

Opinnäytetyö (YAMK)  
Terveyden edistäminen  
2020

Elina Syrjälä

# KOKEMUKSIA ERINOMAISUUDESTA OPPIMISESTA OSANA POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMISTÄ

– LfE-ilmoitusjärjestelmän prosessimalli

Elina Syrjälä

# KOKEMUKSIA ERINOMAISUUDESTA OPPIMISESTA OSANA POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMISTÄ

- LfE-ilmoitusjärjestelmän prosessimalli

Tämän opinnäytetyönä toteutettu kehittämisprojekti toteutettiin yhteistyössä työelämän kanssa. Kehittämisprojekti toteutettiin organisaatiossa, jossa erinomaisuudesta oppimisen Webropol®-pohjainen raportointijärjestelmä on käytössä osassa organisaation toimialueita. Kehittämisprojektin taustana on halu lisätä ymmärrystä uudenlaisesta potilasturvallisuuden hallinnan työkalusta, erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä.

Tämä kehittämisprojekti on kohdennettu Webropol®-pohjaisen erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmään pohjautuviin kokemuksiin sekä käyttöönottoon. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria sekä laadunhallintaa. Tavoitteena oli mallintaa erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessi ja kuvata kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria sekä hoitotyötä.

Kehittämisprojekti toteutui tutkimuksellisenä kehittämistoimintana, jonka aikana ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuutta lisättiin kolmivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa ymmärrystä lisättiin systemoidulla kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella, joka loi tämän kehittämisprojektin teoreettisen viitekehyksen. Kehittämisprojektin toisessa vaiheessa toteutettiin kehittämisprojektin tutkimuksellinen osuus kohdeorganisaatiossa. Sen avulla kerättiin henkilöstön kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria sekä hoitotyötä. Kehittämisprojektin kolmannessa vaiheessa luotiin, kehittämisprojektin aikaisemmissa vaiheissa luotuun ymmärrykseen perustuen, erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimalli.

Kehittämisprojektissa luotua kirjallisuuskatsausta, kokemuksia sekä prosessimallia voidaan hyödyntää kohdeorganisaation tarpeiden mukaisesti. Tässä kehittämisprojektissa luodussa ymmärryksessä keskeiseksi, erinomaisuudesta oppimisen käytössä osana potilasturvallisuutta, nousee sen tasapainotettu käyttö yhdessä muiden potilasturvallisuuden työkalujen kanssa. Henkilöstön ymmärrys menetelmän taustoista sekä sen konkreettisista hyödyistä hoitotyössä ovat tärkeitä. Kaikkiaan avoin, johdonmukainen ja säännöllinen potilasturvallisuudesta keskustelu tukee positiivista potilasturvallisuuskulttuuria organisaatiossa.

ASIASANAT:

Potilasturvallisuus, Erinomaisuudesta oppiminen, prosessimalli

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health- and socialservices

December 2020 | 66 pages , 5 pages in appendices

Elina Syrjälä

# EXPERIENCES OF PROMOTING PATIENT SAFETY BY LEARNING FROM EXCELLENCE

- process model of Learning from Excellence reporting system

This thesis has been carried out as a development project. It was made by co-operation of health care organization where Learning from Excellence reporting system is implemented in some units of organization. This development project is based on interest to promote the understanding of new patient safety tool, Learning from Excellence reporting system.

This development project is focused on staff's experiences of Learning from Excellence reporting system (Webropol®) and its implementation. The purpose of this development project is to promote the understanding of Learning from Excellence reporting system as a part of patient safety culture and quality control. It aims to modeling the process of Learning from Excellence reporting system and describe the experiences of using the Learning from Excellence as a part of patient safety culture and nursing.

The development project is a research based and it included three steps that all promoted the understanding of Learning from Excellence as a part of patient safety culture. The first step was literature review that was systematic and describing. It is the theoretical section of this development project. Second step was made in organization level where the focus group interview was arranged as a part of the research part of the project. It pointed out the staff's experiences about the Learning from excellence reporting system as a part of patient safety and nursing. The third step was to create the process model of Learning from Excellence reporting system. It based on the understanding that was produced in the development project.

The development project produces: literature review, collected experiences and process model can be used and benefitted in the co-operating organization where the development project was made. In this development projects expresses the need of balanced use of different patient safety tools with co-operation by Learning from Excellence -reporting system. The understanding of the method behind the reporting and it's concreteness as a development tool is necessary part of the implementation of reporting system. It is also important that the reporting tool in easy and quick to use. In all parts open and coherent and regular discussion of patient safety in organization's all levels promotes experience of positive patient safety culture.

KEYWORDS:

Patient safety, Learning from excellence, Process model

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO</b>	<b>7</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>8</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>9</b>
2.1 Kehittämiprojektin toteutusympäristö sekä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmä	9
2.1.1 Erinomaisuudesta oppiminen	10
2.2 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite	11
2.3 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	12
<b>3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS</b>	<b>13</b>
<b>4 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIN KEHITTYMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA</b>	<b>15</b>
4.1 Teknologian kausi (Dominomalli)	15
4.2 Inhimillisten tekijöiden kausi (Reikäjuustomalli)	15
4.3 Turvallisuuden hallinnan kausi (Safety 1 ja Safety 2)	17
4.3.1 Terveydenhuolto kompleksisena sopeutuvana sosioteknisenä systeeminä	18
<b>5 POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN</b>	<b>21</b>
5.1 Potilasturvallisuuden edistäminen, toimintakulttuuri ja yhteinen päämäärä	22
5.2 Henkilöstön osallistaminen potilasturvallisuuden kehittämisessä	24
5.3 Terveydenhuollon resilienssi osana potilasturvallisuuden hallintaa	25
<b>6 ERINOMAISUUDESTA OPPIMINEN</b>	<b>30</b>
6.1 Erinomaisuudesta oppiminen osana potilasturvallisuutta	30
6.2 Erinomaisuudesta oppimisen työkalut	32
6.2.1 RETIPS – Resilience Engineering Tool to Improve Patient Safety	33
6.2.2 LfE – Learning from Excellence	34
6.2.3 RAG – Resilience assesment Grid	35
<b>7 MALLINTAMINEN OSANA KEHITTÄMISPROJEKTIA</b>	<b>37</b>
7.1 Työprosessin mallintaminen	37
7.2 Mallinnuksen toteuttamisen periaatteet	39

7.3 Mallinnuksen toteuttamiseen käytettävät kehittämistavat	39
<b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS JA TOTEUTUS</b>	<b>41</b>
8.1 Systemoitu kuvaileva kirjallisuuskatsaus	41
8.2 Tutkimuskysymykset	42
8.3 Fokusryhmähaastattelu aineiston keruussa	42
8.4 Fokusryhmähaastattelun haastateltavien valinta	43
8.5 Fokusryhmähaastattelun käytännön toteutus	45
8.6 Fokusryhmähaastatteluiden litterointi sekä aineiston analyysi	46
8.7 Fokusryhmähaastattelun tulokset	49
8.7.1 Kokemuksia perehdytyksestä erinomaisuudesta oppimisen menetelmään ja ilmoitusjärjestelmään	49
8.7.2 Kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria	51
8.7.3 Kokemuksia positiiviseen potilasturvallisuuskulttuuriin sitoutumisesta	53
8.7.4 Kokemuksia erinomaisuudesta oppimisen raportointijärjestelmän vaikutuksista hoitotyön käytänteisiin	55
<b>9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS JA MENETELMÄT</b>	<b>56</b>
9.1 Prosessimallinnuksen luominen	56
9.1.1 Tutkimus, kirjallisuus sekä haastattelut osana prosessimallinnuksen luomista	57
<b>10 TUOTOKSET</b>	<b>61</b>
<b>11 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>63</b>
11.1 Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän perehdytys sekä käyttöönotto	63
11.2 Erinomaisuudesta oppiminen osana potilasturvallisuuskulttuuria	64
11.3 Sitoutuminen positiivisen potilasturvallisuuskulttuuriin	65
11.4 Erinomaisuudesta oppimisen vaikutukset hoitotyöhön	66
11.5 Prosessimallinnus ymmärryksen lisäämisessä	67
<b>12 POHDINTA</b>	<b>68</b>
12.1 Eettisyys	70
12.2 Luotettavuus	71
12.2.1 Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden luotettavuus	71
12.2.2 Kehittämiprojektin kehittämisosuuden luotettavuus	73

## LIITTEET

- Liite 1. Teemahaastattelurunko
- Liite 2. Teemahaastattelurungon kysymysten teoreettinen tausta
- Liite 3. Tiedote tutkimuksesta
- Liite 4. Saatekirje fokusryhmähaastatteluun osallistuvalla
- Liite 5. Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimalli

## KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämisprojektin eteneminen	12
Kuvio 2. Kirjallisuuskatsauksen Mindmap	13
Kuvio 3. Haastateltavien valinnan eteneminen	45
Kuvio 4. Prosessimallinnuksen luomista tukevat osatekijät	57
Kuvio 5. Prosessimallinnuksen rakentuminen synteessin avulla (s,61)	60
Kuvio 6. Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimalli	60

## TAULUKOT

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteeristö	14
Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ilmoitusjärjestelmän käyttöönotossa	48
Taulukko 3. Kokemusten mukaan perehdytykseen ja käyttöönottoon vaikuttavat organisatoriset sekä yksilölliset tekijät	50
Taulukko 4. Kokemuksia erinomaisuudesta oppiminen osana potilasturvallisuuskulttuuria jaettuna organisatorisiin sekä yksilöllisiin tekijöihin	52
Taulukko 5. Kokemusten mukaan positiiviseen potilasturvallisuuskulttuuriin sitoutumiseen vaikuttavat organisatoriset sekä yksilölliset tekijät	54

# KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

Lyhenne	Lyhenteen selitys (Lähdeviite)
LfE	Learning from Excellence (Kelly ym. 2016)
RETIPS	Resilience Engineering Tool to Improve Patient Safety, (Hegde ym. 2019)
RAG	Resilience Assessment Grid (Clay-Williams ja Braithwaite 2019)

# 1 JOHDANTO

Vuonna 1999 Institute of Medicine julkaisi tutkimuksen: "To err is human", joka nosti potilasturvallisuuden ja poikkeamista oppimisen laajaan käyttöön terveydenhuollossa maailmanlaajuisesti. Sen tarkoituksena oli edistää terveydenhuollon turvallisuutta ja laatua (Kohn, Corrigan, Donaldson, 1999). Poikkeamista raportoinnin ja turvallisuuskulttuurin kehittäminen poikkeamien kautta on tuonut suuria parannuksia terveydenhuollon arkeen ja käytänteisiin. Sen avulla on kyetty vaikuttamaan ehkäistävissä olevien vaaratapahtumien määrään. Tästä huolimatta yhtä moni kokee edelleen hoidossaan poikkeaman kuin ennen poikkeamien ja vaaratapahtumien raportoinnin alkamista. (Baines, Langelaan, De Bruijne, Spreeuwenberg, Wagner 2015; Chassin & Loeb 2013,460)

Kehittyvä terveydenhuolto, joka kohtaa jatkuvasti uusia haasteita, ei voi nojata potilasturvallisuudessa pelkästään menneisyydestä ja vaaratilanteista oppimiseen. Potilasturvallisuuden edistämisen tulisi olla myös proaktiivista eli ennakoivaa. (Pedersen 2016, 1118 viittaa Hollnagel 2006)

Potilasturvallisuuden kehittämisessä uudeksi menetelmäksi, tasapainotetusti sekä yhdessä muiden terveydenhuollossa käytettävien potilasturvallisuuden työkalujen kanssa, onkin haettu Safety 2 -menetelmää. Siinä turvallisuutta tutkitaan turvallisuuden ollessa läsnä terveydenhuollon toiminnassa. Safety 2 -menetelmään kuuluu keskeisenä osana erinomaisuudesta oppimisen raportointijärjestelmä.

Erik Hollnagel (2018) on todennut, että potilasturvallisuus, sen tutkimus ja kehitys on harvinainen tutkimuskohde sinänsä, että turvallisuutta on lähdetty tutkimaan sellaisten hetkien ja tapahtumien kautta, jolloin turvallisuus ei ole läsnä. Tämä on tutkimukselle ja kehittämiselle hyvin epätyypillinen lähtökohta. Hollnagel korostaa, että on tärkeä nähdä prosessin eteneminen ja vaikutustekijät silloin kun "mitään ei tapahdu".



## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Kehittämisprojekti toteutettiin yhdessä työelämän kanssa osana potilasturvallisuuden edistämisen kehittämistyötä. Sen taustana oli halu lisätä ymmärrystä uudenlaisesta potilasturvallisuuden hallinnan työkalusta, erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä, joka on osa Safety 2 -menetelmää.

Tämän kehittämisprojektin tarve pohjautuu jatkuvaan kehitykseen ja muutokseen terveydenhuollossa. Tämän pohjalta myös potilasturvallisuuden parantamiseen ja kehittämiseen tähtäävä työ on perusteltua. Tällä hetkellä käytössä olevat potilasturvallisuuden edistämisen työkalut, esimerkiksi vaaratapahtumailmoitukset, ovat tuottaneet lukuisia hyviä uudistuksia terveydenhuoltoon ja sen käytänteisiin. Tästä huolimatta potilasturvallisuuden vaaratapahtumia arvioidaan edelleen tapahtuvaksi yhtä paljon kuin aiemmin (WHO 2018, 2). Tämän on arveltu johtuvan ensisijaisesti terveydenhuollossa tapahtuvasta jatkuvasta muutoksesta ja ainutkertaisista tapahtumakokonaisuuksista, joihin vaikuttavat muun muassa potilaiden erilaiset tarpeet ja terveydenhuollon toimintaympäristöt. Näihin ainutkertaisiin tapahtuma- ja hoitokokonaisuuksiin erilaisia merkityksiä tuovat kaikki siihen osallistuvat henkilöt ja toimijatahot. Tästä syystä on perusteltua ja tarpeellista miettiä uudenlaisia ratkaisuja sekä työkaluja vakiintuneessa käytössä olevien potilasturvallisuutta edistävien työkalujen rinnalle. (Aaltonen & Rosenberg 2014; Braithwaite, Wears & Hollnagel 2015, 420; Chassin & Loeb 2013, 462; Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 20; Hollnagel 2015; Woodward 2019, 96)

Lähtökohtaisesti kehittämisessä ja tutkimustyössä pidetään merkityksellisenä tutkia asiaa, joka on läsnä tutkimushetkellä. Toisin kuin monia muita tutkimuskohteita, potilasturvallisuutta on pitkään tutkittu juuri silloin kun tutkittava kohde, eli turvallisuus, ei ole läsnä. (Hollnagel 2018) Tästä syystä erinomaisuudesta sekä hyvästä potilasturvallisuuskulttuurista ja -käytännöistä oppimiselle on tarvetta ja sen tutkiminen on perusteltua.

### 2.1 Kehittämisprojektin toteutusympäristö sekä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmä

Kehittämisprojekti toteutettiin yhteistyössä työelämän kanssa ja se toteutui terveydenhuollon organisaatiossa, jossa erinomaisuudesta oppimisen Webropol® pohjainen raportointijärjestelmä on ollut käytössä viidellä organisaation toimialueella. Tämä

kehittämisprojekti kohdentui erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmään pohjautuviin kokemuksiin sekä käyttöönottoon. Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitukseen sisältyvät seuraavat tiedot: millainen erinomainen työsuorite on toteutunut ja kenen henkilöstön jäsenen toimesta, miten kyseistä toimintaa voidaan toteuttaa jatkossakin ja ilmoituksen tekijän nimi.

Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän käyttöönotosta ei kehittämisprojektin käynnistyessä ollut kohdeorganisaatiossa luotu prosessimallinnusta, joten sen luominen oli perusteltua. Mallinnuksen avulla ilmoitusjärjestelmän käyttöönottoa sekä ilmoitusten käsittelyä on mahdollista tarvittaessa yhtenäistää sekä selkeyttää. Ilmoitusjärjestelmän yhteneväisempi käyttöönottomalli sekä perehdytys voivat mahdollisesti tukea myös ilmoitusten sisällöllistä laatua, nostaa ilmoitusmääriä sekä tätä kautta helpottaa ilmoitusten käsittelyä sekä niiden pohjalta tehtäviä hoitotyön kehittämistoimia.

Koska kyseessä on hoitohenkilöstön käyttämä vapaaehtoinen ilmoittamisjärjestelmä, on mielekäästä tutkia hoitohenkilöstön kokemuksia menetelmän implementoinnista ja käytännön kokemuksia. Samalla menetelmän käyttöönoton sekä käytön prosessia voidaan tarvittaessa kehittää, jolloin menetelmä on mahdollista jatkossa juurruttaa paremmin osaksi potilasturvallisuuskulttuuria.

Kehittämisprojekti pohjautuu pitkälti projektipäällikön eli opinnäytetyöntekijän asiantuntijuuden kasvuun kehittämisprojektin aikana. Kehittämisprojektin ohjaukseen osallistui kehittämisprojektin ohjausryhmä, joka koostui kohdeorganisaation osalta työelämämentorista sekä erinomaisuudesta oppimisen asiantuntijasta. Koulun osalta ohjausryhmään kuului tutoropettaja.

### 2.1.1 Erinomaisuudesta oppiminen

Erinomaisuudesta oppimisessa tutkitaan erinomaista työsuoritetta ja kerätään tietoa tekijöistä, jotka tukevat onnistunutta ja turvallista hoitotyötä. Erinomainen työsuorite on suorite, jossa ei tapahdu turvallisuuden poikkeamaa ja toiminta tuottaa halutun lopputuloksen (Hollnagel 2018). Erinomaisesti sujuvaa työtä edistäviä käytänteitä voidaan myös implementoida muihin työsuoritteisiin ja näin erinomaisuudesta oppimisen kautta saadut innovaatiot voidaan siirtää tukemaan työn sujuvuutta, potilasturvallisuutta ja työhyvinvointia, kaikissa työsuoritteissa. Lisäksi erinomaisuudesta oppiminen mahdollistaa havainnoinnin adaptiivisen käytöksen laukaisevista tekijöistä, jolloin on mahdollista havaita

ne työn osa-alueet, jotka voivat helposti tulla riippuvaiseksi henkilöstön resilienssistä ja kyvykkyydestä paikata järjestelmän sekä toiminnan puutteita. (Cook 1998, 3–4; Kelly, Blake & Plunkett 2016; Smaggus 2019, 669)

Erinomaisen työn tunnistaminen auttaa kehittämään entistä menestyvämpiä toimintaympäristöjä sekä -malleja. Se voi mahdollistaa yhdessä muiden terveydenhuollon potilasturvallisuustyökalujen kanssa entistä paremmin organisaation jatkuvan oppimisen, koska sen lähtökohtana ei ole yksittäinen poikkeama, vaan jokapäiväinen onnistunut työ. Erilaisten potilasturvallisuuden työkalujen tuleekin toimia tasapainossa ja tukea toisiaan suhteessa terveydenhuollon toimintayksiköiden tarpeisiin. Positiivinen palaute, kokemus työn arvostuksesta ja henkilöstön osallistaminen turvallisuuskulttuurin kehittämisessä lisää henkilöstön sitoutumista ja vaikuttaa myönteisesti hoitotyön toteutumiseen. Erinomaisuudesta oppimisen avulla voisi olla mahdollista lisätä todennäköisyyttä, että työ sujuu erinomaisesti ja näin vähentää poikkeamien määrää. (Ruiter 2019, 289–290)

## 2.2 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria ja laadunhallintaa. Tavoitteena oli mallintaa erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessi ja kuvata kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuutta sekä hoitotyötä.

Kehittämiprojektin tuotoksena oli materiaaleja erinomaisuudesta oppimisesta. Materiaaleja voidaan tarvittaessa hyödyntää mahdollisiin potilasturvallisuuden kehittämistarpeisiin kohdeorganisaatiossa. Materiaaleja tuotettiin kolmivaiheisesti niin, että jokainen vaihe täydensi seuraavaa.

Kehittämiprojektin ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin systemaattinen kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä Safety 2-menetelmästä, jonka osana erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmä toimii. Kirjallisuuteen pohjautuva teoreettinen viitekehys oli osa kehittämiprojektin tuotosta ja se toimi myös pohjana opinäytetyöntekijän asiantuntemukselle aiheesta.

Kehittämiprojektin toisessa vaiheessa toteutettiin teemoitettu fokusryhmähaastattelu. Haastattelun avulla kyettiin lisäämään ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisesta sekä sen ilmenemisestä hoitotyössä. Kehittämiprojektin kolmannessa vaiheessa toteutettiin prosessimallinnuksessa hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksen sekä

fokusryhmähaastattelujen kautta kerättyä tietoa. Näistä saadun tiedon ja ymmärryksen perusteella luotiin synteesiä, joka ohjasi prosessimallin luomista.

