkeatasoista. Suomessa muissa terveydenhuollon organisaatioissa tehtyjen kyselyjen tuloksia voidaan verrata keskenään ja tehdä laajempaa yhteistyötä potilasturvallisuuskulttuurin parantamiseksi.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. (2010). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä. PS-Kustannus.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). Surveys on Patient Safety Culture. Haettu 25.4.2017 osoitteesta <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>

Antinmaa, S. (2013). Henkilöstöresurssi ja potilasturvallisuus- Onko yhteyttä? Haettu 20.4.2017 osoitteesta http://www.thl.fi/attachments/rai/2013/Henkilöstöresurssi_ja_potilasturvallisuus_03102013.pdf

European Hospital. (2013). The Hospital Survey on Patient Safety Culture. Haettu 14.5.2017 osoitteesta <http://www.healthcare-in-europe.com/en/article/11485-the-hospital-survey-on-patient-safety-culture.html>

Froloff, L. (2000). Sairaalat hoitoympäristönä. Haettu 5.10.2017 osoitteesta http://vintti.yle.fi/yle.fi/akuutti/arkisto2000/051200_b.html

Haavisto, E. (2014). Potilasturvallisuutta Suomessa. Dosis 2/2014. Haettu 1.11.2016 osoitteesta <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.hamk.fi/se/d/0783-4233/30/2/potilast.pdf>

HaiPro (n.d). Mikä on HaiPro? Haettu 23.3.2017 osoitteesta http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/Heti-verkkosivuille-viet%C3%A4v%C3%A4ksi_updated-kes%C3%A4kuu-2016.pdf

Heikkilä, T. (2014). Kvantitatiivinen tutkimus. Haettu 11.11.2016 osoitteesta <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Heikkilä, J., Pietikäinen, E. & Ruuhilehto, K. (2010). Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Työsuojelurahasto. Tutkimusraportti VTT-R-00414-10. Haettu osoitteesta 23.3.2017. http://www.vtt.fi/files/projects/typorh/opas_terveydenhuolto_organisaatioiden_vaaratapahtumista_oppimiseksi.pdf

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (2012). Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Fioca Oy.

Helovu, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Pennanen, P. (2015). Potilasturvallisuus ja riskienhallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki. Edita Prima Oy. Haettu 14.6.2017 osoitteesta http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2010) Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Jyväskylän yliopisto. (2015). Koppa. Haettu 12.11.2016 osoitteesta <https:koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/empiirinen-tutkimus>

Jäppinen, A., Kärki, A., Käärinen, A., Laaksonen, M., Penttilä, M., Sahala, H. & Tapola-Haapala, M. (2011). Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa, Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy. Haettu 14.7.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79866/d68ab232-88fc-4478-8c21-91164a177a1a.pdf?sequence=1>

Jääskeläinen, A. (2005). *Osaamisen mittaaminen ja osaamiseen liittyvä riskienhallinta terveydenhuollon organisaatiossa*. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto. <https://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/211/jaaskelainen.pdf?sequence=1>

Kallava, A. & Ranta, S. (2016). Potilasturvallisuussuunnitelma 2016–2017. Kanta-Hämeen keskussairaala. Haettu 23.10.2016 osoitteesta <https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2017/06/potilasturvallisuussuunnitelma.pdf>

Kananen, J. (2014). Verkkotutkimus opinnäytetyönä. Laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylä. Juvenes Print

Kanta-Hämeen keskussairaala. (2017). KHSHP:n potilasvelka pienimpien joukossa. Haettu 10.4.2017 osoitteesta <http://www.khshp.fi/fi/uutiset/khshpn-potilasvakuutusvelka-pienimpien-joukossa>

Kaufman, G. & McCaughan, D. (2013). *The effect of organisational culture on patient safety*. Nursing standard (Royal College of Nursing) : 1987). Vol. 27(43), 50–57. Haettu 15.5.2017 osoitteesta <http://journals.rcni.com/doi/pdf/10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280>