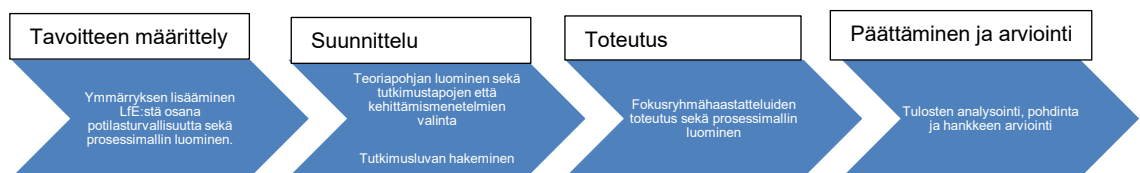
### 2.3 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tämä kehittämisprojekti oli laadullinen ja se oli luonteeltaan tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Toikon ja Rantasen (2009, 11 & 113) mukaan tutkimuksellisen kehittämiskojeitin tarkoituksena on tuottaa käytännöllistä tietoa halutusta aiheesta ja tukea kehittämistoimintaa. Salonen (2013, 12) toteaa, että tutkimuksellisen kehittämiskojeitin tulee pohjautua käsitteisiin, niiden määrittelyyn sekä ymmärrykseen niiden käytöstä osana kehittämistyötä.

Laadullisen tutkimuksen keskeisenä ominaisuutena voidaan pitää halua tarkastella ihmisten subjektiivisia näkemyksiä ja kokemuksia (Puusa & Juuti 2020, 59). Kokemusten kuvaileminen vaatii ymmärrystä elämämaailmasta sekä pyrkimystä hahmottaa kokemukset niin kuin ihmiset ne ymmärtävät. Keskeisessä osassa laadullista tutkimusta ovat myös ne merkitykset, joita ilmiöille annetaan. (Puusa & Juuti 2020, 71)

Tutkimuksen ja kehittämiskojeitin välisen vuorovaikutuksen voidaan ajatella muodostuvan siitä, että tutkimuksen kautta saatua tietoa hyödynnetään kehittämiskojeitinässä. Tällaista suhdetta kuvataan soveltavaksi tutkimukseksi, jossa perustutkimuksen tuottamaa kuvailevaa ja teoreettista tietoa hyödynnetään käytännön ongelman ratkaisemiseksi. (Toikko & Rantanen 2009, 19–20)

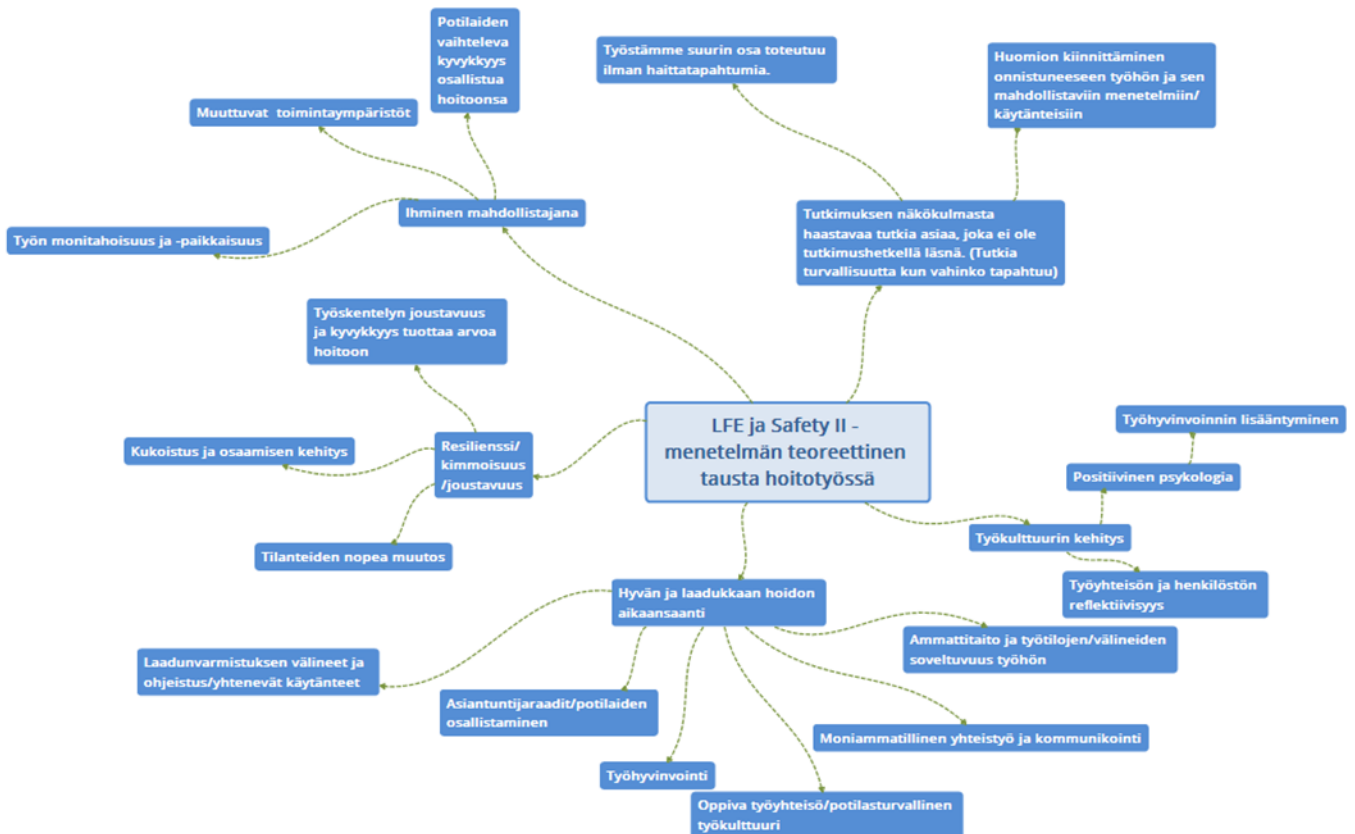
Kehityshankkeen tarkoituksena taas on tuottaa käyttökelpoisia interventioita käytännön työhön (Toikko & Rantanen 2009, 20). Tämä kehittämisprojekti toteutui lineaarisesti sisältäen alla kuvatut kehittämiskojeitin osa-alueet, jotka Salonen (2013, 15) esitti.



Kuvio 1. Kehittämisprojektiin eteneminen

### 3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Kirjallisuuskatsauksessa haluttiin selvittää LfE:n ja Safety 2 -menetelmän teoreettista taustaa hoitotyössä. Hakusanat kirjallisuuskatsausta varten muodostuivat aiheesta luodun Mindmapin (Kuvio 2) avulla.



Kuvio 2. Kirjallisuuskatsauksen Mindmap

Mindmapin avulla muodostettiin seuraavat hakusanat: preventable harm, health care, excellence, excellence reporting, Safety II, Resilience, Quality improvements, Learning from excellence ja positive psychology.

Kirjallisuuskatsauksen rajaukset on esitetty taulukossa (Taulukko 1) sekä tekstimuodossa. Rajauksina toimivat seuraavat: tutkimukset ja asiantuntija-artikkelit eivät saaneet olla yli 10 vuotta vanhoja, lukuun ottamatta alkuperäislähteitä ja manuaalista tiedonhaku. Tästä syystä kaikki lähteet eivät ole systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa löydettyä tietoa, vaan joukossa on myös manuaalisesti löydettyjä lähteitä.

Tiedonhaussa ei myöskään huomioitu tutkimuksia tai artikkeleita, jotka käsittelivät tiettyä potilasryhmää tai joiden tutkimustulokset eivät olleet valmiita.

Sisäänottokriteereitä olivat: tietolähteiden saatavuus, joka kuvastui siinä, ettei kehittämisprojektissa voitu käyttää muuta materiaalia kuin ilmaislähteitä tai lähteitä, jotka olivat saavutettavissa Turun ammattikorkeakoulun tietokannosta. Tutkimuksista ja artikkeleista tuli olla saatavissa koko artikkeli, joko englanniksi tai suomeksi.

Kirjallisuushaut suoritettiin kolmesta tietokannasta: PubMed, Cinahl Complete ja Ovid.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuajankohta vuosina 2009-2019 (poissulkien alkuperäislähteet, joihin tutkimuksissa ja artikkeleissa viitattiin.)	Julkaisuajankohta ennen vuotta 2009
Kieli: Suomi tai Englanti	Artikkeli/tutkimus koskee tiettyä potilasryhmää
Ilmainen kokoartikkeli saatavissa tai pääsy Turku AMK tunnuksilla.	Keskeneräisten tutkimusten väliraportteja.
Asiantuntija-artikkelit sekä tutkimusartikkelit	

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen sisäänotto- ja poissulkukriteeristö

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimusten ja asiantuntija-artikkeleiden tuli vastata kysymykseen LFE:n ja Safety 2 -menetelmän teoreettisesta taustasta hoitotyössä. Kehittämisprojektin teoreettista viitekehystä tarkastellessa tulee huomioida, että potilasturvallisuutta tarkasteltiin juuri Safety 2 -menetelmän näkökulmasta. Teoreettinen viitekehys ei siis kuvaa kaikki niitä potilasturvallisuuden osa-alueita, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuskulttuuriin tai edistävät potilasturvallisuutta terveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään kuitenkin potilasturvallisuuskulttuurin kehityksen eri vaiheita, koska sen avulla voidaan lisätä ymmärrystä Safety 2 -menetelmän kehityksestä ja paikasta osana potilasturvallisuuskulttuuria.

## 4 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURIN KEHITTYMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Smith ja Plunkett (2018, 509–510) viittaavat Hale ja Hovden (2001), joiden mukaan turvallisuuskulttuurin kehitys voidaan jaotella kolmeen osa-alueeseen: Teknologia kauteen (Dominomalli), inhimillisten tekijöiden kauteen (”Reikäjuustomalli”) ja turvallisuuden hallinnan kauteen (Safety 1 and Safety 2). Vaikka edellä luetellut kaudet ovat kytköksissä aikaan, teknologian ja hoitotyön kehityksen kautta, eivät ne ole toisiaan poissulkevia ja useampia saman tai eri kauden menetelmiä voi olla esillä terveydenhuollon toimintayksiköissä yhtä aikaa.

### 4.1 Teknologian kausi (Dominomalli)

Heinrichin dominomalli kuvattiin ensikertaa 1930. Mallissa ensimmäinen virhe johtaa lineaarisesti seuraavaan. Tämän mallin avulla otettiin ensimmäinen askel kohti turvallisuusanalyysia, jossa etsitään kohtaa/tekijää eli juurisyytä, joka aiheutti vaaran. Mallin olettaus on, että kaikki mahdolliset vaarat ovat ennustettavissa ja tätä kautta hallittavissa. Hallintaan tähdätään erityisesti automatisoimalla toimintaa. (Smith & Plunkett 2019, 509)

Smith ja Plunkett (2018, 509) viittaavat Hale ja Hovden (2001), jotka toteavat, että terveydenhuollossa työn täydellinen automatisointi on kuitenkin mahdotonta. He vetoavat ajatukseen, ettei ihmiseen kohdistuva toiminta ole eettisesti lineaarista ja ohjeita sekä standardeja voidaan noudattaa vain tilanteissa, joissa ne ovat valideja.

### 4.2 Inhimillisten tekijöiden kausi (Reikäjuustomalli)

Reikäjuustomalli kehittyi vastaamaan paremmin potilasturvallisuuskäsitykseen, jossa vaara aiheutuu yhdistelmänä systeemissä piilevistä puutteista sekä aktiivisista virheistä. Piilevinä puutteina voidaan pitää esimerkiksi: resurssien määrä, hoitokulttuuria ja toimintaympäristöä. Aktiivisia virheitä ovat esimerkiksi: inhimilliset virheet, erehdykset ja vahingot. Myös tässä mallissa oletuksena on, että vaihtelua tulee minimoida ja etsiä tapahtuman juurisyy. (Smith & Plunkett 2019, 509, viitattu Hale & Hovden 2001)

Molempia menetelmiä on kritisoitu siitä, että niissä käytetään paljon resurssia sen tutkimiseen, missä kohtaa systeemiä virhe on tapahtunut. Lisäksi ne edellyttävät virheen tapahtumista, jotta turvallisuutta päästään parantamaan. Virheen tapahtumisen odottamisen voidaan ajatella lisäävän turhaan riskiä tilanteissa, joissa riski voitaisiin havaita ennalta, proaktiivisesti. (Mt. 2018, 509)

Edellä kuvatut menetelmät ovat saaneet kritiikkiä myös siitä, että niissä havainnoinnin ulkopuolelle jää helposti toimijoiden antamat tarkoitukset ja merkitykset siitä, miksi he toimivat tilanteessa niin kuin toimivat (Woods & Cook 2002, 143). Kritiikkiä ovat esittäneet muun muassa Anderson, Kodate, Walters & Dodds (2013) jotka toteavat, että näiden inhimillisten merkitysten ja tarkoitusten osa-alueiden puutteellinen selvittäminen voi johtaa tilanteeseen, jossa virheen tekijä kokee häpeää virheestään. Häpeän tunne taas estää turvallisuuskulttuurin muutosta positiivisempaan, koska se saattaa toimia jarruna virheiden ja puutteiden raportoinnissa.

Voidaan sanoa, että jokaisella toimella on seuraamus, mutta jokaisella tapahtumalla ei välttämättä ole tunnistettavaa lähdeä, ainakaan sellaista minkä voisi ajatella olevan kausaalinen. Tämä johtaa tilanteeseen, jossa juurisyy voi jäädä selvittämättä, kun ensimmäinen inhimillinen virhe havaitaan ja se mikä johti kyseiseen menettelyyn jää selvittämättä. (Smith & Plunkett 2019, 511)

Dieckmann, Patterson, Lahlou, Mesman, Nyström ja Krage (2017, 4) ovat jakaneet tilanteen vaihtelut ja niihin vaikuttavat tekijät kolmeen osaan:

1. Tilanteeseen osallistuvan henkilöstön kompetenssi ja heidän motiivinsa toimintaan (esim. mitä he tekevät, ajattelevat, kokevat, tuntevat ym.)
2. Käypien ohjeistuksien olemassaolo suoritettavaan tehtävään (esim. kirjoitetut – kirjoittamattomat säännöt/ohjeet, noudatetaanko sääntöjä/ohjeita, ovatko säännöt/ohjeet yhdenmukaisia)
3. Toimintaympäristö ja sen luomat puitteet (esim. valaistus, odotusajat, resurssin tai tavaroiden puute)

Syy-seuraussuhde voi olla joskus niin monimutkainen ja hoitotyössä niin uniikki, ettei samanlaista kombinaatiota riskitekijöistä muodostu uudelleen. Tästä syystä tilanteessa



voi olla lähes mahdotonta selvittää mikä toiminta johti mihinkin. (Dieckmann ym. 2017, 4)

#### 4.3 Turvallisuuden hallinnan kausi (Safety 1 ja Safety 2)

Turvallisuuden hallinnan kautena voidaan pitää Safety 1- ja Safety 2- menetelmien rautautumista. Safety 1-menetelmä keskittyy etsimään systeemin ja sen osatekijöiden virheitä sekä miten ne ovat ilmenneet. Safety 2-menetelmän keskeinen piirre on halu ymmärtää ja vahvistaa turvallisuutta edistäviä toimintoja komplekseissa sosioteknisissä systeemeissä, kuten terveydenhuollossa. (Hollnagel 2015, 134) Tällainen sosiotekninen systeemi koostuu vuorovaikutuksesta sekä ihmisten ja toimijatahojen että tiedon ja teknologian välillä. (Woodward 2019, 96) Safety 2 -menetelmään liittyy vahvasti systeemin kyvykkyys ja ominaisuudet säilyttää sekä edistää turvallisuutta, tällaista kyvykkyyttä ja ominaisuuksia voidaan kuvata resilienssinä. (Hollnagel 2015, 134)

Hollnagel (2015, 134) määritteli resilienssin seuraavasti: Kyvykkyys yhtäläiseen menestykseen ennalta odotetuissa ja odottamattomissa tilanteissa niin, että voidaan tuottaa paras mahdollinen määrä tarkoituksen mukaisia ja hyväksyttäviä tuloksia. Lisäksi Hollnagel kuvasi käsityksiä "work as imagined" ja "work as done" niin, että työn toteutuksessa ohjeilla on paikkansa, mutta työ vaatii myös jatkuvaa sopeutumista ja työskentelyn variaimista. Työ terveydenhuollossa on luonteeltaan vaihtelevaa sekä osittain ennakoimattomaa ja siihen liittyvät luonnollisesti myös systeemi ja ympäristö, jossa työskentely tapahtuu.

Arfanis ja Smith (2011, 1142) toivat esille terveydenhuollon henkilöstön samansuuntaisia kokemuksia. Henkilöstö koki turvallisuuden hallinnan haasteiksi toiminnan kompleksisuuden ja useat siihen vaikuttavat osatekijät. Samalla henkilöstö piti äärimmäisen tärkeänä osana työtään ennakoita riskejä sekä mahdollisia vaaroja. Henkilöstön ammattiosaaminen, professio, toi mukanaan myös mahdollisuuden ottaa harkittuja riskejä, joilla voitiin mahdollistaa onnistunut ja haluttu lopputulos.

Braithwaite ym. (2015, 418–419) kritisoivat Safety 1 -menetelmää siihen sisältyvästä ajatuksesta hoitokokonaisuuden osatekijöiden jäljitettävyydestä. Lisäksi he kritisoivat ajatusta että, osatekijät olisivat eriteltävissä yksittäisiksi kokonaisuuksiksi. Tämä edellyttäisi, että toiminnan perusteet ovat hyvin sisäistetyt, työolosuhteet ovat vakaat ja kontrolloidut

sekä ulkoiset vaikuttajat ovat rajatut. Useimmat hoitokokonaisuudet eivät heidän mukaansa kuitenkaan ole lineaarisia ja jäljitettävissä.

Braithwaite ym. (2015, 419) viittaavat 2014 julkaisemaansa teokseen, jossa Safety 2- menetelmän tarkoitusta kuvataan seuraavasti: Safety 2- menetelmän tarkoitus on estää haittatapahtumien synty, mahdollistamalla ja suosimalla onnistumista. Tämä saavutetaan sillä, että välineet ja työtavat, joilla vastaamme tämän päivän ongelmiin ovat sopivat kompleksiseen sopeutuvaan systeemiin.

Braithwaite ym. (2015, 419) puolustavat vaihtelun tärkeyttä terveydenhuollon toiminoissa. Heidän mukaansa vaihtelu selittää miksi toimintamme useammin onnistuu kuin epäonnistuu. He toteavat, että yritykset yksinkertaistaa hoitotyötä, standardoida toimintaa sekä vähentää vaihtelua, lisäävät usein vain välimatkaa työn ohjeistuksen ja todellisuuden välillä. Organisaatiossa ylhäältä alas tulevan ohjeistuksen sijaan heidän mukaansa tulisi selvittää niitä tekijöitä, jotka tukevat jokapäiväisen työn onnistumista ja tuottavat niin korkean onnistumisien lukumäärän kuin mahdollista.

Potilasturvallisuus tulisi siis nähdä suotuisten olosuhteiden sekä tekijöiden tukemisena, ei pelkästään vaaran poissaolona (Braithwaite ym. 2015, 419; Clay-Williams & Braithwaite 2019, 135). Arfanis ja Smith (2011, 1142) totesivat tutkimuksessaan, että hoitohenkilöstö koki juuri tämän tyyppisen toiminnan tärkeäksi, sillä täysin riskitöntä hoidon toteutumisympäristöä pidettiin utopistisena. Safety 1 ja Safety 2 -menetelmä tukevat organisaation resilienssiä ja molemmilla on oma tehtävänsä terveydenhuollon potilasturvallisuuden parantamisessa. On havaittu, että nykyinen vahva Safety 1- menetelmään pohjautuva turvallisuuskulttuuri luo mahdollisuuden Safety 2- turvallisuuskulttuurin kehittymiseen. (Braithwaite ym. 2015, 419; Clay-Williams & Braithwaite 2019, 136; Merandi, Vannatta, Davis, McClead, Brilli ja Bartman 2018, 6)

#### 4.3.1 Terveydenhuolto kompleksisena sopeutuvana sosioteknisenä systeeminä

Terveydenhuolto voidaan nähdä kompleksisena sopeutuvana sosioteknisenä systeeminä, koska se sisältää spontaania vastavuoroisuutta, sopeutumista ja itseohjautuvuutta. Kompleksinen sopeutuva systeemi ei aina toimi lineaarisesti, vaan se sisältää lukuisia tasapainoteltavia ja kehittyviä osa-alueita, jotka ovat vuorovaikutuksessa näille toiminnoille merkityksiä antavien toimijoiden kanssa. Lisäksi osa-alueet saavat ja antavat

vaikutteita ympäristöön, jossa ne toimivat/ilmenevät. (Plsek & Greenhalg 2001, 626; Woodward 2019, 96; Clay-Williams 2019, 136; Arfanis & Smith 2011, 1142)

Vaaratapahtumia ja onnettomuuksia tapahtuu eri muodoissa, joten voidaan myös olettaa, ettei yksi menetelmä riitä ratkaisemaan kaikkia ongelmia. Terveysthuollossa tapahtuva jatkuva muutos sekä kehitys luovat jatkuvasti uusia haasteita (Pietikäinen, Heikkilä & Reiman 2012, 18), joihin henkilöstön on kyettävä reagoimaan. On tärkeää huomata, että osa vaaratapahtumista on ratkaistavissa hyvinkin helposti ja osa taas vaatii laajempaa tarkastelua vaaran eri osatekijöistä. Jokainen tilanne ja kokemus terveydenhuollossa voidaan nähdä ainutkertaisena. Safety 1 ja Safety 2 -menetelmät eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan paras lopputulos saadaan, kun menetelmät täydentävät toisiaan kuinkin toimintayksikön potilasturvallisuuden tarpeiden mukaisesti. (Chassin & Loeb 2013, 462; Hollnagel 2015; Woodward 2019, 96; Braithwaite ym. 2015, 420)

Woodward (2019, 97) on viitannut kompleksisen sopeutuvan systeemin turvallisuuden erottelun kolmeen malliin, jotka Vincent ja Amalberti (2016) ovat luoneet. Jaottelu auttaa hahmottamaan riskin ja turvallisuuden eri tavoilla:

**Ultra sopeutuva/joustava eli riskin omaksuva malli**, jossa riski nähdään profession liittyvänä perusolettamuksena. Riski tiedostetaan, mutta siihen ei pyritä vaikuttamaan. Se edellyttää ammattilaisilta voimakasta resilienssiä, asiantuntemusta sekä teknologista osaamista. Vain näin he voivat selviytyä ja kukoistaa epäsuotuisissa olosuhteissa, joissa mahdollinen haittatekijä on jatkuvasti läsnä.

**Korkean luotettavuuden eli riskin hallinnan malli**, jossa mahdollinen riski tunnustetaan ja siihen on kohdistettu toimenpiteitä, mutta riskiä ei kyetä kokonaan poistamaan. Tällöin esim. tiimityön avulla pyritään löytämään ratkaisu ja työskentelemään joustavasti ja tukeman toisia, vaikka mahdollinen riski on olemassa.

**Ultraturvallinen malli, jossa on kyse riskin minimoimisesta.** Riski on minimoitu mahdollisimman pieneksi ohjeistuksilla, systeemin valvonnalla, jotta työntekijät ja potilaat eivät altistu riskeille. Woodward (2019, 97) toteaa, että ultraturvalliseen malliin voidaan liittää myös ajatus onnistuneen työn tukemisesta.

Terveysthuollon potilasturvallisuuden parantamiseen on viime vuosina satsattu runsaasti. Käytössä on useita erilaisia työn ohjaamiseen ja työn laadunvarmistamisen välineitä, kuten erilaiset laadunhallintajärjestelmät ja ohjeistukset. Päivittäisessä työssään terveydenhuollon henkilöstöä ohjaa keskimäärin yli 600 säännöstä tai ohjetta (Ruiter,

2019, viitattu Braithwaite 2016). Potilasturvallisuuden edistäminen on keskittynyt pääsääntöisesti poikkeamien käsittelyyn ja niiden ennaltaehkäisyyn erilaisilla ohjeilla ja vaihtelun minimoimisella. (Patterson & Deutsch 2015, 382–383, viitattu Hollnagel ym. 2013) Organisaatioiden osalta huomiota tulee kiinnittää siihen, että tämän kaltainen standardointiin, ohjeisiin sekä säännöksiin pohjautuva laadunhallinta saattaa jossakin kohtaa ylittää rajan, jossa liian yhdenmukainen työskentely ei enää palvele organisaation suorituskykyä parhaalla mahdollisella tavalla (Vuori 2005, 11).

Yleisimmin terveydenhuollon poikkeama tuottaa jonkin uudenlaisen ohjeistuksen tai toimintatavan. Säännösten ja ohjeiden lisääntyessä on kuitenkin olemassa uhka siitä, ettei säännöksiä ja ohjeistuksia pystytä huomioimaan riittävässä määrin. Tällöin ne voivat kankeuttavat järjestelmää turhaan. (Ruiter, 2019, viitattu Braithwaite 2016)

Ohjeistukset usein ohjaavat työtä stabiilissa tilanteessa ja ympäristössä. Ne voivat tuoda myös valheellista turvallisuuden tuntua, mikäli niitä noudatetaan rutiininomaisesti eikä tilannekohtaisuutta huomioida. Tällä voi olla vaikutusta myös henkilöstön herkkyyteen havaita riskejä, koska he turvautuvat liikaa ajatukseen siitä, että riskit ovat hallinnassa tai ne on eliminoitu. (Patterson & Deutsch 2015, 382–383, viitattu Hollnagel ym. 2013)

Terveydenhuollossa tehtävä työ on kuitenkin hyvin vaihtelevaa ja siihen liittyy usein tilanteita, joihin ei ole ennalta voitu varautua. Tämä edellyttää henkilökunnalta kykyä joustaa ja tehdä itsenäisiä päätöksiä. (Patterson & Deutsch 2015, 382–383, viitattu Hollnagel ym. 2013; Arfanis & Smith 2011, 1142; Merandi ym. 2018, 3; Larcos, Prgomet, Georgiou & Westbrook 2016, 469)

## 5 POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN

Potilasturvallisuuden systemaattinen ja yhteneväinen kehittäminen sekä tilastointi käynnistyi Suomessa 2005, kun vaaratapahtumatyökalun kehittämisprojekti käynnistettiin Teknologian tutkimuskeskuksen VTT ja Lääkelaitoksen yhteistyönä. Kesällä 2006 vaaratapahtuma-työkalun pilotointi käynnistyi ja siitä eteenpäin potilasturvallisuuden kehittäminen on tullut osaksi terveydenhuollon käytänteitä valtakunnallisesti. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 10 & 26) Vaaratapahtumatyökalu, poikkeamien raportointi sekä niistä oppiminen ja potilasturvallisuuden kehittäminen poikkeamista oppisen kautta kuuluvat potilasturvallisuuden hallinnassa Safety 1 -menetelmään.

Vuonna 1999 Institute of Medicine julkaisi raportin: "To err is human", joka nosti potilasturvallisuuden ja poikkeamista oppimisen laajaan käyttöön terveydenhuollossa maailmanlaajuisesti. Sen tarkoituksena oli edistää terveydenhuollon turvallisuutta ja laatua. (Kohn ym. 1999)

Poikkeamista raportoinnin ja turvallisuuskulttuurin kehittäminen poikkeamien kautta on tuonut suuria parannuksia terveydenhuollon arkeen ja käytänteisiin. Tästä huolimatta yhtä moni kokee edelleen hoidossaan poikkeaman kuin ennen vaaratapahtumien raportoinnin alkamista, vaikka poikkeamista oppimisella onkin kyetty vaikuttamaan ehkäistävissä olevien vaaratapahtumien määrään. (Baines ym. 2015; Chassin & Loeb 2013,460)

Patterson ja Deutsch (2015, 383) viittaavat Hollnagel, Woods ja Leveson (2006) jotka ovat jakaneet potilasturvallisuudelle vaaraa aiheuttavat tekijät kolmeen osa-alueeseen ja ne voivat olla sisäisiä tai ulkoisia:

1. Yleisiin uhkiin, joiden olemassaolo on tunnistettu ja työskentelyyn on kehitetty ohjeistus.
2. Epäsäännöllisiin uhkiin, joiden tapahtuminen on hyvin epätodennäköistä, mutta seuraukset ovat vakavat. Tilanne on kuitenkin niin harvinainen, ettei sitä varten kyetä luomaan standardoitua prosessia.
3. Odottamattomat uhat, joita ei voitu edes kuvitella tapahtuvan ja seuraukset voivat olla vakavia. Tällöin organisaatio tarvitsee usein kokonaan uudenlaisen lähestymistavan asiaan, jotta se kykenee palautumaan normaaliin toimintaan.

Safety 1 -menetelmän rinnalle on lähdetty miettimään uusia potilasturvallisuuden työkaluja, sillä menetelmää on kritisoitu sen tavasta nostaa esiin vain ne hetket, jolloin turvallisuus ei ole läsnä. Hollnagel, Wears ja Braithwaite (2015), Clay-Williams ym. (2019, 136) sekä Kelly ym. (2016) toteavat tämän johtavan siihen, että prosentuaalisesti hyvin pieni osa terveydenhuollon prosesseista ja tapahtumista on tarkastelun alla potilasturvallisuutta tutkittaessa. Lisäksi he korostavat, että terveydenhuollon kentällä toiminta on kompleksisempaa ja Safety 1 -menetelmän kyvykkyys yksin vastata todellisiin ja latentteihin uhkiin voi olla heikentynyt.

Uudenlaisen proaktiivisen eli ennakoivan ja onnistunutta työtä tukevan näkökulman ottaminen osaksi potilasturvallisuutta olisi myös hoitohenkilöstöstä tervetullutta (Arfanis & Smith 2011, 1142). Tutkimuksissa hoitohenkilöstö koki kannustavan työyhteisön ja riskien jatkuvan huomioinnin ja riskien käsittelyn jokapäiväisessä työssään tärkeäksi osaksi turvallisuuskulttuurin parantamista. Tärkeänä pidettiin myös oppimista muiden virheistä ja onnistumisista. Hoitohenkilöstö koki, että proaktiivinen ajattelu potilasturvallisuudesta sisälsi paljon potentiaalia työkkulttuurin kehittymiseksi positiiviseen suuntaan potilasturvallisuuden osalta. (Arfanis & Smith 2011, 1142–1143; Merandi ym. 2018, 5)

### 5.1 Potilasturvallisuuden edistäminen, toimintakulttuuri ja yhteinen päämäärä

Potilasturvallisuuden edistämisen ja työ- sekä toimintakulttuurin kehittymisen myötä tapahtuva vaaratapahtumien väheneminen ei ole yksikertainen prosessi. Osassa maissa mittavillakaan satsauksilla potilasturvallisuuteen ole aina kyetty aikaansaamaan toivottua vaikutusta potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuuden tason mittauksessa on lukuisia haasteita ja epävarmuustekijöitä. Potilasturvallisuuden kehittämiseen tarvitaan erilaisia lähestymistapoja, joilla on yhteinen päämäärä, vähentää sekä poistaa potilaiden kokemat haittatapahtumat. (Rauhala, Kinnunen, Kuosmanen, Liukka, Olin, Sahlström, Roine 2018)

Potilasturvallisuuden kehittämisessä uusimmaksi lähestymistavaksi onkin esitetty Safety 2 -menetelmää, joka tutkii turvallisuutta, kun se on läsnä toiminnassa. Erik Hollnagel (2018) on todennut, että potilasturvallisuus, sen tutkimus ja kehitys on harvinainen tutkimuskohde sinänsä, että turvallisuutta on lähdetty tutkimaan sellaisten hetkien ja tapahtumien kautta, jolloin se ei ole läsnä. Tämä on tutkimukselle ja kehittämiselle hyvin

epätyypillinen lähtökohta. Hollnagel korostaa, että on tärkeä nähdä prosessin eteneminen ja vaikutustekijät silloin kun ”mitään ei tapahdu”.

Uudenlainen lähestymistapa kannustaakin terveydenhuoltoa näkemään niiden syiden taakse, mitkä saavat meidät menestymään ja onnistumaan päivittäisessä työssä. Tätä voidaan pitää yhtä tärkeänä kuin epäonnistumisien eli vaaratapahtumien läpikäymistä. Poikkeamista ja vaaratapahtumista oppiminen voi olla jaksottaista ja turvallisuuden kehittäminen keskittyy hajanaisesti, milloinkin esille nousseeseen turvallisuushkaan. Vaaratapahtumaraportointi tuo helposti esiin ihmisten erehtyvyyden ja sen luoman turvallisuusriskin, muttei näytä hetkeä, jolloin ihmisen kyvykkyys joustaa ja toimia haastavassa työympäristössä/-tilanteessa ehkäisee vaaratapahtuman syntymisen ja tuo tullessaan parhaan mahdollisen hoitotuloksen. (Hegde, Hettinger, Fairbanks, Wreathall, Krevat, Jakson & Bisantz 2019, 2; Hollnagel 2015, 4; McNab, Bowie, Morrison & Ross 2016, 447; Merandi ym. 2018, 6; Rüter 2019, 289-290, viitattu Hollnagel 2014; Smaggus 2019, 669)

Uudenlainen lähestymistapa potilasturvallisuuden kehittämisessä tähtää jatkuvaa potilasturvallisuuden parantamiseen sekä edistämiseen proaktiivisesti eli ennakoivasti. Sen sijaan, että odotetaan riskin ilmenevän, toimitaan aktiivisesti ja aloitteellisesti arjen toiminnoissa. Ihminen nähdään mahdollistajana, joka sopeutuu joustavasti vaihteleviin tilanteisiin. Tällaisina vaihtelevina tilanteina voidaan nähdä muun muassa: äkillinen potilasmäärän kasvu missä tahansa yksikössä, henkilökunnan poissaolot, olennaisten hoitotarvikkeiden puuttuminen sekä kaikki sellaiset tilanteet, jotka eivät vastaa ennalta suunniteltua. (Arfanis & Smith 2011, 1142; Hegde ym. 2019, 2; Hollnagel 2015, 4; Rüter 2019, 289–290; Smaggus 2019, 669) Näin mahdollistetaan turvallinen ja vaikuttava hoito hyvinkin erilaisissa ja vaihtelevissa olosuhteissa.

Safety 2 -menetelmällä pyritään myös ymmärtämään, miten erinomaisesta työstä opitut asiat voidaan viedä laajasti käytäntöön. Potilasturvallisuuden kehittäminen erinomaisen työn kautta voisi antaa paremman mahdollisuuden onnistumiselle, jolloin vaaratapahtuman riski suhteessa pienenee. Huomion keskittäminen enenevässä määrin hyviin suoritteisiin voisi olla tavoitteellista, kustannustehokasta ja sitouttaa ihmisiä positiivisempaan työkuultuuriin. (Hollnagel ym. 2015; Rüter 2019, 289–290, viitattu Braithwaite 2016)

Mikäli henkilöstön tekemää mukautumista ja joustoa arkityössä ei huomioida, jää suuri osa haavoittuvuuksia huomaamatta ja henkilöstön kuormitus voi kasvaa huomaamattomasti. Systeemistä voi näin tulla huomattavan riippuvainen henkilöstön resilienssistä ja

kyvystä paikata järjestelmän puutteita. Tämä voi johtaa pitkittyessään henkilöstön uupumiseen ja laskea sekä henkilöstön että systeemin kyvykkyyttä vastata poikkeaviin tilanteisiin. Ymmärtäessämme paremmin jokapäiväisen työn vahvuuksia, tukiessamme ja parantaessamme jokapäiväisen työn sujuvuutta, luodessamme paremmat ja suuremman todennäköisyyden onnistumiseen, me olemme lähempänä positiivista ajatusta turvallisuudesta. (Cook 1998, 3–4; Smaggus 2019, 669)

## 5.2 Henkilöstön osallistaminen potilasturvallisuuden kehittämisessä

Saavuttaakseen paremmin tavoitteensa, potilasturvallisuuden saralla, terveydenhuollon organisaatioiden tulisi huomioida erityisesti johdon sitoutuminen potilasturvalliseen työhön ja sen edistämiseen. Keskeistä on kiinnittää huomiota organisaation turvallisuuskulttuurin parantamiseen kaikilla sen osa-alueilla sekä vaikuttavien menetelmien laajaan käyttöönottoon. (Chassin & Loeb 2013, 461)

Cook (1998) on todennut, että kompleksiset sopeutuvat systeemit kohtaavat monenlaisia haasteita. Näitä haasteita varten systeemeissä on “puolustusmekanismeja” kuten tekniset osa-alueet eli erilaiset varmistussysteemit, inhimilliset osa-alueet eli tietotaito ja koulutus ja suuri määrä erilaisia ohjeistuksia ja säädöksiä toiminnasta. Näiden kaikkien tarkoitus on luoda “turvaverkko”, joka ehkäisee vaaratapahtumat. Usein vaaratapahtumaan vaaditaan useita pieniä virheitä, joiden jäljittäminen voi olla mahdotonta.

Useimmiten henkilöstö reagoi onnistuneesti vaaratilanteisiin, jotka yltävät aiheuttamaan haittaa käytännön työhön. Kompleksiset sopeutuvat systeemit sisältävät useita latenteja riskitekijöitä, joita voi olla haastava havaita. Tästä syystä yksittäisten vaaratapahtumien tarkastelu ei riitä kompleksisen sopeutuvan ympäristön hallintaan. Tällaisten systeemien sopeutuva osa ovat ihmiset, joiden kyvykkyys vähentää altistumista riskeille on korvaamaton. Henkilöstö tarjoaa myös reittejä ohittaa tai korjata järjestelmässä ja toiminnassa kohdattuja virheitä. He mahdollistavat myös riskien ja muutosten varhaisen huomioonlisisäämällä näin organisaation resilienssiä huomattavasti. (Cook 1998)

Pedersen (2016, 1118) viittaa Hollnagel (2006) tekemään havaintoon siitä, että terveydenhuolto, joka kehittyy ja kohtaa jatkuvasti uusia haasteita ei voi nojata potilasturvallisuudessa pelkästään menneisyydestä ja vaaratilanteista oppimiseen. Useat lähteet viittasivat myös siihen, että potilasturvallisuuden kannalta avoin, turvallinen, kunnioittava, hyväksyvä, ja luottamuksellinen työilmapiiri on ensisijaisen tärkeä, jotta henkilöstö



uskaltaa tuoda havaitsemansa poikkeavuudet esihenkilöiden tietoon. Johtamisen osalta tällainen työkulttuuri nähtiin tärkeänä myös menestyvän organisaation pohjana. (Leonard & Frankel 2012, 3; Smaggus 2019, 669; Merandi ym. 2018, 5)

Henkilöstön osallistamista voidaan pitää tärkeänä, jotta henkilöstö kokee arvostusta työstään ja, että heidän osaamisensa tunnustetaan. Samalla voidaan välttyä tuomasta käytäntöön toimimattomia ratkaisuja, jotka voivat hankaloittaa tai kuormittaa toimintaa entisestään. (Smaggus 2019, 668) Tämä voisi johtaa henkilöstössä oman työn ja osaamisen arvostuksen laskuun, huonomman työhön sitoutumisen ja työuupumuksen. Terveysturvallisuuden potilasturvallisuuskulttuuria voitaisiin kehittää entistä vaikuttavammaksi huomioimalla, yksilöimällä ja parantamalla mahdollisuuksia onnistuneeseen työhön ja tukea henkilöstöä parhaan mahdollisen tuloksen saavuttamisessa. Keskittymällä virheisiin voimme riskeerata, ettemme näe niitä todellisia haasteita, joiden kanssa hoitohenkilöstö ponnistelee päivittäin onnistuen kuitenkin tuottamaan erinomaista hoitoa. (Smaggus 2019, 668–669; Woodward 2019, 98)

Henkilöstön osallistaminen, tiedonvälittäminen ja perehdytys menetelmää koskien, sen käytöstä sekä vaikutuksista voidaan pitää merkityksellisenä myös siksi, että Jylhän (2017) tekemän tutkimuksen mukaan vain 25 % vaaratapahtumailmoituksista sisälsi riittävästi tietoa, jotta voitiin määrittää mikä aiheutti haitan. Tämä kertoo myös siitä, että tapahtumasarjat ovat harvoin lineaarisia ja selkeitä. Henkilöstön voi olla myös hankala hahmottaa mitkä tekijät vaikuttivat oleellisesti haitan syntyyn. Oleellista informaatiota voi olla vaikea erottaa ja raportointikäytännöt saattavat olla vaihtelevia. Jotta ilmoituksista saadaan paras mahdollinen hyöty, tulee perehdytyksen tukea henkilöstön ymmärrystä niistä asioista, joiden huomioiminen ilmoitusta täytettäessä on oleellista, se miten ilmoitus täytetään tai miten sitä käsitellään ei siis ole aivan yksinkertaista. Ainakaan, jos sillä tähdätään siihen, että ilmoituksen halutaan olevan informatiivinen ja että sen kautta voitaisiin tehdä kehittämistoimia tai havaita mikä aiheutti haitan.

### 5.3 Terveysturvallisuuden resilienssi osana potilasturvallisuuden hallintaa

Resilienssi termille löytyy TEPA-termipankista seuraavat käännökset: riskinsietokyky ja kimmoisuus sekä palautuvuus. Terveysturvallisuuden resilienssi pohjautuu tekniikan alan resilienssiajatteluun, jossa korostuvat systeemijattelu, kompleksisuustieteet ja se miten systeemit yleensä onnistuvat toimimaan menestyksekkäästi haastavissakin olosuhteissa (Clay-Williams & Braithwaite 2019, 135).