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. (2007). Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007 Terveysthuollon laadunhallinta. Helsinki. Yliopistopaino. Haettu 23.10.2017 osoitteesta

https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaatatapahtumien_raportointi.pdf

Kvist, T., Miettinen, M., Mäntynen, R., Partanen, P., Turunen, E., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 27 (2) 148–162.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 1.11.2016 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Haettu 14.6.2017 osoitteesta

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki terveysthuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. Haettu 21.2.2017 osoitteesta

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20100629>

Lehtonen, L., Lohiniva-Kerkelä, M. & Pahlman, I. (2015). Terveystoikeus. Liettua. Baltoprint.

Lindh, M., Sachs, M A., Hedsköld, M., Danielsson, M. & Soop, M. (2013). Att mäta patientsäkerhetskulturen. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Linköping. Linköpings Tryckeriaktiebolag. Haettu 15.5.2017 osoitteesta <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-901-0.pdf>

Linnilä, M. (2012). Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalassa – systemaattinen kirjallisuuskatsaus vuosien 2007 – 2012 tutkimukseen. Pro gradu – tutkielma. *Hoitotiede*. Hoitotyön johtaminen. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Haettu 10.5.2017 osoitteesta

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130033/urn_nbn_fi_uef-20130033.pdf

Manka, M.-L. & Bordi, L. (toim.) Tosielämän työhyvinvointia. Ratkaisuja & Kokemuksia. Haettu 4.4.2017 osoitteesta

<http://www.uta.fi/jkk/tyovirta/index/to-siel%C3%A4m%C3%A4n%20ty%C3%B6hyvinvointia.pdf>

Manka, M-L., Kaikkonen, M-L. & Nuutinen, S. (2007). Hyvinvointia työyhteisöön. eväitä kehittämistyön avuksi. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Tampere. Haettu 24.3.2017 osoitteesta

<http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/tyhyopas.pdf>

Mikä on HaiPro? HaiPro on potilasturvallisuuden vaaratapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Haettu 21.2.2017 osoitteesta <http://awanic.com/haipro/>

Nordin, A. (2015). Patient safety culture in hospital settings. Measurements, health care staff perceptions and suggestions for improvement. Faculty of Health, Science and Technology Department of Health Sciences. Karlstad University. Haettu 10.7.2017 osoitteesta <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:797084/FULLTEXT01.pdf>

Partanen, P. & Turunen, E. (2008). Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri, suomalainen versio HSPSC/AHRQ.

Perustuslaki 731/1999. Haettu 31.10.2016 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Pietikäinen, E., Heikkilä, J. & Reiman, T. (2012). Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. Espoo. Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy. Haettu 10.4.2017 osoitteesta <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T58.pdf>

Potilasvakuutuskeskus. (2017). Potilasvahinkojen määrä on ollut kasvussa viime vuosina. Haettu 10.4.2017 osoitteesta <http://www.pvk.fi/fi/potilasvakuutuskeskus/ajankohtaista/potilasvahinko-ilmoitusten-maara-nousussa/>

Sorra, JS. & Nieva, VF. (2004) Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ. Haettu 15.10.2016 osoitteesta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011). Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnittelusta uusi asetus. Haettu 31.10.2016 osoitteesta http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/laadunhallinnan-ja-potilasturvallisuuden-suunnittelusta-uusi-asetus

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. (2009). Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö. Haettu 14.6.2017 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1

Stakes ja lääkeshoidon kehittämiskeskus ROHTO. (2007). Potilasturvallisuussanasto, lääkeshoidon turvallisuussanasto. Haettu 31.10.2016 osoitteesta https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf

Superliitto. (2016) Potilas- ja asiakasturvallisuus opas. Haettu 1.12.2016 osoitteesta
https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/potilas_ja_asiakasturvallisuuden_opas_painoon_10_2016_web.pdf

Szymczak, Julia E. (2014). Seeing risk and allocating responsibility: Talk of culture and its consequences on the work of patient safety. *Social Science & Medicine*. November 2014, Vol 120, 252 – 259. Haettu 15.5.2017 osoitteesta
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614005905>