Hollnagel (2008, X-XI) määritteli resilientin organisaation seuraavasti:

1. Kyky ennakoida häiriöitä, painetta ja näiden seurauksia. Nykytilanteen ja lähitulevaisuuden tarkastelun sijaan huomio tulee kiinnittää tulevaisuuden ennakkointiin.
2. Kyky tarkkailla omaa ja ympäristönsä toimintaa sekä sopeuttaa omaa toimintaansa vallitseviin olosuhteisiin. Näin estetään liiallista rutinoitumista ja luodaan mahdollisuudet vastata nopeasti muuttuviin tilanteisiin.
3. Kyky reagoida ja säilyttää toiminnan taso kohdatessa totuttuja tai ennalta odottamattomia uhkia.
4. Kykyä oppia kokemuksistaan ja kehittää ajatteluaan eteenpäin.

Resilienssin kehittäminen terveydenhuollossa voi antaa paremman kyvykkyyden vastata ennakoimattomiin tilanteisiin säilyttäen potilasturvallisuuden ja hoidon tason. On oletettu, että yksi ratkaiseva tekijä sopeutuvassa toiminnassa on kokemus ja koulutus. Henkilöstön kouluttaminen (esimerkiksi simulaatioiden avulla) sekä heidän kokemuksensa kentältä tarjoavat heille taitoja ja kokemuksia sopeutuvasta toiminnasta, sekä arkityössä että odottamattomissa tilanteissa. Simulaatiot yksin eivät tuota resilienssiä, mutta ne lisäävät toiminnan joustavuutta, yhteistyötä tiimissä ja simulaatiossa voidaan syventää toiminnan merkityksiä, jotta toiminnan tausta ymmärretään paremmin. (Arfanis & Smith 2011, 1145; Dieckmann ym. 2017, 10; McNab ym. 2016, 447; Patterson & Deutsch 2015, 388)

Korkean resilienssin organisaatioissa avaintekijöinä toimivat: vahva ja sitoutunut organisaatiojohto, turvallisuuden ja tiimityön kulttuuri sekä resilienssi ja henkilöstön sitouttaminen (Tawfik, Sexton, Adair, Kaplan & Profit 2017, 3; Merandi 2018, 6). Tiimityön kulttuuri on tärkeä osa potilasturvallisuuskulttuuria. Larcos ym. (2016, 471) toivat kuitenkin esiin, että tiimityö voi tuoda mukaan myös työn keskeytyksiä, jotka voidaan nähdä työtä häiritsevänä tekijänä. Yleisiin syy työn keskeytykselle oli tiedonvälittäminen kollegalle. Vaikka tiedon välitys koettiin tärkeäksi, sisältää työn keskeytys ja tiedonvälitys saman aikaisesti suuremman riskin sille, että välitetyn tiedon laatu sekä vastaanotto voivat heikentyä.

Resilienssiin kuuluu vahvasti kyvykkyys toimia onnistuneesti, vaikka riskitekijöitä olisi läsnä. Pääsääntöisesti terveydenhuollon järjestelmät ja toiminnot pystyvät menestyksellä estämään haittojen synnyn ja leviämisen, vaikka niitä ilmenisikin. Ihmisen näkeminen mahdollistajana on yksi merkittävimmistä Safety 2 -menetelmän lähtökohdista. Vaikka ihminen voidaan nähdä tuomassa työhön tarpeetonta epävarmuutta ja vaihtelua, voidaan hänet toisaalta nähdä turvallisuuden edistäjänä. Henkilöstö mahdollistaa joustavuuden ja toiminnan jatkumisen uudessa tilanteessa, johon tarvitaan uusia ratkaisuja. Standardisoinnin hyötyjä ei saa vähätellä, ne luovat työlle rutiinin, joka mahdollistaa huomion kiinnittämisen työn vaihteluun ja siihen vastaamiseen. Safety 2 -menetelmässä pyritään ymmärtämään ja arvostamaan niitä inhimillisiä tekijöitä, joilla systeemin täysi kapasiteetti voidaan hyödyntää ja aktiivisesti vähentää systeemin asettamia rajoitteita tuottaa erinomaisia hoitotuloksia. (Chassin & Loeb 2013, 462; Patterson & Deutsch 2015, 388; Smith & Plunkett 2019, 509)

Muuttuvat ja kehittyvät terveydenhuollon organisaatiot sekä jatkuvat säästöpainheet voivat heikentää hoitohenkilöstön resilienssiä. Blake (2018, 115) viittaa Laschinger ja Leiter (2006), jotka havaitsivat tutkimuksessaan, että työolosuhteilla ja hoitajien hyvinvoinnilla on yhteys potilasturvallisuuteen. Blake viittaa myös aiempaan tutkimukseensa (2013), jossa hän tutkija kollegoineen totesi, että henkilöstön kokemus johtamisen tasosta on sidoksissa heidän sitoutumiseensa organisaatioon. Resilientissä organisaatiossa johtajan rooli yhteishengen luomisessa ja henkilöstön kannustamisessa on merkittävä. Samalla henkilöstön kyvykkyys ylläpitää positiivisuutta ja reflektoida työtänsä ovat merkittävä tekijä resilienssissä organisaatiossa.

Terveydenhuollon henkilöstön kokemukset resilienssistä ja potilasturvallisuuskulttuurista voidaan jakaa Merandi ym. (2018, 3) tekemän haastattelututkimuksen perusteella seuraavasti:

Yksilöllisiin ominaisuuksiin

1. Rauhallisena pysyminen – henkilöstön kokemuksen mukaan tapaturmia sattui vähemmän niiden työntekijöiden kanssa työskennellessä, jotka pysyivät rauhallisina ja osasivat käsitellä kaaosta. Potilasturvallisuuskulttuurin kannalta tärkeäksi nähtiin keskittyminen työskentelyyn, vaikka tehtävä olisi rutiininomainen ja jokapäiväinen.

2. Asioiden katsominen useasta perspektiivistä - Henkilöstö koki, että asian katsominen myös muista kuin omasta ammattiperspektiivistä lisäsi turvallisuutta.
3. Kokemus ja asiantuntemus – Henkilöstö koki, että henkilöstön pysyvyys loi turvallisuutta. Johdon osallistuminen ja sitoutuminen potilasturvallisuuteen loi parempaa turvallisuuskulttuuria, jossa vaarat tunnistetaan ja niihin reagoidaan paremmin. Kokemus mahdollisti joustavuuden ja nopeat ratkaisut kun tilanteet eivät suju suunnitellusti.
4. Yksityiskohtien huomiointi – Henkilöstö koki tärkeänä, että työ perustui ohjeistuksille ja laatusuosituksille. Tämä mahdollisti kyvykkyyttä reagoida uusissa ja odottamattomissa tilanteissa.
5. Tilanteen johtaminen tai siihen mukautuminen- Henkilöstö koki, että yksilöllinen kyvykkyys tilanteisiin mukautumisessa ja tarvittaessa tilanteen haltuun ottaminen oli tärkeää.
6. Virheiden seurausten kunnioittaminen – Turvallisuuskulttuurin säilyttämisen osalta henkilöstö koki, ettei kenenkään tule pitää itseään liian itsevarmana, jolloin riskien tunnistuskyvykkyys laskee.

#### Tiimityö ja kommunikointi

1. Turvallisuuskulttuurin kannalta positiivisena pidettiin työtovereiden tuntemista myös muuten kuin ammatillisesti. Tällöin tiimissä oli helpompi ymmärtää toisia ja tulkita heidän sanojansa.
2. Tiimityöskentely – Tärkeää oli, että työilmapiiri tuki tiimityötä. Samalla se mahdollisti kysymisen epävarmoissatilanteissa, eikä henkilöstö kuormitu liikaa tehdessään päätöksiä ja kantaessaan vastuuta.
3. Kyselykulttuuri – Tällöin työskentelyssä ei ole liian hierarkkista työskentelyä, vaan kaikki voivat tehdä kysymyksiä.

4. Kommunikaatio – Avoin ja selkeä kommunikaatio, jossa pyritään kunnioittavaan sävyyn, jotta viesti saadaan välitettyä vaikuttavasti.
5. Työkulttuurin arvojen näkyminen - Työkulttuurin arvojen tulee olla näkyviä ja ohjata työskentelyä.
6. Virheistä oppiminen

#### Rakenteelliset ja työympäristön vaikutus

1. Tuttu työympäristö - mahdollistaa työhön ja kommunikaatioon keskittymisen.
2. Potilaiden määrä ja terveydentila – Henkilöstö koki, että turvallisuuden määrä kasvoi, kun yksikön potilasmäärä oli normaali tai tätä hieman korkeampi. Tällöin he kokivat usein olevansa enemmän tilanteen tasalla ja tarkkaavaisempia. Toisaalta pitkittynyt korkea potilasmäärä johti väsymykseen.
3. Resurssin saatavuus – Henkilöstö koki tärkeäksi, että työvuorosuunnittelussa huomioitaisiin eri osaajien läsnäolo ja se, että vuorossa olisi tasaisesti kokeneempaa ja kokemattomampaa henkilöstöä.

#### Innovaationäkökulma

1. Tiimityöskentelyyn panostaminen – avoin ilmapiiri ja yhteistyö kaikkien toimintaan osallistuvien tahojen välillä, parhaan mahdollisen lopputuloksen saavuttamiseksi.
2. Haastaviin tilanteisiin vastaaminen tiiminä – Tehtävien priorisointi ja arviointi tiiminä oli keskeistä hyväksi koetussa potilasturvallisuuskulttuurissa.
3. Uudenlaiset näkökulmat toisilta osastoilta tai toimialueilta – Tämän koettiin lisäävän uudenlaista näkemystä tiimissä ja kehittävän työskentelyä.

## 6 ERINOMAISUUDESTA OPPIMINEN

Aiempiin lukuihin perustuen on aiheellista olettaa, että potilasturvallisuutta on kannattavaa tutkia myös siitä näkökulmasta, jolloin systeemi ja sen toimijat onnistuvat ehkäisemään haittatapahtuman tai riskin syntyminen sekä millaiset elementit työskentelyssä tukevat onnistumista. Potilasturvallisuutta ei tule tutkia ja nähdä pelkästään vaara- tai haittatapahtuman poissaolona, vaan tärkeää on tutkia mitkä tekijät kasvattavat resilienssiä ja mahdollistavat sen esiintymisen systeemissä ja toimijoissa. Erinomaisuudesta oppiminen voidaan nähdä tapana päästä kehittämään resilienssiä suotuisasti. (Dieckmann ym. 2017, 7; Woodward 2019, 98)

Jotta voisimme kehittää sekä organisaation että yksilöllistä resilienssiä johdonmukaisesti, tulee käytössä olla siihen soveltuvia työkaluja. Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetyssä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa oli kuvattu toistaiseksi vain muutamia erinomaisuudesta oppimisen ja resilienssin työkaluja terveydenhuollossa. Voidaan kuitenkin olettaa, että työkaluja on useampia. Menetelmien mallintaminen ja käyttö luo kuitenkin hyvät mahdollisuudet systemaattiseen tiedonkeruuseen aiheesta (Dieckmann ym. 2017, 7).

### 6.1 Erinomaisuudesta oppiminen osana potilasturvallisuutta

Ihmisellä on taipumus kiinnittää luonnostaan enemmän huomiota negatiivisiin tapahtumiin kuin positiivisiin (Kelly ym. 2016, viitattu Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer 2001 sekä Rozin & Royzman 2011). Tutkimus on kuitenkin osoittanut, että ihmisillä on yhtäläinen kyvykyys oppia onnistumisesta kuin epäonnistumisesta (Kelly ym. 2016, viittavat Ellis, Carette, Anseel 2014, 67-72). Onnistumisesta oppiminen tuo mukanaan positiivisen psykologiasta tuttuja vaikutuksia niin yksilölle kuin yhteisölle, kuten hyvän huomioiminen.

Erinomaisuudesta oppiminen kehittyi Kellyn ym. (2016) toimesta ja sen tarkoitus on nostaa esiin ja identifoida onnistumista jokapäiväisessä työssä. Samalla se valjastaa erinomaisuudesta oppimisen osaksi potilasturvallisuuden kehittämistä, eikä pidä sitä itseltään selvänä. Se myös osaltaan edistää positiivisen turvallisuuskäsityksen muodostumista terveydenhuoltoon.

Leonard and Frankel (2012, 3) tuovat esiin positiivisen turvallisuuskäsityksen tärkeyden terveydenhuollossa, jotta henkilöstö kykenee avoimeen vuorovaikutukseen. Samalla on tärkeää, että henkilöstöllä on positiivinen käsitys tiimityöstä, psykologisesta turvallisuudesta työyhteisössä sekä johtajuudesta. On tärkeää, että johtajilla ja henkilöstöllä on jaettu, kollektiivinen käsitys potilasturvallisuudesta. Osallistavalla johtamisella pystytään sitouttamaan henkilöstö potilasturvallisuuden edistämiseen ja jakamaan vastuu potilasturvallisuudesta kaikkien organisaation tasojen kesken. Erinomaisuudesta oppiminen on yksi mahdollinen tapa luoda positiivisempaa potilasturvallisuuskulttuuria.

Mikäli työyksikössä ei ole positiivista käsitystä turvallisuudesta häpeän tunne saattaa toimia jarruna virheiden ja puutteiden raportoinnissa (Arfanis & Smith 2011, 1144). Voidaan olettaa, että sitoutunut ja hyvinvoiva työyhteisö tuottaa laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa. Turvallisuuskulttuurin näkökulmasta ehdottoman tärkeäksi nousee turvallisuuden hahmottaminen positiivisena ja onnistumisien kautta kuin pelotteena. (Anderson ym. 2013; Smith & Plunkett 2019, 514 viitattu Perlo, Balik, Swensen, Kabcenell, Landsman & Feeley 2017; Woods & Cook 2002, 143)

Arfanis ja Smith (2011, 1145) tutkivat haastattelujen avulla henkilöstön kokemuksia potilasturvallisuudesta ja huomasivat, että henkilöstön mukaan ottaminen turvallisuuden edistämiseen kuulemalla ja implementoimalla heidän hyviä ja jo käytössä olevia toimintatapojaan organisaation käytänteisiin, pystyttiin turvallisuuden lisäksi lisäämään henkilöstön kokemaa arvostusta ja kunnioitusta. Henkilöstön kehittämät ideat potilasturvallisuuden parantamiseen olivat usein tarveperusteisia ja siksi hyvin käyttökelpoisia ja tarpeellisia.

Erinomaisuuden huomioiminen työssä on harvoin meissä sisäistä. Huomaamme ja kiinnitämme luonnostaan enemmän huomiota siihen, mikä meni vikaan kuin missä onnistuimme (Kelly ym. 2016, viitattu Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer 2001 sekä Rozin & Royzman 2011). Tästä syystä erinomaisuudesta oppimisen ottaminen osaksi potilasturvallisuuskulttuuria vaatii toimia, joiden avulla voidaan auttaa henkilöstöä näkemään erinomaisuudesta oppimisen hyödyt. Kun virheiden sijaan keskitytään onnistumisiin jokapäiväisessä työssä, on todennäköisempää, että henkilöstön kanssa voidaan käydä syvällisempää keskustelua prosessin kulusta ja työn kulkua on myös helpompi reflektoida. Samalla voidaan havaita tekijöitä, jotka laukaisevat adaptiivisen eli sopeutuvan käytöksen ja saavat henkilöstön menestymään työssään. Tämä nostaa henkilöstön ammatillista itsetuntoa, mikä voisi parantaa hoidon laatua. Samalla saadaan lähennettyä

kuvittelun ja todellisen työn välistä epätasapainoa. (Dieckmann ym. 2017, 9; McNab ym. 2016, 448)

Simulaatioharjoitukset ovat tuttuja lähes kaikille terveydenhuollossa työskenteleville. Usein simulaatioharjoitukset rajautuvat johonkin erikoistilanteeseen, johon henkilöstön halutaan kiinnittävän erityisesti huomiota. Potilasturvallisuuden kannalta voisi olla hyödyllistä tehdä simulaatioharjoituksia myös jokapäiväisestä työstä ja oppia havainnoimaan siinä tapahtuvia onnistumisia. Usein näissä tilanteissa ilmenee parhaiten eri osa-alueiden kyvykkyys kompensoida toisiaan ja samalla on mahdollista havaita erilaisten käytänteiden johtavan toivottuun lopputulokseen. Samalla pystytään tekemään syvempää analyysia siitä mikä työssä sujuu hyvin ja miksi se sujuu hyvin. Esimerkkinä voidaan pitää päivittäisessä työssä osoitettua arvostusta työtovereita kohtaan, mikä nostaa kyvykkyyttä tiimityöskentelyyn. (Dieckmann ym. 2017, 5-6; McNab ym. 2016, 447; Guttman, Keebler, Lazzara, Daniel & Reed 2019, 5)

Erinomaisuudesta oppiminen ja resilienssiajattelu niin yksilö- kuin organisaatiotasolla voidaan linkittää myös työhyvinvoinnin ja sitouttamisen kautta potilasturvallisuuteen. Profit, Amspoker, Sharek (2014, 6) ja Tawfik ym. (2017, 7) totesivat, että terveydenhuollon henkilöstön resilienssi tukee potilasturvallisen työskentelyn toteutumista. Kun henkilöstö on vähemmän väsynyt, emotionaalisesti sitoutuneita ja kokevat itsensä hyvinvoiviksi, osaaviksi ja arvostetuiksi he voivat olla kyvykkäämpiä huomaamaan riskit sekä huomioimaan paremmin potilaiden ja heidän omaistensa tarpeet. Samalla heidän tiimityöskentelynsä paranee, mikä osaltaan tukee positiivista potilasturvallisuuskulttuuria.

## 6.2 Erinomaisuudesta oppimisen työkalut

Ennakoivaan, jatkuvaan sekä Safety 2 -menetelmään pohjautuvia yhteneviä ja laajasti terveydenhuollon potilasturvallisuuden edistämiseksi käytössä olevia raportointimenetelmiä tai työkaluja nousi kirjallisuudessa esille muutamia. Nämä työkalut ja raportointivälineet ovat olleet testauksessa terveydenhuollossa, mutta niiden laaja-alainen käyttö ja näyttö niiden vaikutuksista potilasturvallisuuteen on toistaiseksi varsin vähäistä. Terveydenhuolto tarvitsee menetelmiä, jonka avulla tunnistaa ja oppia toistuvan tai poikkeuksellisen hyvin onnistuneen työn tekijöitä ja potilasturvallisuuteen vaikuttavia piileviä osatekijöitä. (Hegde ym. 2019, 2)



Kirjallisuuskatsauksessa esille nousseita raportointimenetelmiä ja työkaluja olivat RETIPS (Resilience Engineering Tool to Improve Patient Safety), RAG (Resilience assessment Grid) ja LFE (Learning from excellence). RETIPS ja LFE olivat selkeästi onnistuneen työn raportointiin käytetty menetelmä ja RAG taas oli onnistuneesta työstä jälkikäteen tehtävä selvitysprosessi. LFE esiintyi aineistossa myös simulaatioharjoitusten analysoinnin välineenä. Kaikkien yllä mainittujen työkalujen ja raportointivälineiden tehtävä oli kuitenkin havainnollistaa, miten työssä oli onnistuttu erinomaisesti tai mahdollinen vaara oli vältetty. LFE:n käytöstä kirjallisuudessa ei ollut raportoituja tuloksia, mutta yhtenäistä RETIPS ja RAG tuloksille oli se, että usein vaara onnistuttiin välttämään tiimityöskentelyllä, hyvällä kommunikaatiolla ja joskus vaaran välttäminen vaati henkilöstöltä poistumista omalta ammattivastuualueelta potilaan hyväksi. Raportit myös tukivat käsitystä siitä, että onnistumisien kautta pystytään hahmottamaan uudella tavalla turvallisuutta. (Clay-Williams & Braithwaite 2019, 143; Dieckmann ym. 2017, 7; Hegde ym. 2019, 7; Smith & Plunkett 2019, 514)

### 6.2.1 RETIPS – Resilience Engineering Tool to Improve Patient Safety

Vastatakseen tarpeeseen hahmottaa turvallisuutta uudella tavalla, Hegde ym. (2019) loivat potilasturvallisuuden edistämiseen työkalun nimeltä RETIPS eli Resilience Engineering Tool to Improve Patient Safety. Kyseinen ilmoitusjärjestelmä/raportointityökalu toimii kuten vaaratapahtumailmoitus, mutta siinä ilmoitukset tehdään onnistuneesta ja erinomaisesta työstä. Ilmoittaminen perustuu vapaaehtoisuuteen, kuten vaaratapahtumailmoitukset. Kyseisen työkalun käytöstä on tehty tutkimusta sen kyvystä paljastaa onnistuneeseen työhön ja sen mukautuvuuteen vaikuttavia tekijöitä samassa linjassa sekä määrässä kuin kirjallisuudessa oletetaan. RETIPS:in tarkoitus on paljastaa toistuvia mukautuvia työskentelymalleja ja resilienttejä toimintatapoja potilasturvallisuuden edistämisessä.

Hegde ym. (2019, 7) keräsivät palautetta RETIPS-ilmoitusjärjestelmästä henkilöstöltä. Saadun palautteen mukaan lomakkeen täyttö ei saisi kestää yli kymmentä minuuttia. Henkilöstö toivoi myös enemmän toimialakohtaisesti yksilöityä raportointijärjestelmää. Lisäksi henkilöstö koki tärkeänä selkeän viestinnän siitä, miten työkalun avulla voidaan parantaa turvallisuutta.

RETIPS-työkalu sisältää ensin lyhyen määrittelyn resilienssistä ja työkalun tarkoituksesta. Tämä palauttaa mieleen resilienssiajattelun ja sen osa-alueet. Tämä voi kuin

”huomaamatta” lisätä systeemin resilienssiä. (Hegde ym. 2019, 3) Samalla voidaan olettaa ihmisten paremmin huomaavan ja oppivan tunnistamaan työssään potilasturvallisuutta lisääviä elementtejä. Henkilöstö saadaan huomaamaan potilasturvallisuuden positiiviset tekijät ja kääntämään ajattelua positiivisemmaksi, luottavaisemmaksi ja vahvista näin sekä yksilön että yhteisön resilienssiä.

Hegde ym. (2019, 3) totesivat myös, että työkalun käytössä koettiin tärkeäksi se, että se olisi nopea täyttää ja se olisi hyvin ohjattu, jotta henkilöstö osaa etsiä oikeita ja merkityksellisiä asioita. Tästä syystä useassa kohtaa vastausvaihtoehdot ovat valittavissa pudotusvalikoista. Esimerkkinä kommunikaatio, ohjeistukset, työtoverin tietotaito ja kokemus, hoitokulttuuri ja asenteet, jaettu ymmärrys, yhteistyö työtovereiden kanssa ja johtajuus. Lisäksi täytetään mahdollisimman yksityiskohtainen selvitys onnistuneesta adaptaatiosta tilanteeseen tai onnistuneesta suorituksesta.

Viimeisinä kysymykset keskittyvät siihen mikä vaaransi potilasturvallisuuden ja vaikeutti onnistuneeseen suoritukseen yltämistä. Tässäkin kohtaa oli valittavissa listalta eri vaihtoehtoja: potilaan terveydentila tai käytös, tiedonkulun/kommunikaation puute, tilanteen monitahoisuus, epävarmuus tai monitulkintaisuus, resurssien rajallisuus ja yksikön toimintaperiaatteet. Lisäksi voitiin tarkentaa, millaiset resurssit auttoivat tilanteesta selviämistä: riittävä aika, teknologia/välineet, työtoverit/konsultaatio, tiedonkulku ja tehtäväkohtaiset ohjeet. (Hegde ym. 2019, 3)

Voidaan olettaa, että resilienssiajattelun kehittymistä parantaa se, että mahdollisimman moni kohta ilmoitusjärjestelmässä ja ilmoituksen käsittelyssä ohjaa ajattelua resilienssin suuntaan. Tällöin henkilöstö harjaantuu näkemään kyvykkyyksiä omassa ja muiden työssä. Työkalu antaa myös mahdollisuuden reflektioon haastavissa tilanteissa ja tapahtumissa jokapäiväisessä työssä. Se on osa itseohjautuvaa elinikäistä oppimista. (Hegde ym. 2019, 3)

## 6.2.2 LfE – Learning from Excellence

Kelly ym. 2016, kehittivät LfE-raportoinnin Safety 2-menetelmään perustuen. Ilmoitusjärjestelmän tarkoitus oli täydentää terveydenhuollon oppimistyökaluja sekä parantaa potilastyön laatua ja tukea positiivisesti resilienssiä ja työkulutturia.

Erinomaisuudesta oppimisen raportointijärjestelmää tutkittaessa sen havaittiin kokemusten mukaan parantavan hoidon laatua sekä parantavan henkilökunnan työmoraaalia.

Lisäksi henkilökunta koki, että erinomaisuudesta oppiminen oli yhtä tärkeää kuin epäonnistumisista oppiminen. (Kelly ym. 2016)

### 6.2.3 RAG – Resilience assesment Grid

Clay-Williams ja Braithwaite (2019) tutkivat RAG- työkalua eli resilienssin analyysi taulukkoa (Resilience assessment Grid) käytännössä Australiassa kriisiytyneen astmaepisodin jälkitarkastelussa. He tutkivat informaation kulkua ja tietotekniikan mahdollisuuksia terveydenhuollon hallinnassa. Yli 10 000 potilasta hakeutui hengitystieoireiden vuoksi Australian eri päivystysyksiköihin yhden vuorokauden aikana, johtuen sieni-itiöiden määrän nopeasta kasvusta hengitysilmassa ukkosmyrskyn vuoksi. Tämä tarkoitti monin kerταista kuormitusta kaikissa terveydenhuollon toiminnoissa alkaen hätäkeskuspuheluista ja päättyen hoitoyksiköihin. Tarkastellessa kyseistä tilannetta se jaettiin RAG-menetelmässä neljään osaan, joita ovat: todellinen kyky oppia, todellinen kyky vastata muutokseen, kyvykkyys varautua ennalta ja kyvykkyys kriittiseen seurantaan.

RAG-työkalun käytön avulla astmaepisodista saatiin nostettua esiin resilienssin keskeisiä ominaisuuksia ja mahdollisia kehittämistarpeita terveydenhuollossa. Resilienssin osalta vahvuuksina esiin nousivat erityisesti kyvykkyys vastata yllättävään kuormitukseen sekä viestintä- ja kommunikaatiopuutosten paikkaus. Kehittämiskohteina voitiin nähdä kriittinen seuranta, joka oli osittain puutteellista, sillä valtakunnalliset viestintäketjut eivät toimineet ennalta suunnitellusti. Terveydenhuollon kyvykkyys varautua ennalta oli osin puutteellista johtuen viestintäongelmista. Terveydenhuollon kyvykkyys oppia tilanteesta oli hyvä. Sen avulla pystyttiin kehittämään viestintää paremmaksi ja lisäämään yhteistyötä eri toimijoiden välillä. (Clay-Williams & Braithwaite 2019, 141–142)

Dieckmann ym. (2017, 11) tutkivat erinomaisuudesta oppimista simulaatioiden avulla. Simulaatioissa voidaan hyödyntää Hollnagel (2012) kehittämää FRAM (Functional Resonance Analysis) – menetelmää. Siinä huomio kiinnittyy alla lueteltuihin tekijöihin:

1. Mikä on laukaiseva tekijä toiminnassa eli triggeri
2. Mikä on toiminnan tulos
3. Mitkä ovat toiminnan ennakkoehdot, jotta se voidaan toteuttaa
4. Tarvittavat resurssit toiminnan toteuttamiseen
5. Aikajänne toiminnan toteuttamisessa
6. Säännökset ja toimintaa ohjaavat tekijät

Niiden erinomaisuudesta oppimisen työkalujen osalta, joita on käsitelty tässä kirjallisuuskatsauksessa, lähes kaikki ilmaisivat selkeästi henkilöstön kyvykkyyttä kommunikaatioon sekä tiedonkulkuun ja sen puutteiden paikkaamiseen. Lisäksi erinomaisuudesta ilmoittamisen ja havainnoimisen kautta oli havaittavissa sekä yksilöllisen resilienssin, että ryhmätyön merkitys. Samalla korostui potilasturvallisuuskulttuurin merkitys aitona osana organisaation toimintaa. (Clay-Williams & Braithwaite 2019; Dieckmann ym. 2017; Hegde ym. 2019)

## 7 MALLINTAMINEN OSANA KEHITTÄMISPROJEKTIA

Kehittämiprojektin teoreettinen viitekehys tukee käsitystä ohjeistuksien tarpeellisuu-  
desta toiminnan pohjana ja mukautuvuuden sekä joustavuuden mahdollistajana. (Chas-  
sin & Loeb 2013, 462; Patterson & Deutsch 2015, 388; Smith & Plunkett 2019, 509)  
Kehittämiprojektissa erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän mallintaminen  
tapahtui Leppäsen (2000,7) työprosessin käsitteellistä mallinnusta mukailleen. Mallinnus  
toteutettiin kohdeorganisaatiossa käytössä olleen uimaratamallinnuksen mukaan. Lep-  
pänen (2000,11) toteaa, että mallinnuksessa on hyvä käyttää organisaatiossa jo olevia  
kehittämivalmiuksia ja -työvälineitä, sillä mallinnus on osa järjestelmällistä kehittämis-  
työtä. Samalla mallinnus on yhteneväinen muihin organisaation laadunhallinnan osa-alu-  
eisiin.

Leppänen (2000, 52) toteaa, että on äärimmäisen tärkeää, että organisaatio tietää mitä  
se tietää. Tämä voidaan avata prosessimallinnuksen avulla ja näin hyödyntää koko tie-  
tovarannon potentiaali täysmääräisesti. Kakkuri-Knuuttila ja Heinlahti (2006, 168) totea-  
vat organisaation tiedon olevan aina osittain ”hiljaista tietoa”, joka voidaan nähdä osana  
organisaation aineetonta pääomaa.

### 7.1 Työprosessin mallintaminen

Mallinnus on tapa kuvata ja jäsentää toimintaa ja asioita visuaalisesti, muodollisesti ja  
systemaattisesti (Jokela 2019, 61; Leppänen 2000, 9). Työprosessin käsitteellinen hal-  
linta ja mallinnus lisäävät ymmärrystä eri toimijoiden tai toimintojen välisistä vuorovaiku-  
tussuhteista (Leppänen 2000, 7). Samalla työprosessin mallintamisella voidaan järjes-  
telmällisesti analysoida koko työprosessia ja sen kehittämistarpeita sekä luoda yhteinen  
kieli eri toimijoiden välille. Työprosessien mallintamisella pyritään myös lisäämään työn  
sujuvuutta ja ymmärrystä oman työn/tehtävän vaikutuksista koko prosessiin. Mallinnus  
paljastaa usein myös ”hiljaista tietoa” sekä asioita, jotka muutoin jäisivät helposti huomi-  
oimatta. (Jokela 2019, 61; Leppänen 2000,7)

Vilka (2005, 121) määrittelee hiljaisen tiedon tiedoksi, joka siirtyy yhteisen tekemisen  
kautta yhdeltä ammattilaiselta toiselle. Tällaisen yhdessä tekemisen kautta ammattilaiset  
omaksuvat alaa koskevat tiedot ja taidot, ajattelutavat sekä työn olemuskielen. Ajattelu-  
tavat ja olemuskieli ovat sanatonta viestintää, joka kuitenkin on osa tiedonsiirtoa.

Vilka (2002, 53, 86–88) viittaa Polanyi, joka on todennut, että opetuksessa opettajalta oppilaalle siirtyy myös sellaista tietoa, jota opettaja ei itsekään tiedä. Tieto myös kertaantuu ja jäsentyy uudelleen. Samankaltaisen kuvaukseen tiedon kumuloitumisesta ja tiedon tuottamisesta päätyi myös Kakkuri-Knuutila ja Heinlahti (2006, 123), jotka toteavat vuoropuhelun välityksellä siirtyvän kokemuksia sekä näkemyksiä. Tällä tavoin hiljainen tieto muuttuu käsitteelliseksi ja asiantuntijan tiedosta tulee jaettua tietoa yhteisön hyväksi.

Hiljaisen tiedon avulla ihmisten voidaan kuvata tietävän enemmän kuin on mahdollista esittää sanallisesti (Nurminen 2000, 28). Nurminen (2000, 29-30) viittaa Bereiter ja Scardamalia (1993), jotka ovat jakaneet piilossa olevan tiedon kolmeen osaan:

1. Informaalia tietoa hyödynnetään tehtäessä nopeita päätelmiä, tulkintoja tai ennakoita asioita. Sen avulla ymmärretään asioita ja tehdään tulkintoja.
2. Impressionistinen tieto liittyy tunnetietoon. Se vaikuttaa päätöksentekoon sekä käyttäytymiseen tilanteessa nopeasti välittyvien vaikutelmien pohjalta.
3. Itsesäätelytieto liittyy itsetuntemukseen, joka vaikuttaa yksilön suoritukseen tietyssä tilanteessa.

Erinomaisuudesta oppimisen, resilienssin ja terveydenhuollon kompleksisen mukautuvan sosioteknisen systeemin hahmotuksen kannalta hiljaista tietoa voidaan pitää arvokkaana. Se voi osaltaan mahdollistaa yksilöllisen kokemusmaailman paremman hahmotamisen ja näin parantaa ymmärrystä niistä merkityksistä ja tarkoituksista, jotka vaikuttavat toimintaamme. Ymmärryksen lisääminen näistä osa-alueista sekä erinomaisuudesta oppimisesta yleensä voisi lisätä käsitteellisen hallinnan tasoa ja näin myös helpottaa erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessin hallintaa sekä käyttöä.

Mallintaminen soveltuu erityisesti sellaisiin prosesseihin, joiden hallinta ei ole riittävällä tasolla (Leppänen 2000, 7 viitattu Leppänen 1993). Se soveltuu hyvin myös tilanteisiin, joissa uutta henkilöstöä tulee perehdyttää. (Leppänen 2000,7 viitattu Leppänen 1998). Prosessimallin luominen voi tuoda esiin sen, että monimutkaistenkin prosessien perustana olevan pohja voi olla varsin yksinkertainen (Leppänen 2000, 23).

## 7.2 Mallinnuksen toteuttamisen periaatteet

Työn käsitteellisen hallinnan taso on hyvä tutkia ennen työprosessin mallintamista. Käsitteellisen hallinnan mittarit tarjoavat tietoa työntekijöiden tiedoista, työn osatekijöistä ja niiden välisistä vuorovaikutussuhteista. Käsitteellisen hallinnan mittauksella on mahdollista arvioida, millaisia edellytyksiä työntekijöillä on tulkita prosessissa tapahtuvia asioita ja käsitellä niitä. Ne tuovat esiin myös koulutustarpeita ja mahdollistavat osaamisen seurannan. Käsitteellisen hallinnan tason tarkastelun työyksikössä on huomattu parantavan henkilöstön motivaatiota työn analysointiin ja sen opiskeluun. (Leppänen 2000, 42)

Prosessin dokumentointi on tärkeää, sillä se mahdollistaa prosessin kehittämistyön paremmin ja kehittämistoimien vaikutusten seuranta on helpompaa. Työprosessien kirjaamista sekä mallintamista voidaan hyödyntää myös perehdytyksessä ja menetelmien sekä prosessien käyttöönotossa. (Leppänen 2000, 42–43)

Työprosessin mallintaminen palvelee erityisesti toimintatapojen kehitystä ja vähentää työskentelyn epäloogisuutta. Mallintamiseen perustuvat kehittämissuunnitelmat ovat parantaneet työn käsitteellistä hallintaa 15–20 % niillä, jotka ovat osallistuneet kehittämissuunnitelmiin. Samalla kehittämissuunnitelmiin osallistujat ovat kokeneet osaamisensa kehittyneen erityisesti tietämyksen ja kokonaisuuksien hahmottamisen osalta. (Leppänen 2000, 45)

Arviot yhteistyön laadusta sekä esihenkilöiden toiminnasta työyksikössä paranevat, kun työyhteisön jäsenet analysoivat työtään yhdessä ja arvioivat parhaita toimintatapoja. Mallintamisella sekä henkilöstön osallistamisella voidaan tukea niiden työntekijöiden jakamista, joilla siinä on ollut puutteita. Mallintaminen helpottaa myös eri osastojen yhteistyötä, jolloin toiset ymmärtävät paremmin toisen yksikön työtä. Tällaiset aiheet voivat koskea pitkään vaikuttaneita toimintatapoja, joiden todellisiin kuormitustekijöihin ja vaikuttavuuteen työn sujuvuuteen ei ole koskaan kiinnitetty huomiota niin, että siitä olisi seurannut konkreettisia toimia. (Leppänen 2000, 46)

## 7.3 Mallinnuksen toteuttamiseen käytettävät kehittämistavat

Prosessin mallintamisessa keskeisiä ovat työyhteisöä osallistavat kehittämistavat. Leppänen (2000, 10) mukaan mallintaminen tulisi toteuttaa toiminnallisissa ryhmissä. Tämä lisää avointa kokemusten vaihtoa ja sen avulla ”hiljainen tieto” voidaan muuttaa kirjalliseen muotoon, kaikkien saataville. Mallintamisen prosessissa osallistujat jakavat

tietämystään ja kokemuksiin. Keskusteltavat asiat, joista mallintamisvaiheessa käydään yhdessä läpi ovat ennalta mietittyjä. Keskustelun lomassa moni asia tarkentuu ja prosessin mallinnus elää, koska kaikkia prosessiin vaikuttavia tekijöitä on harvoin voitu tietää ennalta.

Työskentelyssä on hyvä käyttää monipuolisesti erilaisia menetelmiä ja materiaaleja, jotka voivat auttaa lisäämään ymmärrystä työprosessista ja sen kehittämistarpeista. Mallintamisprosessissa on hyvä käyttää myös tietoa, josta ilmenee erilaisten käytäntöjen ja toimintatapojen syitä ja kehittämistarpeita. (Leppänen 2000, 10)

Tässä kehittämissuorituksessa mallinnuksen toteuttamisessa kehittämistapana käytettiin kirjallisuuskatsausta sekä fokusryhmähaastattelua, joiden avulla lisättiin ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuutta. Haastattelujen avulla saatiin kartoitettua Safety 2-menetelmän sekä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän implementoinnin sekä käytön nykytilaa organisaatiossa.



## 8 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS JA TOTEUTUS

Kehittämiprojektin ensimmäisessä vaiheessa toteutettiin systemoitu kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on myös osa opinnäytetyön tuotosta. Kirjallisuuskatsauksen teoreettinen viitekehys toimi pohjana kehittämiprojektin toisessa vaiheessa toteutetulle fokusryhmähaastattelun teemahaastattelurungolle (Liite 1). Kirjallisuuskatsauksen teoreettinen viitekehys sekä fokusryhmähaastattelu toimivat pohjana kehittämiprojektin kolmannessa vaiheessa toteutetulle erinomaisuudesta oppimisen prosessimallinnukselle (Liite 5).

Tutkimusmenetelmänä kehittämiprojektissa oli sen toisen vaiheen keskustelua edistävä teemoitettu fokusryhmähaastattelu. Keskustelua edistävien menetelmien käyttö on perusteltua, kun tutkitaan asiaa, josta tiedetään vielä vähän. Näin voidaan nostaa esiin eri tahojen näkemyksiä tutkittavasta tai kehitettävästä asiasta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013; Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 56)

### 8.1 Systemoitu kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus ja siihen sisältyvä tiedonhaku on kuvattu tämä kehittämiprojektin teoriaosuudessa. Tätä asiantuntija-argumenteista sekä osittain tutkimustiedosta muodostuvaa teoriapohjaa käytettiin sekä fokusryhmähaastatteluiden teemahaastattelurungon kysymysten muodostuksessa kuin myöhemmässä vaiheessa haastatteluaineiston tuloksista johdettujen johtopäätösten tukena. Kirjallisuuskatsaus toimi myös projektipäällikön asiantuntemuksen pohjana erinomaisuudesta oppimisesta.

Kirjallisuuskatsaus loi osaltaan myös pohjan erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimallinnukselle. Erityisesti kirjallisuuskatsaus tuki ajatusta prosessimallinnuksessa esiintyvistä menetelmien käyttöä mahdollisesti tukevista tekijöistä.

## 8.2 Tutkimuskysymykset

Kehittämisprojektin tavoitteena oli kuvata henkilöstön kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta ja hyödyntää kokemuksia ilmoitusjärjestelmän prosessimallinnuksessa.

Tavoitteen saavuttamiseksi toteutettiin fokusryhmähaastattelu, jolla haettiin vastauksia alla oleviin tutkimuskysymyksiin.

1. Millaisena hoitohenkilöstö kokee erinomaisuudesta oppimisen osana potilasturvallisuuskulttuuria?
2. Millaisena hoitohenkilöstö kokee perehdytyksen erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmään?
3. Millaiset tekijät hoitohenkilöstön kokemusten mukaan tukevat tai estävät hoitohenkilöstön sitoutumista positiiviseen potilasturvallisuuskulttuuriin?
4. Mitä erinomaisuudesta oppimisen raportointijärjestelmästä on opittu ja onko se muuttanut hoitotyön käytänteitä?