Tampereen yliopisto (n.d.). Asiakas tai potilas. Haettu 14.6.2017 osoitteesta <http://osaavalahihoitaja2020.wikispaces.com/Asiakas+tai+potilas>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Haettu 1.11.2016 osoitteesta
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyden – ja hyvinvoinninlaitos. (2015). Työhyvinvointi asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäjänä. Haettu 24.3.2017 osoitteesta
<https://www.innokyla.fi/documents/469607/fb841027-4e32-4f0b-aa2a-28bb88c00409>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (2011). Potilasturvallisuusopas. Haettu 1.11.2016 osoitteesta
<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2009). Vaaratapahtumien raportointimenettely, opas. Haettu 12.11.2016 osoitteesta
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Terveyskirjasto Duodecim (2017). Terveydenhoito. Artikkelin tunnus: Itt03435 (03435) Haettu 14.6.2017 osoitteesta
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku/?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhoito&h=Hae+%E2%80%BA>

Terävä, K. & Mäkelä-Pusa, P. (2011). Esimies työhyvinvointia rakentamassa. Tampere. Tammerprint Oy. Haettu 24.3.2017 osoitteesta
https://kuntoutussaatio.fi/files/575/punk_esimiesopas_www.pdf

Turunen, H. (2016). Potilasturvallisuuskulttuuri. Hospital Survey on Patient safety Culture HSPSC – mittari. Itä-Suomen yliopisto

Turunen, E., Mäntynen, R., Kvist, T., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H. & Partanen, P. (2015). Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkäaikaistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 27 (2) /2015 148–162

Turunen, H., Partanen, P., Kvist, T., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Patient safety culture in acute care: A web-based survey of nurse managers' and registered nurses' view in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice* 2013; 19: 609–617

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö. Haettu 11.9.2017 osoitteesta <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (2017). Lääkehoidon toteuttaminen. Haettu 14.6.2017 osoitteesta https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen

Valkama, K. (2016). Toimintaympäristön muutos moduulin verkkoaineisto. Moodle. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu 23.10.2016 osoitteesta <https://moodle.hamk.fi>

Webropol Oy. (2016). Tulevaisuuden kyselytyökalu. Haettu 17.10.2016 osoitteesta webropol.fi/miksi-webropol/tulevaisuuden-kyselytyokalu/

Vilka, H. (2015). *Tutki ja kehitä*. Jyväskylä. PS-Kustannus.

Virolainen J. (2012). *Potilasturvallisuustutkimus Suomessa: Kartoituskysely 2010*. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalifarmasian tiedekunta. Helsingin yliopisto. Haettu 14.6.2017 osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37887/Gradu%20Virolainen%20Jenni.pdf?sequence=1>

SAATEKIRJE

Hyvä Kanta-Hämeen keskussairaalan, Fimlab Laboratoriot Oy:n tai Tekme Oy:n työntekijä

Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa Ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja teemme opinnäytetyömme Potilasturvallisuuskulttuurista Kanta-Hämeen keskussairaalaissa. Kysely on suunnattu Kanta-Hämeen keskussairaalan koko henkilöstölle, ja toive on, että myös sairaalassa työskentelevät Fimlab Laboratoriot Oy:n ja Tekme Oy:n työntekijät osallistuisivat kyselyyn. Tarkoituksemme on analysoida sairaalan tämän hetkisen potilasturvallisuuskulttuurin tilaa. Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella Kanta-Hämeen keskussairaalaissa pyritään kehittämään toimintaa tulosalueiden ja työpisteiden välillä siten, että potilaille pystytään tarjoamaan laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10–15 minuuttia ja se on tehtävä yhtäjaksoisesti alusta loppuun. Tutkimustuloksia tarkastellaan koko organisaation sekä vastaajien taustatietojen pohjalta. Vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista. Yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselyyn vastataan Webropol – ohjelman kautta ja kysely aukeaa alla olevasta linkistä.