## 8.3 Fokusryhmähaastattelu aineiston keruussa

Fokusryhmähaastattelu toteutetaan tutkijan valitsemassa ryhmässä ja hänen johdolla. Käytössä on ennalta luotu haastattelurunko, jonka ympärille keskustelu muodostuu. Runko on usein hyvin avoin, jolloin keskustelu tuottaa monipuolisen, syvällisen ja rikkaan aineiston. Fokusryhmähaastattelut ovat suosittuja erityisesti tutkittaessa asioita, joista on saatavilla vain vähän tietoa. Tällöin saadaan kerättyä laaja-alaisesti tietoa asiasta ja sille annettavista merkityksistä ja yksilöllisistä kokemuksista pystytään muodostamaan yhteistä ymmärrystä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 194; Mäntyranta & Kaila 2008; Smithson 2000, 11; Salonen ym. 2017, 58) Teemahaastattelussa käsiteltävä aihepiiri on kaikille sama. Se ei kuitenkaan ota kantaa siihen, kuinka useita haastattelukertoja on tai kuinka syvälle aiheen käsittelyssä mennään. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48) Pietilä (2017, 113) viittaa Bloor ym. (2001, 42–43), jonka mukaan fokusryhmähaastattelussa ei niinkään ole tarkoitus saada selville vastauksia kysymyksiin, vaan kannustaa avoimeen vuorovaikutukseen ja selvittää vastausten taustalla vaikuttavia merkityksiä ja normeja.

Kehittämiprojektin tutkimusmenetelmäksi valittiin fokusryhmähaastattelu, koska haastatteluun toivottiin ensisijaisesti henkilöstöä, jolla oli kokemusta ilmoitusjärjestelmän käytöstä tai he olivat olleet mukana implementoimassa sitä toimintayksiköihin. Tämän lisäksi aiheesta oli saatavilla varsin vähän tutkimustietoa eikä kokemuksia ilmoitusjärjestelmän käytöstä ollut kerätty aiemmin kohdeorganisaatiossa. Fokusryhmähaastattelussa saatiin kerätty tietoa erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän käytön nykytilasta organisaatiossa ja käytön sekä käyttöönoton kehittämistarpeista.

#### 8.4 Fokusryhmähaastattelun haastateltavien valinta

Fokusryhmähaastattelujen toteutusta varten saatiin tutkimuslupa (Turku CRC) ja tutkimus toteutettiin tutkijalähtöisenä tutkimuksena. Kehittämiprojektin tutkimusvaihe käynnistyi tutkimusluvan myöntämisen jälkeen.

Tutkimusmenetelmänä kehittämiprojektissa on keskustelua edistävä teemoitettu fokusryhmähaastattelu. Keskustelua edistävien menetelmien käyttö on perusteltua, kun tutkitaan asiaa, josta tiedetään vielä vähän. Näin voidaan nostaa esiin eri tahojen näkemyksiä tutkittavasta tai kehitettävästä asiasta. (Mäntyranta & Kaila 2008; Salonen ym. 2017, 56)

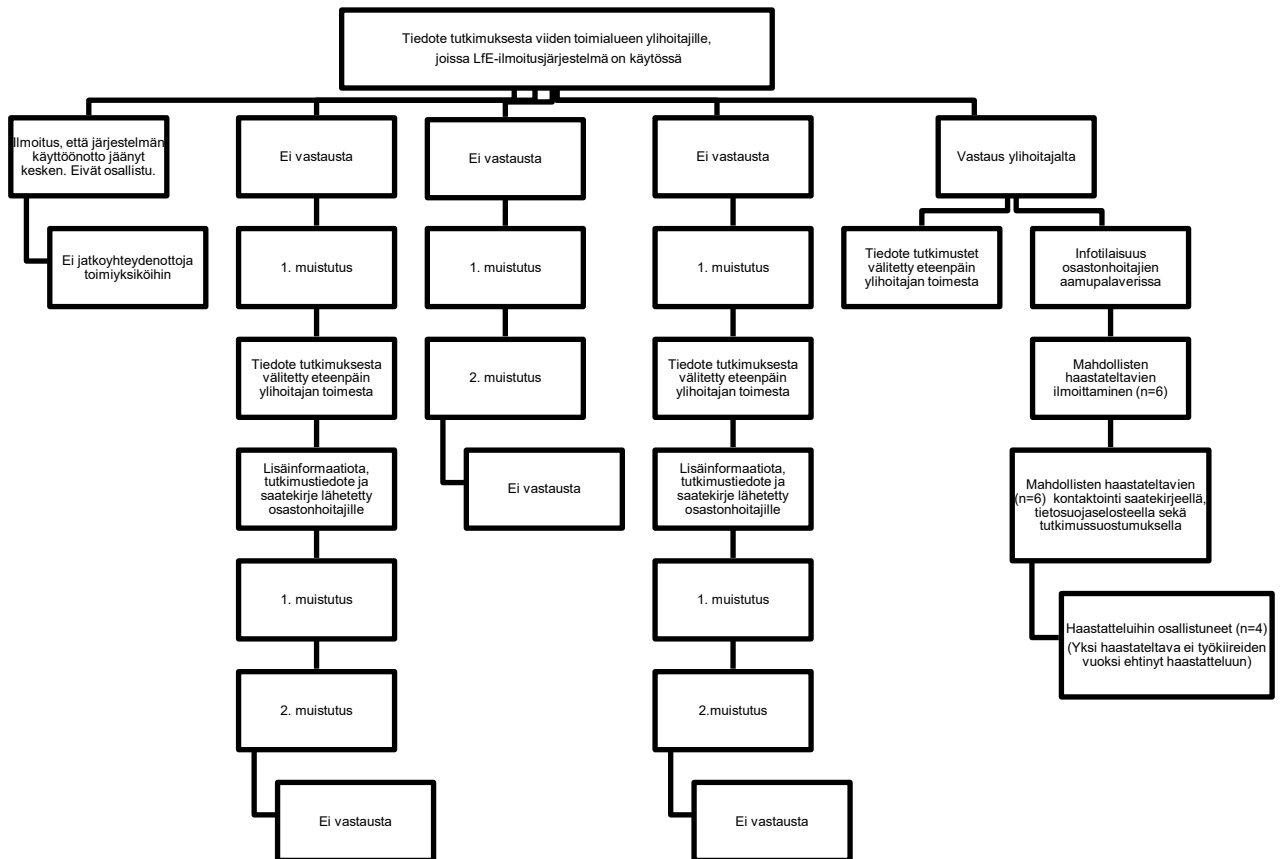
Kehittämiprojektin kirjallisuuskatsauksen pohjalta luotujen tutkimuskysymysten sekä haastattelurungon (Liite 1 ja Liite 2) rakentamiseen ja arviointiin osallistui kehittämiprojektin ohjausryhmä. Ohjausryhmä koostui kohdeorganisaation erinomaisuudesta oppimisen asiantuntijasta, työelämämentorista sekä koulun tutoropettajasta. Haastattelurunkoa ei testattu ennen varsinaista haastattelutilannetta, sillä haastattelussa haluttiin saada selville myös ilmoitusjärjestelmää koskevan käsitteellisen hallinnan nykytaso, joka kertoo mahdollisista kehittämistarpeista ilmoitusjärjestelmän käytön ja käyttöönoton osalta jatkossa. Kysymyksiä kuitenkin muokattiin ohjausryhmän kanssa yhteistyössä ja kysymyksistä pyrittiin tekemään konkreettisempia. Koska haastatteluaikaa oli vain noin tunti ja osallistujien määrää ei voitu vapaaehtoisuuden vuoksi ennustaa tarkasti etukäteen, päätettiin teemahaastattelurunko jakaa kolmeen osaan. Tällöin varmistettiin, että kaikki pääteemat ehditään käsitellä ja kaikilla on mahdollisuus vastata.

Turku CRC:n myöntämän tutkimusluvan jälkeen haastateltavien valinta tapahtui kuvion 3. mukaisesti, alkaen yhteydenotosta niiden toimialueiden ylihoitajiin, joiden hallinnoimilla toimialueilla erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmä oli käytössä.

Tutkimusentekohetkellä ilmoitusjärjestelmä oli käytössä viidellä toimialueella. Ensimmäiseen sähköpostikontaktiin (Liite 3) vastasi kaksi ylihoitajaa, joista toinen raportoi ilmoitusjärjestelmän käyttöönoton jääneen toimialueella kesken, joten he eivät tästä syystä kokeneet mielekkääksi osallistua tutkimukseen. Toisen ylihoitajan kanssa sovittiin järjestettäväksi infotilaisuus etäyhteydellä toimialueen osastonhoitajien aamupalaveriin. Infotilaisuuden jälkeen osastonhoitajat ottivat yhteyttä sähköpostitse tutkijaan, jos heidän hallinnoimistaan yksiköistä löytyi haastatteluun sopivaa henkilöstöä. Ensisijaisesti haastatteluihin toivottiin henkilöstöä, joka oli ollut mukana menetelmän käyttöönotossa yksikössä tai joka oli muutoin tutustunut ilmoitusjärjestelmään.

Tutkimukseen osallistuneen toimialueen ylihoitaja sekä toimialueen yksiköiden osastonhoitajat ilmoittivat tutkijalle sähköpostitse mahdollisten haastateltavien (n=6) yhteystiedot sekä mahdollisesti ennakolta tiedossa olevan sopivan haastatteluajakohdan. Mahdollisiin haastateltaviin (n=6) oltiin tämän jälkeen yhteydessä sähköpostitse. Heille toimitettiin saatekirje, tietosuojailmoitus, teemahaastattelurunko sekä lomake suostumuksesta tutkimukseen osallistumisesta. Mahdollisista haastateltavista (n=6) viisi vastasi ja lopulliseen haastatteluun osallistui neljä haastateltavaa. Yksi mahdollisista haastateltavista esityi osallistumasta haastatteluun työkiireiden vuoksi.

Niiden toimialueiden ylihoitajia, joilta ei saatu vastausta, lähestyttiin yhdellä tai kahdella muistutusviestillä. Muistutuksella saatiin vielä kahdelta ylihoitajalta vastaus, että tutkimustiedote on välitetty eteenpäin toimialueen yksiköiden osastonhoitajille. Näiden kahden toimialueen yksiköiden osastonhoitajia lähestyttiin sähköpostitse sekä tarkennettiin tietoja tutkimuksesta (Liite 4). Kummankaan toimialueen yksiköiden osastonhoitajat eivät kuitenkaan ottaneet yhteyttä tutkijaan kahdesta muistutusviestistä huolimatta. Lisäksi yhden toimialueen ylihoitajalta ei saatu vastausta kahdesta muistutusviestistä huolimatta.



Kuvio 3. Haastateltavien valinnan eteneminen

### 8.5 Fokusryhmähaastattelun käytännön toteutus

Kehittämiprojektiin fokusryhmähaastattelut oli tarkoitus järjestää kahdessa 4–10 hengen ryhmässä, joko kohdeorganisaation tiloissa tai tarvittaessa etäyhteydellä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja aiemmin kuvatun mukaisesti haastatteluihin osallistui neljä haastateltavaa. He edustivat organisaation yhtä toimialuetta, jossa erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmä on käytössä. Vapaaehtoisten haastateltavien pienen määrän takia, haastatteluryhmiä oli vain yksi.

Fokusryhmähaastattelu tapahtui yhteistyössä organisaation erinomaisuudesta oppimisen asiantuntijan kanssa. Asiantuntijan läsnäolo oli mielekästä, sillä hän voi tarvittaessa

rohkaista keskustelua ja vastata aiheeseen liittyviin kysymyksiin oman osaamisensa kautta. Tämä osaltaan parantaa keskustelun kulkua, jotta se pysyy paremmin aiheessa ja on todennäköisesti helpommin hahmotettavissa osallistujille (Mäntyranta & Kaila, 2008). Samalla mahdollisiin kysymyksiin on mahdollisuus saada asiantuntijalta vastaus, mikä parantaa keskustelun vuorovaikutusta.

Haastattelu järjestettiin kohdeorganisaation tiloissa, jossa paikan päällä oli kolme haastateltavaa ja yksi haastateltava osallistui haastatteluun etäyhteydellä Zoomin välityksellä. Haastattelut nauhoitettiin Zoom H2 audiotallentimella. Haastattelussa edettiin suunnitellun teemahaastattelurungon mukaisesti ja haastattelu kesti kaikkiaan hieman reilun tunnin. Kaikki teemahaastattelurungon pääkysymykset ehdittiin käsitellä haastattelun aikana. Ennen haastattelun alkua haastateltavien kanssa keskusteltiin vielä haastattelun ja kokemusten jakamisen vapaaehtoisuudesta sekä käytänteistä puheenvuoron pyytämiseksi tarvittaessa ja heille kerrottiin vapaaehtoisuuteen sisältyvästä mahdollisuudesta ohittaa kysymys, mikäli he eivät halua jakaa kokemuksiaan. Haastattelun lopussa haastateltavilta pyydettiin vielä kommentoimaan kokemustaan haastattelusta sekä siinä esitetyn termistön tunnettavuudesta.

## 8.6 Fokusryhmähaastatteluiden litterointi sekä aineiston analyysi

Litteroinnissa nauhoitettu aineisto puretaan ja avataan tekstimuodossa (Ruusuvuori & Nikander 2017, 427). Nauhoitettu aineisto purettiin ja litteroitiin kokonaisuudessaan tutkimuskysymysten vaatimalla tarkkuudella. Tällä pyrittiin varmistamaan se, ettei haastatteluaineistosta katoa mitään, eikä tutkija vaikuta aineiston litteroinnin sisältöön omilla näkemyksillään (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kaikkiaan nauhoituksesta litteroitiin 13 tekstisivua. Tämän jälkeen aineisto käsiteltiin sisällönanalyysin avulla, ryhmitellen aineistosta samakaltaisuudet sekä eroavaisuudet. Koska haastateltavien joukko oli pieni (n=4) ei analyysitaulukossa ole käytetty suoria lainauksia vaan jaottelu on aloitettu pelkistetyistä ilmaisuista. Tällä menettelyllä pyritään turvaamaan haastateltavien yksityisyyttä.

Sisällönanalyysillä aineisto kuvataan tiiviisti ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). Analyysissä aineisto ryhmitellään ja järjestellään johtopäätösten tekoa varten (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117 viitattu Grönfors 1982 sekä Grönfors & Viikka 2011). Samalla käsitellään aineistossa esille nousevat merkitykset, tarkoitukset, aikomukset, seuraukset ja yhteydet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23, viitattu Cavanagh

1997). Tutkimusaineisto kuvastaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällönanalyysi pyrkii kuvaamaan aineistoa sanallisesti sekä selkeästi. Tarkoituksina menetelmässä on informaatioarvon lisääminen, niin että aineistosta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia päätelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 119 & 122 viitattu Hämäläinen 1987, Strauss & Cobin 1990, 1998, Atkinsson ym. 2000)

Fokusryhmähaastattelun avulla kootulle aineistolle suoritettiin induktiivinen sisällönanalyysi. Aineisto pelkistettiin ensin teemahaastattelurungon mukaisiin osiin ja aineistosta ryhmiteltiin ne keskeiset vahvuudet ja kehittämiskohteet, jotka vastasivat kulloinkin käsiteltävään tutkimuskysymykseen. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmiteltiin yhtäläisyyksien ja erojen mukaan sekä niitä verrattiin aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, esimerkiksi mukaisesti (Taulukko 3). Ryhmittelyn jälkeen tulokset esitettiin tutkimuskysymysten mukaisina kokonaisuuksina jaettuna organisatorisiin ja yksilöllisiin tekijöihin. Tämän jälkeen tuloksista tehtiin johtopäätöksiä verraten aineistoa kehittämisprojektin teoreettiseen viitekehykseen.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläkategoria	Pääkategoria	Yhdistävä luokka	Kirjallisuus
Erillinen perehdytystilaisuus: innostava perehdytys menetelmän taustaan ja hyötyihin hoitotyössä	Ymmärrys menetelmästä	Motivaatiota mahdollisesti lisäävät tekijä	Yksilölliset tekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti edistävät tekijä	Henkilöstö koki tärkeänä selkeän viestinnän työkalun (RETIPS) konkreettisista mahdollisuuksista parantaa potilasturvallisuutta.(Hegde ym. 2019)
Ei perehdytystä	Ymmärrys menetelmästä	Motivaatiota mahdollisesti heikentävät tekijä	Yksilölliset tekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti heikentävät tekijä	Dieckmann ym. (2017, 9) ja McNab ym. (2016,448) totesivat, että erinomaisuudesta oppimisen käyttöönotto vaatii toimia, joiden avulla voidaan auttaa henkilöstöä näkemään erinomaisuudesta oppimisen hyödyt.

Säännöllinen viestintä yksiköiden ja toimialueiden eri viestintävälineissä	Viestintä ja kommunikaatio	Johdonmukaisuus	Organisaatiotekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti edistävät tekijät	Henkilöstö koki tärkeänä selkeän viestinnän siitä, miten työkalun (RE-TIPS) avulla voidaan parantaa turvallisuutta. (Hegde ym. 2019)
Epäsäännöllinen viestintä / ei viestintää	Viestintä ja kommunikaatio	Epäjohdonmukaisuus	Organisaatiotekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti heikentävät tekijät	
Lomakkeen näkyvä ja helppo sijainti sekä käytettävyyttä	Ilmoitusjärjestelmä	Motivaatiota mahdollisesti lisäävät tekijät	Organisaatiotekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti edistävät tekijät	Työkalun käytössä tärkeäksi koettiin, että se on nopea täyttää. (Hegde ym. 2019)
Lomakkeen hankala sijainti sekä runsas ajankäyttö ilmoittamiseen	Ilmoitusjärjestelmä	Motivaatiota mahdollisesti heikentävät tekijät	Organisaatiotekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti heikentävät tekijät	Ilmoituslomakkeen käytön esteenä koettiin usein aika, resurssi tai vakiintunut ajatus, ettei ilmoittaminen johda toimenpiteisiin. (Arfanis & Smith 2011, 1144)
Mahdollinen tiimityön käyttö menetelmän implementoinnissa ja käytössä yksiköissä	Kehittämistyö	Vastuun jakaminen	Organisaatiotekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti edistävät tekijät	Työilmapiiri tuki tiimityötä. Samalla se mahdollisti kysymisen epävarmoissa tilanteissa, eikä henkilöstö kuormitu liikaa tehdessään päätöksiä ja kantaessaan vastuuta. (Merandi ym. 2018)
Yhden henkilön vastuuttaminen menetelmän implementoinnissa ja käytöstä yksikössä	Kehittämistyö	Vastuun yksilöityminen	Organisaatiotekijät	Käyttöönottoa mahdollisesti heikentävät tekijät	

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä ilmoitusjärjestelmän käyttöönotossa



## 8.7 Fokusryhmähaastattelun tulokset

Analysoidusta aineistosta luotiin induktiivisen päättelyn avulla yleistyksiä koskien kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta sekä potilasturvallisuuskulttuurista yleisesti. Haastatteluun osallistui neljä haastateltavaa, joista jokainen sai kertoa avoimesti kokemuksistaan erinomaisuudesta oppimisesta sekä potilasturvallisuuskulttuurista. Haastattelutulokset on esitetty tutkimuskysymysten mukaan jaoteltuina.

### 8.7.1 Kokemuksia perehdytyksestä erinomaisuudesta oppimisen menetelmään ja ilmoitusjärjestelmään

Fokusryhmähaastatteluun osallistuneet kokivat perehdytyksen ilmoitusjärjestelmään sekä menetelmään pääsääntöisesti motivoivaksi ja innostavaksi. Keskeinen motivaatiotekijä oli ymmärryksen lisääntyminen menetelmän taustoista sekä konkreettiset esimerkit siitä, miten menetelmällä voidaan kehittää hoitotyötä. Kokemusten mukaan perehdytyksen motivoivuus ja innostavuus saattavat myös vaikuttaa positiivisesti ilmoitusmääriin, madaltaen kynnystä ilmoituksen tekemiseen.

Perehdytyksen sekä käyttöönoton osalta tärkeiksi motivoiviksi ja mahdollisesti ilmoitusmääriä tukevaksi tekijäksi koettiin ilmoituslomakkeen helppo ja nopea käytettävyys. Tällä hetkellä erityisesti lomakkeen sijainti sekä ilmoittamiseen käytettävä aika koettiin ilmoitusjärjestelmän kehittämiskohteiksi. Ilmoitus saattoi jäädä kokonaan tekemättä, jos ilmoituslomakkeen löytämiseen kului liikaa aikaa.

Perehdytyksen ja sitä seuranneen käyttöönoton osalta esiin nousivat johdonmukainen ja säännöllinen viestintä sekä tarvittaessa tiimityö. Kokemusten mukaan yksittäisen vastuhenkilön voi olla haastavaa viedä/tukea toimintaa eteenpäin yksikössä tai toimialueella. Kokemusten mukaan myös laajempi ilmoitusten käsittelijäryhmä voisi tukea viestintää sekä menetelmän käyttöönottoa toimintayksiköissä.