Jos Teillä on kysyttävää kyselyyn liittyen, otattehan rohkeasti yhteyttä. Pyydämme vastaamaan kyselyyn 11.12.2016 mennessä.

Kiittäen,

Kirsi Enala ja Anu Peura

e-mail: kirsi.su.enala@student.hamk.fi

puh: XXXXXXXXXXX

Anu Peura

e-mail: anu.an.peura@student.hamk.fi

puh: XXXXXXXXXXX

Hämeen ammattikorkeakoulu, Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Opinnäytetyön ohjaaja: Yliopettaja Paula Vikberg-Aaltonen

POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIKYSELY HENKILÖSTÖLLE, kyselylomake

Page 1 of 5

Sinua kuunnellen.....

Potilasturvallisuuskulttuuri-kysely henkilöstölle

OHJEET

Tässä kyselyssä selvitetään mielipiteitäsi potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista, hoidossa tapahtuvista poikkeamista ja niiden raportoinnista sairaalassamme. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa 10-15 minuuttia ja se on tehtävä yhtäjaksoisesti alusta loppuun. Tietoihin ei voi myöhemmin palata täydentääksesi niitä. Vastaa klikkaamalla hiirellä mielipidettäsi parhaiten vastaavaa ympyrää, valitse pudotusvalikosta vaihtoehto tai kirjoita vastaus. Kun olet vastannut kysymyksiin paina Lähetä-painiketta, jolloin vastauksesi tallentuu ja lähtee eteenpäin.

Vaaratapahdumalla tarkoitetaan potilaan turvallisuuden vaurantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle.

Potilasturvallisuus on perusta hoidon laadulle ja sillä tarkoitetaan terveydenhuollon henkilöstön ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä suojataan potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta turvallisuus tarkoittaa sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa.

OSIO A: Toiminta-alueesi /työyksikkösi / taustatiedot

1. Ammattiryhmäni

- Lääkärihenkilöstö
- Tutkimus- ja hoitohenkilöstö
- Hallinto- ja toimistohenkilöstö
- Huoltohenkilöstö
- Muu, mikä

2. Hoitohenkilökunnan ammatin tarkeen

- Sairaanhoidtaja
- Lähi-, perus- mielenterveys-, lasten-, hammas-, jalkahoitaja, lääkintävahtimestari tai vastaava
- Röntgenhoitaja
- Laboratoriohoitaja
- Fysio-, toimintaterapeutti
- Muu, mikä

3. Olen

- Työntekijä
- Esimies

4. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

5. Ikäryhmä

- alle 25 vuotta
- 25 - 34
- 35 - 44
- 45 - 54
- 55 - 64
- yli 64 vuotta

6. Tulosityksikköni

- Konservatiivinen
- Operatiivinen
- Psykiatria
- Tukipalvelut
- Fimlab
- Tekme
- Muu, mikä

VALITSE TULOSALUEELTASI OIKEA YKSIKKÖ

Konservatiivisen tulosalueen yksikkö

Valitse tästä:

Operatiivisen tulosalueen yksikkö

Valitse tästä:

Psykiatrian tulosalueen yksikkö

Valitse tästä:

Tukipalvelujen tulosalue

Valitse tästä:

Muu, mikä

7. Miten kauan olet työskennellyt nykyisessä työyksikössä si/-alueellasi tässä sairaalassa?

- alle 1 vuosi
 1-5 vuotta
 6-10 vuotta
 11-15 vuotta
 16-20 vuotta
 21 tai yli

8. Miten kauan olet työskennellyt yhteensä nykyisessä ammatissasi?

- alle 1 vuosi
 1-5 vuotta
 6-10 vuotta
 11-15 vuotta
 16-20 vuotta
 21 tai yli

9. Kuinka monta tuntia viikossa yleensä työskentelet tässä sairaalassa?

- vähemmän kuin 20 tuntia viikossa
 20-30 tuntia viikossa
 31-40 tuntia viikossa
 41-50 tuntia viikossa
 51 tuntia viikossa tai enemmän