Kokemusten mukaan säännöllinen ja johdonmukainen viestintä menetelmästä sekä ilmoitusjärjestelmän olemassaolosta, myös perehdytyksen jälkeen, voisivat tukea ilmoitusmäärien nousua sekä parantaa viestintää niin, että koko henkilöstö olisi tietoinen ilmoitusjärjestelmästä sekä menetelmästä, eikä ilmoitusjärjestelmä pääsisi unohtumaan.

Perehdytystä ja käyttöönottoa koskevat tekijät voitiin jakaa sekä organisatorisiin että yksilöllisiin tekijöihin, jotka on esitetty taulukkomuodossa alla.

Organisatoriset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raportointijärjestelmän sijainti</li> <li>- Raportointijärjestelmän käytettävyys</li> <li>- Viestintä</li> <li>- Viestintäkanavat</li> <li>- Johdonmukaisuus</li> <li>- Tiimityö</li> </ul>
Yksilölliset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivaatio</li> <li>- Ymmärrys menetelmän taustoista</li> </ul>

Taulukko 3. Kokemusten mukaan perehdytykseen ja käyttöönottoon vaikuttavat organisatoriset sekä yksilölliset tekijät

Keskeisiksi organisatorisiksi tekijöiksi nousivat raportointijärjestelmän sijaintiin sekä sen käyttöön liittyvät tekijät. Lisäksi kokemuksissa painottui jatkuva, vaikuttava sekä johdonmukainen viestintä, jossa käytetään eri viestintävälineitä sekä -foorumeita, kuten osastokokoukset, teema- ja koulutuspäivät sekä ilmoitustaulut ja erilaiset sähköiset viestimet. Menetelmän laajempaa eteenpäin viemistä ja implementointia yksiköissä voitaisiin tarvittaessa tukea tiimityöskentelyllä.

Yksilöllisissä tekijöissä motivaation herättäminen ja ymmärrys menetelmän taustoista sekä konkreettisista hyödyistä koettiin tärkeiksi perehdytyksen osa-alueiksi. Kokemusten mukaan motivoiva perehdytys osaltaan tuki menetelmän sekä ilmoitusjärjestelmän käyttöönottoa yksiköissä ja laski kynnystä ilmoituksen tekoon.

### 8.7.2 Kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria

Kokemukset erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria olivat vaihtelevia. Keskeiseksi nousi kokemus potilasturvallisuuskulttuurin painottumisesta ohjeistuksiin sekä haittatapahtumista oppimiseen. Erinomaisuudesta oppimiseen, yhtenä potilasturvallisuuden kehittämistyökaluna, suhtauduttiin haastattelussa hyvin positiivisesti. Haastattelussa nousi esiin, että ainakin joissakin yksiköissä oli tunnistettu proaktiivisia ominaisuuksia ja Safety 2 -menetelmän läsnäoloa luonnollisena osana potilasturvallisuuskulttuuria. Haastattelussa kuvattiin proaktiivista, ennakoivaa toimintaa, jossa sen sijaan, että odotetaan riskin ilmenevän, toimitaan aktiivisesti sekä aloitteellisesti arjen toiminnoissa potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Haastattelussa nousi esiin myös erinomaisuudesta oppimiselle tyypillisiä resilienssin piirteitä hoitotyössä, kuten toimiminen parhaalla mahdollisella tavalla potilaan hyväksi sillä tiedolla, joka toimintahetkellä on saatavilla. Lisäksi kuvailtiin, että uusia sekä yllättäviä tilanteita tulee aina. Potilaiden tilanteet ja hoidontarve olivat vaihtelevia, jolloin erityisesti ”hiljainen tieto” sekä tiimityö koettiin tärkeiksi.

Potilasturvallisuuskulttuuri koettiin yleisesti hyvin avoimeksi, positiiviseksi ja kyselykulttuuri kuvattiin osana sitä. Kokemukset avoimesta kyselykulttuurista vahvistivat käsitystä positiivisesta ja psykologisesti turvallisesta potilasturvallisuuskulttuurista. Tämän pohjalta kokemuksista ei ollut havaittavissa pelkoa tai häpeän tunnetta. Tämän kaltainen potilasturvallisuuskulttuuri luo osaltaan mahdollisuuden Safety 2 -kulttuurin kehitykselle toimintayksiköissä.

Kokemusten mukaan tiimityö oli olennainen osa potilasturvallisuuskulttuuria ja erinomaisuudesta oppimisen käyttökohteeksi koettiin erityisesti eri toimintayksiköiden välinen kommunikointi, jossa palautetta ei voi antaa suoraan kasvokkain. Kokemusten mukaan raportointijärjestelmällä voisi olla mahdollista parantaa eri toimialueiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tiimityöllä kyettiin myös välittämään niin sanottua ”hiljaista tietoa” ja haastateltavat kokivat henkilöstön täydentävän toinen toistensa osaamista.

Haastatteluun osallistujat olivat kokeneet erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusten tekemisen, käsittelyn sekä viestin välityksen mukavaksi ja ihanaksi kokemukseksi. Sen koettiin voivan parantaa erityisesti tiedonkulkua ja yhteistyötä eri toimiyksiköiden ja -alueiden välillä.

Kokemukset erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria voitiin myös jakaa sekä organisatorisiin että yksilöllisiin tekijöihin. Nämä tekijät on lueteltu taulukossa alla.

Organisatoriset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisaation ja yksikön potilasturvallisuuskulttuurin menetelmien painotukset</li> <li>- Positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri</li> <li>- Kyselykulttuuri</li> <li>- Tiimityön mahdollistaminen</li> <li>- Viestintä</li> <li>- Johdonmukaisuus</li> </ul>
Yksilölliset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiivisiin asioihin huomion kiinnittäminen</li> <li>- Resilienssi</li> <li>- Hyvänolontunne</li> </ul>

Taulukko 4. Kokemuksia erinomaisuudesta oppiminen osana potilasturvallisuuskulttuuria jaettuna organisatorisiin sekä yksilöllisiin tekijöihin

Organisatorisissa tekijöissä keskeinen tekijä potilasturvallisuuskulttuurin ja siinä ilmenevän erinomaisuudesta oppimisen osalta oli kulttuurin painottuminen poikkeamista oppimiseen. Kaikissa toimintayksiköissä reagoitiin kokemusten mukaan hyvin ja nopeasti havaittuihin uhkiin. Poikkeamailmoitukset käsiteltiin nopeasti ja toimintatapoja muutettiin tarvittaessa. Erinomaisuudesta oppiminen ja Safety 2 -menetelmän osa-alueita tuli kuitenkin haastattelussa aiemmin kuvatusti esiin. Myös kokemus positiivisesta potilasturvallisuuskulttuuriajattelusta korostui vahvana.

Yksilöllisissä tekijöissä koettiin, että ilmoitusjärjestelmä ja menetelmä voisi toimia ajatella laajentavana kokemuksena, kun asiat esitetään eri tavalla kuin aiemmin. Kokemusten mukaan hyvänolontunne liittyi raportoinnin kaikkiin vaiheisiin eri toimijoilla. Kyvykyys adaptiiviseen sekä proaktiiviseen toimintaan nousi vastauksissa esiin luontevana

sekä ilmeisenä osana hoitotyötä, mikä kertoo erinomaisen työn elementtien olevan osa jokapäiväistä hoitotyötä.

### 8.7.3 Kokemuksia positiiviseen potilasturvallisuuskulttuuriin sitoutumisesta

Kokemusten mukaan potilasturvallisuuskulttuuri oli hyvin positiivinen ja avoin kuten aiemmassa kappaleessa kuvattiin. Sitoutumisen osalta edistäväksi tekijäksi koettiin koko henkilöstön ja johdon sitoutuminen potilasturvallisuuden edistämiseen. Myös erilaiset toimialueiden potilasturvallisuuskokoukset sekä koko toimialuetta koskevat kehittämistyöt edistivät positiivista kokemusta potilasturvallisuudesta. Samalla tapahtui myös tiedon siirtoa eri yksiköiden välillä, kun yhden yksikön kokemuksesta tehtiin mahdollisesti koko toimialuetta koskevia muutoksia toimintatapoihin.

Ilmoitusjärjestelmän käyttöön sitoutumisen haasteena koettiin ilmoitusjärjestelmän hankala sijainti, mutta itse lomake oli kokemusten mukaan helppo täyttää. Tähän liittyen haastattelussa keskusteltiin sitoutumista mahdollisesti tukevista toimintatavoista yksiköissä, joita voisivat olla konkreettisesti näkyvät teot, kuten käsittelemällä ilmoituksia ja menetelmää säännöllisesti toimintayksiköissä, parantamalla lomakkeen sijaintia sekä käytettävyyttä entisestään sekä esimerkiksi varaamalla koneita erikseen potilasturvallisuusilmoitusten täyttöä varten.

Kiire ja sen osallisuus sitoutumiseen nousi myös esiin. Koska lomake oli hankala löytää ja sen täyttö vei aikaa, aiheutti tämä osaltaan painetta ilmoittamatta jättämiseen. Työn kiireisyys kuvastui myös siinä, että kokemusten mukaan ilmoitus tulisi tehdä heti tai sen tekemisen kynnyksen mahdollisesti nousee.

Sitoutumisen osalta edistäviksi osa-alueiksi koettiin ymmärrys ilmoitusjärjestelmän konkreettisista hyödyistä. Tähän osaltaan vaikuttivat perehdytys, vaikuttava viestintä ilmoitusjärjestelmästä sekä mahdollisuus viedä asioita eteenpäin porukalla, ei vain yhden ihmisen voimin.

Sitoutumisen osalta tekijät jaettiin organisatorisiin sekä yksilöllisiin tekijöihin taulukon 5 (s.55) mukaisesti.

Organisatoriset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lomakkeen sijainti ja käytettävyys</li> <li>- Johdon sitoutuminen / jaettu vastuu</li> <li>- Positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri</li> <li>- Konkreettiset toimet potilasturvallisuuden näkymiseksi entistä vahvemmin</li> <li>- Laajemmat kehittämistyöt kuin vain oma yksikkö / opitaan muilta yksiköiltä</li> <li>- Tiimityö ja siinä jaettu vastuu</li> </ul>
Yksilölliset tekijät	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ymmärrys ilmoitusjärjestelmän sekä menetelmän taustasta ja sen mahdollisuuksien näkeminen/tunnistaminen kehittämistyökaluna</li> <li>- Kiire, jolloin ilmoituksen tekemisen kynnys nousee</li> </ul>

Taulukko 5. Kokemusten mukaan positiiviseen potilasturvallisuuskulttuuriin sitoutumiseen vaikuttavat organisatoriset sekä yksilölliset tekijät

Organisatoristen tekijöiden osalta positiiviseen potilasturvallisuuskulttuuriin sitoutti kokemusten mukaan johtajien ja henkilöstön yhteinen sitoutuminen potilasturvallisuuden edistämiseen. Lisäksi sitoutumisen vaikutti yksiköiden avoin ja positiiviseksi koettu potilasturvallisuuskulttuuri. Merkitykselliseksi koettiin myös oppiminen toisten yksiköiden toiminnasta, jolloin erilaiset kokoukset sekä kehittämistoimet koko toimialueella koettiin positiivista potilasturvallisuuskulttuuria edistäviksi. Tiimityö ja sitä kautta vastuun jakaminen yleisesti nostettiin esiin, kun uusia menetelmiä tuodaan käytäntöön. Sitoutumista lisäävänä tekijänä koettiin myös potilasturvallisuuden selkeä näkyminen yksikön päivittäisessä toiminnassa sekä potilasturvallisuuden säännöllisen käsittelyn esim. osastokokouksissa.

Yksilöllisissä sitoutumiseen vaikuttavissa tekijöissä kokemukset painoutuivat ymmärrykseen ilmoitusjärjestelmän konkreettisista hyödyistä. Lisäksi kokemusten mukaan kiire nosti kynnystä tehdä ilmoituksia.

#### 8.7.4 Kokemuksia erinomaisuudesta oppimisen raportointijärjestelmän vaikutuksista hoitotyön käytänteisiin

Haastattelussa esiin nousseiden kokemusten mukaan raportointijärjestelmän vaikutuksia oli havaittu vain hieman tai ei ollenkaan. Laajoja organisaatiotason vaikutuksia ei ollut kokenut kukaan. Toimintayksikötasolla haastatteluun osallistuneet eivät olleet varmoja olivatko heidän havaitsemansa muutokset kytköksissä erinomaisuudesta oppimisen raportointijärjestelmän kautta tehtyihin ilmoituksiin. Niiden kuitenkin toivottiin olleen ainakin osatekijöinä vaikuttamassa havaittuihin muutoksiin. Mikäli ilmoituksilla oli vaikutusta päätöksiin/muutoksiin yksikön toiminnassa koskivat muutokset yksittäisiä toimintoja kuten osaavan henkilöstön perehdytystä sekä kommunikaatiota ja viestintää.

Keskeisenä kokemuksissa nousi se, että ilmoitusmäärät yksiköissä ovat olleet tois-  
laiseksi vähäisiä, minkä vuoksi laajoja kehittämissuhteita tai -toimia ei niiden kautta ole pystytty toteuttamaan. Kokemusten mukaan ilmoitusmäärin tulisi nousta, jotta raportoinnista voitaisiin tehdä yhteenvetoja ja hakea yhtäläisyyksiä, jotka tukisivat uusien toimintamallien kehittämistä.

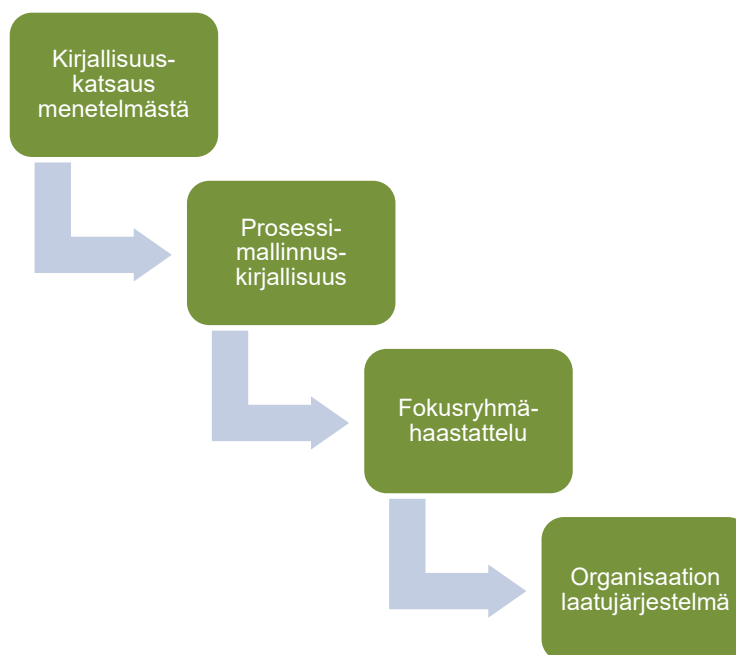
## 9 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Kehittämiprojektin kehittämismenetelmä on esittävä ja sen tuotoksena on prosessimallinnus graafisesti. Prosessimallinnuksessa saadaan näkyviin koko prosessi kokonaisuudessaan kaikkien sen toimijoiden osalta (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 44). Prosessimallinnuksen tarkoitus on yksinkertaistaa ja havainnollistaa jokin todellisen maailman ilmiön graafisesti. Siinä kuvataan tehtävien järjestys, kulku ja niiden keskinäiset riippuvuudet. Mallintamisen tarkoituksena on muun muassa lisätä ymmärrystä kuvattavasta prosessista, kehittämis- ja parannustarpeiden löytäminen, toiminnan yhdenmukaistaminen ja toiminnan seuranta. (Laamanen 2005, 76; Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 23)

### 9.1 Prosessimallinnuksen luominen

Kehittämiprojektin kehittämismenetelmä on esittävä ja sen tuotoksena on Webropol®-pohjaisen erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimallinnus graafisesti. Prosessimallinnuksen luomista tuettiin kuvion 4. mukaisesti, niin kirjallisuuskatsauksen sekä prosessimallinnuskirjallisuuden kuin fokusryhmähaastattelun avulla sekä hyödyntäen kohdeorganisaation laatuja järjestelmän prosessimallinnuksen rakennetta.





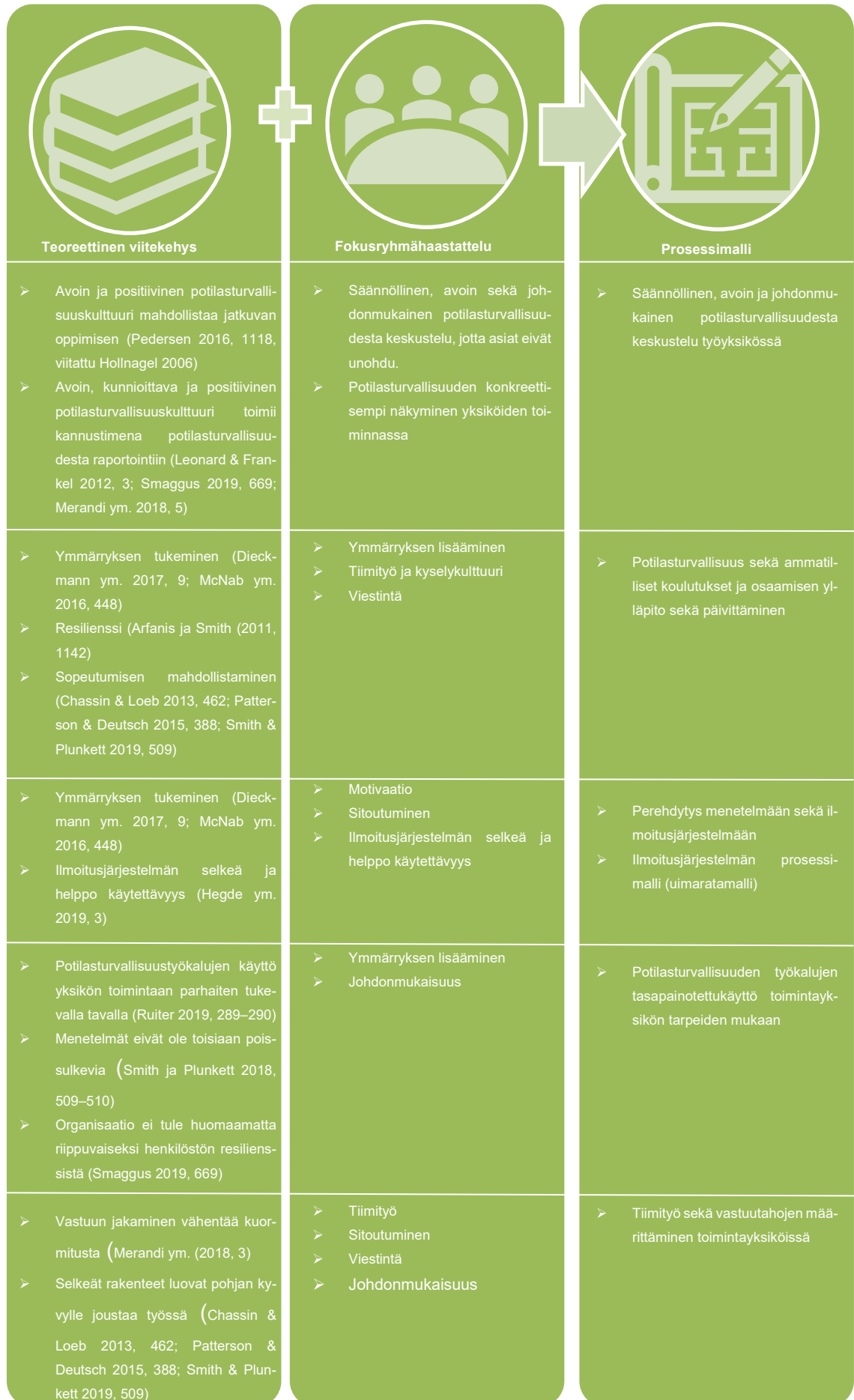
Kuvio 4. Prosessimallinnuksen luomista tukevat osatekijät

Prosessin ja työn kulun kuvaustapoja on useita (Luukkonen ym. 2012, 53) Tässä kehittämissuorjektissa käytetään kohdeorganisaatiossa osana laadunhallinta olevaa uimaramallinnusta. Tätä puoltaa myös Leppänen (2000,11) joka toteaa, että mallinnuksessa on hyvä käyttää organisaatiossa jo olevia kehittämismuoksuksia ja -työvälineitä.