10. Oletko työssäsi tavallisesti välittömässä vuorovaikutuksessa tai kontaktissa potilaiden kanssa?

- kyllä, olen tavallisesti välittömässä vuorovaikutuksessa tai kontaktissa potilaiden kanssa
 ei, en ole tavallisesti välittömässä vuorovaikutuksessa tai kontaktissa potilaiden kanssa

11. Millaiseksi arvioit ammatillisen osaamisesi päivittämisen ja kehittämisen mahdollisuudet työssäsi?

- erittäin hyvät
 melko hyvät
 melko huonot
 huonot

Ole hyvä ja valitse missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista väittämistä, kun ajattelet työyksikköäsi tai -aluetta.

Vastauskaala:

- 1 täysin eri mieltä
 2 eri mieltä
 3 vaikea sanoa
 4 samaa mieltä
 5 täysin samaa mieltä

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 12. Henkilöt tukevat toinen toisiaan tässä yksikössä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärään nähden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Kun on tehtävä paljon työtä nopeasti, työskentelemme yhdessä tiiminä, jotta saamme työt tehdyksi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Yksikössämme työntekijät kohtelevat toinen toisiaan kunnioittaen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Henkilökunta tekee tässä yksikössä pidempiä työvuoroja kuin olisi parasta potilashoidon kannalta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Toimimme aktiiviseksi parantaaksemme potilasturvallisuutta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Käytämme enemmän tilapäistyövoimaa kuin olisi parasta potilashoidon kannalta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | |
|---|-----------|
| 19. Henkilökunta kokee, että heidän virheensä kääntyvät heitä vastaan | |
| 20. Virheet ovat täällä johtaneet myönteisiin muutoksiin | 0 0 0 0 0 |
| 21. On vain sattuma, ettei täällä satu vakavampia virheitä | 0 0 0 0 0 |
| 22. Kun jollain alueella tässä yksikössä on hyvin kiireistä, toiset auttavat | 0 0 0 0 0 |
| 23. Kun vaaratapahtuma on raportoitu, tuntuu että se kohdistuu henkilöön eikä itse ongelmaan | 0 0 0 0 0 |
| 24. Tehtyämme muutoksia parantaaksemme potilasturvallisuutta, arvioimme niiden vaikuttavuutta | 0 0 0 0 0 |
| 25. Työskentelemme kuin 'viimeistä päivää' yrittäessämme tehdä liian paljon, liian nopeasti | 0 0 0 0 0 |
| 26. Potilasturvallisuutta ei koskaan vaaranneta sen vuoksi, että saataisiin enemmän töitä tehtyä | 0 0 0 0 0 |
| 27. Henkilökuntaa huolestuttaa, että heidän tekemänsä virheet näkyvät heidän henkilökohtaisissa tiedoissaan | 0 0 0 0 0 |
| 28. Yksikössämme on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia | 0 0 0 0 0 |
| 29. Toimintaprosessimme ja järjestelmämme estävät hyvin poikkeamien synnyn | 0 0 0 0 0 |

OSIO B: Esimiehesi/johtajasi

Ole hyvä ja valitse missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista väittämistä, kun ajattelet lähijohtajaasi tai henkilöä, jolle olet raportointivastuussa.

Vastauskaala:

- 1 täysin eri mieltä
2 eri mieltä
3 vaikea sanoa
4 samaa mieltä
5 täysin samaa mieltä

- | | |
|--|-----------|
| | 1 2 3 4 5 |
| 30. Esimieheni antaa myönteistä palautetta, kun hän huomaa, että työ on tehty potilasturvallisesti | 0 0 0 0 0 |
| 31. Esimieheni ottaa vakavasti henkilökunnan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi | 0 0 0 0 0 |
| 32. Kun syntyy työpainetta, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin, vaikka se merkitsisi toiminnassa lipsumista | 0 0 0 0 0 |
| 33. Esimieheni jättää huomioimatta potilasturvallisuusongelmia niiden toistumisesta huolimatta | 0 0 0 0 0 |

OSIO C. Kommunikointi

Kuinka usein seuraavia asioita tapahtuu työyksikössäsi/-alueellasi?

Vastauskaala:

- 1 ei koskaan
2 harvoin
3 joskus
4 usein
5 jatkuvasti

- | | |
|--|-----------|
| | 1 2 3 4 5 |
| 34. Saamme palautetta vaaratapahtumaraporttien pohjalta tehdystä muutoksista | 0 0 0 0 0 |
| 35. Henkilökunta nostaa keskusteluun asiat, jotka voisivat vaarantaa potilashoitoa | 0 0 0 0 0 |
| 36. Meille tiedotetaan yksikössämme sattuneista vaaratapahtumista | 0 0 0 0 0 |
| 37. Henkilökunta kokee voivansa vapaasti kysyä johtajilta heidän päätöksistään ja toimistaan | 0 0 0 0 0 |
| 38. Keskustelemme yksikössämme toimintatavoista, joilla estämme vaaratapahtumien toistumisen | 0 0 0 0 0 |
| 39. Henkilökunta ei rohkene kysyä asioista, jotka eivät näytä olevan oikein | 0 0 0 0 0 |

OSIO D. Vaaratapahtumien raportointi

Kun työyksikössäsi /-alueellasi tapahtuu seuraavia virheitä, miten usein ne raportoidaan?

Vastauskaala:

- 1 ei koskaan
2 harvoin
3 joskus
4 usein
5 jatkuvasti

- | | |
|---|-----------|
| | 1 2 3 4 5 |
| 40. Kun on tehty virhe, mutta se on havaittu ja korjattu ennen kuin sillä oli vaikutuksia potilaaseen, miten usein se raportoidaan? (esim. väärä lääke jaettu tarjottimelle, mutta se huomattiin ja vaihdettiin oikeaksi ennen kuin annettiin potilaalle) | 0 0 0 0 0 |
| 41. Kun on tehty virhe, jonka ei ole mahdollista aiheuttaa vahinkoa potilaalle, miten usein se raportoidaan? (esim. antaessaan oikean lääkkeen potilaalle, antaa virheellistä tietoa lääkkeen vaikutuksista) | 0 0 0 0 0 |
| 42. Kun on tehty virhe, joka voisi vahingoittaa potilasta, vaikkei sillä kertaa vahingoittanut, miten usein se raportoidaan (esim. potilas sai väärän lääkkeen) | 0 0 0 0 0 |

OSIO E. Potilasturvallisuuden taso

43. Ole hyvä ja arvioi työ yksikkösi/-alueesi potilasturvallisuuden taso valitsemalla YKSI vaihtoehto seuraavista:

- 1. erinomainen
- 2. erittäin hyvä
- 3. hyväksyttävä
- 4. huono
- 5. ei hyväksyttävä

OSIO F. Sairaalasi

Ole hyvä ja valitse missä määrin olet samaa mieltä tai eri mieltä seuraavista väittämistä, kun ajattelet sairaalaamme.

Vastausskaala:

- 1 täysin eri mieltä
- 2 eri mieltä
- 3 vaikea sanoa
- 4 samaa mieltä
- 5 täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
44. Sairaalan johto mahdollistaa potilasturvallisuutta edistävän työilmapiirin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Sairaalan eri yksiköt eivät toimi hyvässä yhteistyössä/koordinaatiossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Asioita 'katoaa tai jää hoitamatta', kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Yhteistyö on hyvää niiden yksiköiden kesken, joiden on toimittava yhdessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Tärkeitä potilashoidon tietoja hukataan usein työvuorojen vaihtuessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Sairaalan toisten yksiköiden henkilökunnan kanssa on usein epämiellyttävää työskennellä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Tiedonvälityksessä esiintyy usein ongelmia sairaalan eri yksiköiden välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Sairaalan johdon toimet osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen prioriteetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Sairaalan johto osoittaa kiinnostusta potilasturvallisuuteen ainoastaan kun vaaratapahtuma on sattunut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Sairaalan yksiköt työskentelevät hyvässä yhteistyössä tarjotakseen parasta hoitoa potilaille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Työvuorojen vaihtojankohdat ovat ongelmallisia potilaille sairaalassamme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OSIO G. Raportoitujen vaaratapahtumien lukumäärä

55. Montako vaaratapahtumaraporttia olet täyttänyt ja lähettänyt viime isen 12 kuukauden aikana? Valitse YKSI seuraavista.

- 1. ei raportointia
- 2. 1-2 tapahtumaraporttia
- 3. 3-5 tapahtumaraporttia
- 4. 6-10 tapahtumaraporttia
- 5. 11-20 tapahtumaraporttia
- 6. 21 tai enemmän tapahtumaraporttia

56. Ole hyvä ja kirjoita vapaasti kommentteja potilasturvallisuudesta, poikkeamista (virheet) ja niiden raportoinnista sairaalassamme.

Kiitos vastauksestasi!



ENSIMMÄINEN ARTIKKELI KANTAVIISI -LEHDESSÄ (TALVI 2016)

Potilasturvallisuus on yhteinen asia

TEKSTI: KIRSI ENALA JA ANU PEURA

Potilasturvallisuus on yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa sekä ammattilaisten välillä. Sen tavoitteena on toiminnasta johtuvien haittojen sekä vammojen ennalta ehkäiseminen, välttämien ja lieventäminen. Siihen sisältyy riskien arvioinnin ohella ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan kehittäminen.

Potilasturvallisuuden tarkoituksena on turvata potilaalle laadukas ja turvallinen hoito oikeaan aikaan ja sujuvasti. Se kattaa hoidon, lääkityksen sekä laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuus sisältää arvoja, asenteita ja toimintatapoja joihin vaikuttavat työntekijöiden kokemukset ja näkemykset.

Jokainen potilastapaaminen on yksilöllinen. On tärkeää, että potilaat, omaiset ja henkilökunta voivat avoimesti tuoda esille potilasturvallisuuteen liittyviä havaintoja ja kokemuksia. Potilasta kuunnellaan ja hän voi osallistua hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Turvallisuuden kannalta on tärkeää, että hoitohenkilökunta saa tarvittavat taustatiedot. Potilaan hoito on tiimityötä ja yhteistyötä potilaan ja hänen omaisensa kanssa. Potilaat ja omaiset voivat tehdä ilmoituksen havaitsemistaan potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä joko suoraan

henkilökunnalle tai käyttää sairaalan www-sivuilla olevaa vaaratapahtumailmoituslomaketta

Terveystieteiden tutkimuskeskus (TUT) ja Kanta-Hämeen keskussairaala on julkaissut Potilasturvallisuus-

suunnitelma vuosille 2016–2017. Suunnitelma sisältää useita konkreettisia toimenpiteitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Sairaalan toiminnassa pyritään avoimuuteen ja rohkaistaan henkilöstöä tuomaan esille hoitotyössä havaitsemia epä-

kohtia sekä vaaratilanteita.

Sairaalassa toteutettiin marras-joulukuun vaihteessa koko henkilöstölle suunnattu potilasturvallisuus-kysely, jonka tulosten perusteella pyritään kehittämään toimintaa turvallisemmaksi ja toimivammaksi. Kyselyn tuloksista raportoidaan KantAvisissa myöhemmin.

Artikkelin kirjoittajat Kirsi Enala ja Anu Peura valmistelevat Hämeen ammattikorkeakoulussa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä potilasturvallisuuskulttuurista.

On tärkeää, että potilaat, omaiset ja henkilökunta voivat avoimesti tuoda esille potilasturvallisuuteen liittyviä havaintoja ja kokemuksia.