#### 9.1.1 Tutkimus, kirjallisuus sekä haastattelut osana prosessimallinnuksen luomista

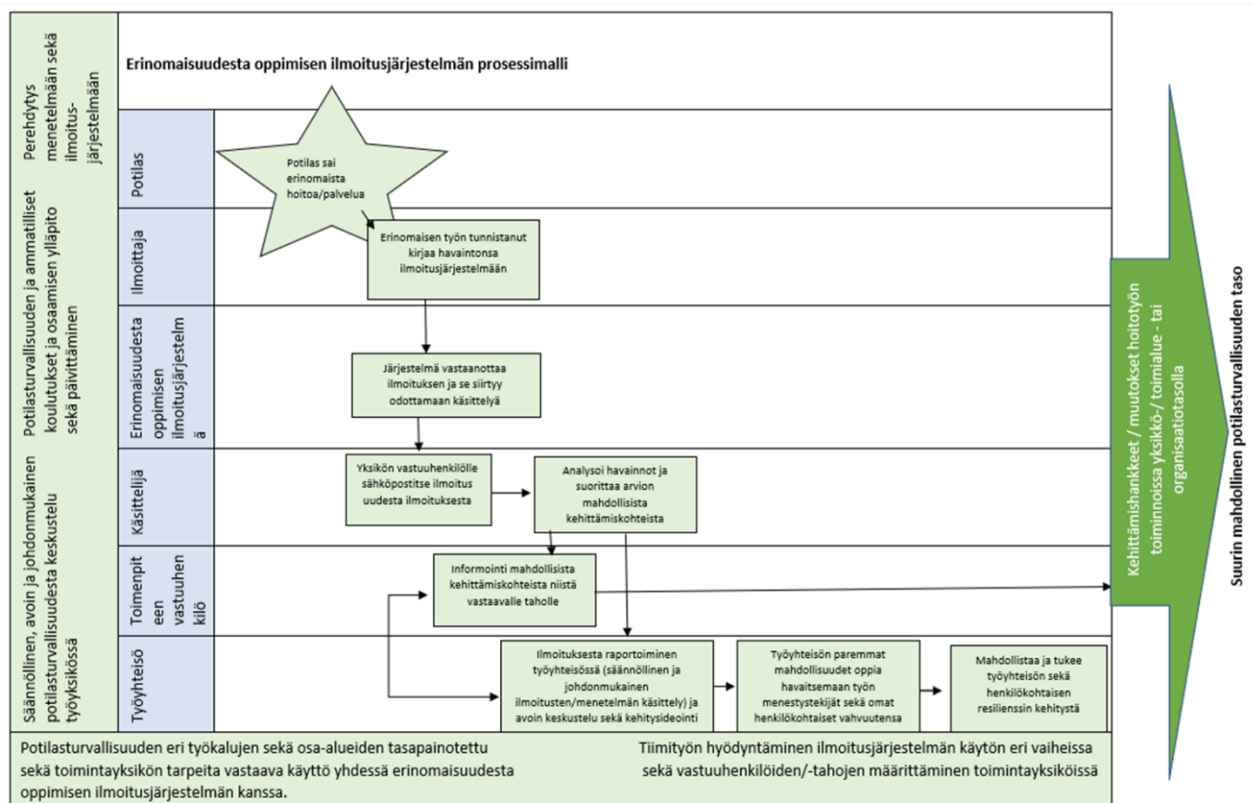
Tutkimuksen ja kirjallisuuden osalta eriomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimallinnuksen keskeisiksi osiksi nousi henkilöstön tukeminen ja ymmärryksen lisääminen menetelmän sekä ilmoitusjärjestelmän konkreettisista hyödyistä. (Dieckmann ym. 2017, 9; McNab ym. 2016, 448) Samalla esiin nousi ilmoitusjärjestelmän helppokäyttöisyys, johdon sitoutuminen potilasturvallisuuteen, säännöllinen ja johdonmukainen potilasturvallisuusasioiden käsittely sekä tiimityö menetelmän käytössä sekä sen implementoinnissa. (Hegde ym. 2019; Merandi ym. 2019) Lisäksi selkeiden rakenteiden ja ohjauksen todettiin toimivan mahdollistajana Safety 2 -kulttuurin ja erinomaisuudesta oppimisen kehittymisessä työyksiköissä. (Braithwaite ym. 2015, 419; Clay-Williams & Braithwaite 2019, 136; Merandi ym. 2018, 6)

Kehittämisprojektin tutkimuksellisessa osuudessa toteutetun fokusryhmähaastattelun haastatteluteemojen osalta tulokset tukevat aikaisempia tutkimustuloksia erinomaisuudesta oppimisesta sekä potilasturvallisuuskulttuurista yleisesti. Näiden aineistojen pohjalta synteessin ja projektipäällikön asiantuntemukseen perustuen luotiin ilmoitusjärjestelmän prosessimallinnus. Kokemusten ja kirjallisuuden mukaan ilmoitusmääriin sekä ilmoitusjärjestelmän käyttöön vaikuttivat monet muutkin tekijät kuin itse lomakkeen täytön sekä sen käsittelyn osaaminen. Nämä tekijät on huomioitu esitettyssä prosessimallinnuksessa ja niiden vaikutus prosessimallin luomiseen on esitetty sivulla 61, kuviossa 5.



Kuvio 5. Prosessimallinnuksen rakentuminen synteessin avulla (s,61)

Prosessimallinnuksen malliversio (Kuvio 6) on esitetty alla. Prosessimalli on myös esitetty todellisessa koossa (Liite 5). Prosessimalli toteutettiin kohdeorganisaation laatujärjestelmään kuuluvan uimaratamallin mukaisesti. Yhdenmukaisuus muihin kohdeorganisaation laadunhallinnassa käytettyihin prosessikuvauksiin voi helpottaa sekä selkeyttää prosessimallin mahdollista käyttöä toimintayksiköissä. Kehittämiprojektissa kerätyn tiedon pohjalta sekä projektipäällikölle kehittyneen ymmärryksen ja asiantuntijuuden kautta luotiin erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimalli.



Kuvio 6. Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimalli

Prosessimallin avulla voidaan tarkastella järjestelmällisesti koko prosessia sekä luoda yhteinen kieli eri toimijoiden välille. Mallintamisella pystytään myös lisäämään työn sujuvuutta ja ymmärrystä, miten toiminnan eri osa-alueet ovat kytköksissä toisiinsa ja mitkä tekijät vaikuttavat toiminnan taustalla. (Jokela 2019, 61; Leppänen 2000,7) Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimallissa toiminnan taustalla vaikuttavat tekijät, jotka voivat lisätä ymmärrystä ilmoitusjärjestelmästä potilasturvallisuuden kehittämistyökaluna, on esitetty uimaratamallin reunoilla.

## 10 TUOTOKSET

Kehittämiprojektin tuotoksena oli uimaratamallinnus erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä ja kirjallisuuskatsaus erinomaisuudesta oppimisen sekä Safety 2 -menetelmän teoreettisesta taustasta hoitotyössä. Kirjallisuuskatsaus on esitetty kokonaisuudessaan kappaleissa 4–6 ja prosessimallinnus kappaleessa 9. Kohdeorganisaatio saa nämä tuotokset käyttöönsä ja voi hyödyntää niitä tarpeidensa mukaisesti.

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria sekä laadunhallintaa. Kehittämiprojektissa toteutettiin fokusryhmähaastattelu, jonka tulokset olivat suurelta osin yhteneväiset kirjallisuuskatsauksessa esitettyjen tutkimustulosten kanssa. Fokusryhmähaastattelun tulokset on esitetty kokonaisuudessaan kappaleessa 8.7. Ymmärrystä Safety 2 -menetelmästä sekä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä lisättiin myös prosessimallinnuksella, joka oli toteutettu organisaation laadunhallinnassa käytössä olevan uimaratamallin mukaisesti. Mallissa huomioitiin erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän taustalla vaikuttavia tekijöitä, jotka voivat lisätä ymmärrystä ilmoitusjärjestelmän käytöstä sekä sen auttavat hahmottamaan ilmoitusjärjestelmän yhtenä potilasturvallisuuden työkaluna tasapainotetusti muiden potilasturvallisuuden työkalujen ja toimintamuotojen kanssa.

Kirjallisuuskatsauksessa keskeiseksi nousi ymmärrys Safety 2 -menetelmästä sekä erilaisten potilasturvallisuuden työkalujen sekä menetelmien yhteiskäyttö kunkin toimintayksikön tarpeita vastaavasti. Erinomaisuudesta oppimisen osalta voidaan todeta sen olevan mielekäs lisä potilasturvallisuuden hahmottamisessa, sillä sen elementit ovat jatkuva osa hoitotyötä. Näin ollen hoitotyöhön ei tarvitse varsinaisesti tuoda mitään lisää, vaan keskittyä huomioimaan myös niitä työn osa-alueita, jotka auttavat meitä onnistumaan jokapäiväisessä työssämme.

Prosessimallinnuksen voidaan ajatella tukevan ymmärryksen lisääntymistä Safety 2 -menetelmästä sekä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän käytöstä ja vaikutuksista työyksiköihin. Se tuo näkyviin osan niistä potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista, jotka tukevat ilmoitusjärjestelmän käyttöä. Näitä osa-alueita ovat: Avoin sekä säännöllinen ja johdonmukainen potilasturvallisuudesta keskustelu toimintayksiköissä, säännöllinen ammatillinen sekä potilasturvallisuuden koulutus, perehdytys menetelmän taustoihin sekä itse ilmoitusjärjestelmään, toimintayksikön potilasturvallisuuden tarpeiden

mukainen potilasturvallisuustyökalujen sekä tiimityön käyttö ja vastuiden määrittäminen toimintayksiköissä.

Prosessimallinnus tuo näkyväksi eri toimijoiden väliset suhteet ilmoitusjärjestelmän käytössä sekä antaa pelkistetyt toimintaohjeet ilmoituksen käsittelyssä sekä siitä raportoinnista toimintayksikössä. Prosessimallinnuksessa tuodaan esiin myös ilmoitusjärjestelmän sekä ilmoitusten raportoinnin vaikutuksia toimintayksikköön sekä kehittämistoimintaan. Tämä auttaa hahmottamaan ilmoitusjärjestelmän potilasturvallisuuden edistämisen työkaluna.

## 11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisesta osana potilasturvallisuuskulttuuria sekä laadunhallintaa. Tätä ymmärrystä lisättiin kehittämiprojektissa kirjallisuuskatsauksella, fokusryhmähaastattelulla sekä prosessimallin luomisella.

### 11.1 Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän perehdytys sekä käyttöönotto

Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän perehdytyksen ja käyttöönoton osalta voidaan päätellä innostavan sekä motivoivan perehdytyksen, jossa kerrotaan menetelmän taustoista sekä sen konkreettisista kehittämismahdollisuuksista kehittämistyökäluna, antavan hyvän pohjan ilmoitusjärjestelmän käyttöönotolle. Samalla motivoiva sekä innostava perehdytys nostaa ilmoitusmääriä sekä sitouttaa henkilöstöä ilmoitusjärjestelmän käyttöön. Kokemukset ovat samansuuntaisia kuin Hegde ym. (2019) tutkimuksessaan esittivät. Henkilöstö koki tärkeänä selkeän viestinnän RETIPS- työkalun konkreettisista vaikutuksista potilasturvallisuuteen.

Perehdytykseen sekä ilmoitusjärjestelmän käyttöönottoon tulee kiinnittää huomiota erityisesti siitä syystä, että potilasturvallisuutta on totuttu käsittelemään usein vaaratapah- tumien kautta ja uuden lähestymistavan opettelu sekä sisäistäminen voi viedä aikaa. Tästä syystä ilmoitusjärjestelmän olemassaolo sekä käyttö on hyvä nostaa säännöllisesti esille, jotta menetelmä juurtuisi käyttöön. (Dieckmann ym. 2017, 9; McNab ym. 2016, 448) Haastatteluiden perusteella voitiin päätellä, että perehtyneisyys menetelmään ja sen vaikutuksiin edisti ilmoitusjärjestelmän käyttöä. Pelkkä ilmoitusjärjestelmän käytön perehdytys ei välttämättä edistänyt ilmoitusjärjestelmän käyttöä yhtä tehokkaasti.

Säännöllinen sekä johdonmukainen potilasturvallisuuden esiin nostaminen eri viestintä- välineissä sekä esimerkiksi säännöllisesti osastokokouksissa parantaa sitoutumista il- moitusjärjestelmän käyttöön. Tiimityön käyttö tarvittaessa menetelmän implementoin- nissa sekä raporttien käsittelyssä tukee menetelmän juurtumista osaksi potilasturvalli- suuskulttuuria. Samalla selkeiden raportointikäytänteiden sekä vastuiden jakaminen sel- keyttää ja edistää menetelmän käyttöä. Aiemmissa tutkimuksissa Merandi ym. (2018)

totesi tiimityön vähentävän henkilöstön kuormitusta, kun vastuuta ei tarvitse kantaa yksin ja päätöksiä tehdä yksin.

Tawfik ym. (2018, 3) viittaavat Salas ym. (2009 ja 2013), jotka mainitsevat hyvän tiimityön vaativan positiivista vahvistamista ja hyvän työn huomiointia. Smaggus (2019, 669) totesi, että ymmärtäessämme paremmin jokapäiväisen työn vahvuuksia, tukiessamme ja parantaessamme jokapäiväisen työn sujuvuutta sekä luodessamme paremman ja suuremman todennäköisyyden onnistumiseen, olemme lähempänä positiivista ajatusta potilasturvallisuudesta.

Ilmoitusjärjestelmän käyttöönottoa sekä käyttöä kokemusten mukaan tukee sen helppo sijainti eli löydettävyyys tietojärjestelmästä sekä sen helppo ja nopea käytettävyys. Aikaisempi tutkimustulos RETIPS-työkalusta oli saman suuntainen. Hegde ym. (2019) totesivat, että RETIPS-ilmoitustyökalun käytössä tärkeäksi koettiin sen nopea sekä helppo käytettävyys. Tähän tuleekin kiinnittää erityistä huomiota ilmoitusjärjestelmää kehitettäessä.

## 11.2 Erinomaisuudesta oppiminen osana potilasturvallisuuskulttuuria

Keskeiseksi potilasturvallisuuden edistämiseksi nousee kunkin toimintayksikön tarpeet ja niihin sopivien työkalujen käyttö tasapainotetusti. Avoin, osallistava ja positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri luo paremman mahdollisuuden Safety 2 -menetelmän osa-alueiden, kuten ennakoivan toiminnan, ilmentymiseen luonnollisena osana potilasturvallisuuskulttuuria. Tällaisena luonnollisena ilmentymisenä voidaan pitää esimerkiksi haastattelussa kuvattua henkilöstön kyvykkyyttä paikata viestinnän tai järjestelmien puutteita sekä ”hiljaisen tiedon” siirtyminen työskennellessä ammattilaiselta toiselle, jotta hoitotyö toteutuu onnistuneesti.

Hoitotyössä esiintyy luontaisena osana paljon adaptaatiota ja henkilöstön resilienssi toimii usein keskeisessä osassa onnistunutta työskentelyä. Henkilöstön kyvykkyys huomioida omaa sekä kollegoiden adaptaatiota, resilienssiä ja sen laukaisevia tekijöitä voisi lisätä organisaation kyvykkyyttä havaita mahdollisia kehittämiskohteita sekä edistää potilasturvallisuutta. Näin organisaatiosta ei tule huomaamatta liian riippuvaista henkilöstön resilienssiä ja kyvykkyystä paikata erilaisia puutteita. (Cook 1998, 3–4; Smaggus 2019, 669) Smith & Plunkett (2019) viittaavat Hollnagel (2014, 134), joka kuvasi resilienssin juuri tällä tavalla eli kyvykkyytensä yhtäläiseen menestykseen ennalta odotetuissa ja



odottamattomissa tilanteissa niin, että voidaan tuottaa paras mahdollinen määrä tarkoituksen mukaisia ja hyväksyttäviä tuloksia. Safety 2 -menetelmässä ihminen nähdään mahdollistajana, joka sopeutuu joustavasti vaihteleviin tilanteisiin (Ruiter 2019, 289).

Erinomaisuudesta oppiminen sekä positiivinen potilasturvallisuuskulttuuri voisivat mahdollisesti saada sijaa potilasturvallisuuskulttuurissa, kun ymmärrys menetelmän taustoista olisi laajempi. Voidaan myös ajatella avoimemman, osallistavamman ja säännöllisen potilasturvallisuuden käsittelyn yksiköissä tukevan erinomaisuudesta oppimisen ilmentymistä osana potilasturvallisuuskulttuuria. Tällöin henkilöstö kykenee paremmin hahmottamaan esimerkiksi hoitotyön toimintojen kehittämisen taustalla vaikuttavat osatekijät.

Aikaisemmissa tutkimuksissa Merandi ym. (2018, 6) havaitsivat, että nykyinen vahva Safety 1 -menetelmään pohjautuva potilasturvallisuuskulttuuri tukee Safety 2 -turvallisuuskulttuurin kehittymistä toimintayksiköissä. Lisäksi hyvä ja tarkoituksenmukainen toiminnanohjaus, standardointi ja säätely luo työlle rutiinit, jotka mahdollistavat huomion kiinnittämisen työn vaihtelevuuteen sekä siihen vastaamiseen (Smith & Plunkett 2019, 509). Merandi ym. (2018) totesivat että, henkilöstö koki tärkeänä työn pohjautumisen ohjeistuksille ja laatusuosituksille. Tämä mahdollisti kyvykkyyttä reagoida uusissa ja odottamattomissa tilanteissa.

### 11.3 Sitoutuminen positiivisen potilasturvallisuuskulttuuriin

Fokusryhmähaastattelussa potilasturvallisuuskulttuuri koettiin yleisesti hyvin avoimeksi, positiiviseksi ja kyselykulttuuri kuvattiin osana sitä. Aiemmissa tutkimustuloksissa Merandi ym. (2018) kuvasivat, miten kyselykulttuuri nähtiin yhtenä potilasturvallisuutta tukevana elementtinä, sillä se poistaa hierarkkista työskentelyä, kun kaikki työyhteisön jäsenet voivat esittää kysymyksiä.

Aikaisemmissa tutkimustuloksissa Smith ja Plunkett (2018, 514) viittasivat Perlo ym. 2017, joiden mukaan potilasturvallisuuskulttuurissa esiintyvä häpeän tunne saattaa toimia jarruna virheiden ja puutteiden raportoinnissa. Tällaista vaikutusta ei noussut esiin tämän kehittämisprojektin tutkimusosuudessa.

Sitoutumisen osalta tiimityö, selkeä ja johdonmukainen viestintä sekä potilasturvallisuuden johtaminen, sitouttavat henkilöstöä positiiviseen potilasturvallisuuskulttuuriin. Chassin ja Loeb (2013, 461) totesivat jaetun johtajuuden ja sitoutumisen olevan erityisen

tärkeitä tavoitellessa vaikuttavaa potilasturvallisuuden edistämistyötä. Tarvittaessa tiimityön tekeminen sekä vastuiden määrittely sekä toimintayksiköissä sekä toimialueella parantavat sitoutumista.

Kokemusten mukaan erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusten tekeminen ja ilmoitusten käsittely sekä vastaanottaminen tuottivat hyvinolontunnetta henkilöstössä. Voidaan olettaa, että sitoutunut ja hyvinvoiva työyhteisö tuottaa laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa. Turvallisuuskulttuurin näkökulmasta ehdottoman tärkeäksi nousee turvallisuuden hahmottaminen positiivisena ja onnistumisien kautta kuin pelotteena. (Woods & Cook 2002,143; Anderson ym. 2013; Smith & Plunkett 2019, 514 viitattu Perlo, Balik, Swensen, Kabcenell, Landsman & Feeley 2017)

#### 11.4 Erinomaisuudesta oppimisen vaikutukset hoitotyöhön

Ilmoitusjärjestelmän käyttöönotolla ei kokemusten mukaan ollut vielä kovinkaan suuria koettuja vaikutuksia hoitotyöhön. Ilmoitusmäärät olivat jääneet toistaisiksi vähäisiksi ja niiden kautta ei ollut kyetty kehittämään hoitoyönkäytänteitä. Ilmoitusmääriä oli onnistuttu nostamaan välillä muistuttamalla henkilöstöä ilmoitusjärjestelmän olemassaolosta sekä järjestämällä yksiköissä sekä toimialueilla ”teemapäiviä” asiaan liittyen.

Kokemuksien mukaan havaittujen muutosten ei voitu osoittaa olevan sidoksissa erinomaisuudesta oppimisen ilmoituksiin. Haastateltavat kuitenkin kokivat, että ilmoituksilla saattoi olla vaikutusta esimerkiksi perehdytyksen sekä hoitokäytänteiden kehittämisessä.

Voidaan siis päätellä, että ilmoitusmääriä lisäävillä toimilla voitaisiin saada aikaan hoitotyötä kehittäviä toimia, kun ilmoitusmäärät lisääntyisivät ja niistä voitaisiin tehdä laajempia johtopäätöksiä. Lisäksi keskustelu sekä raportointi tehtyjen ilmoitusten vaikutuksista toimintayksikön käytänteisiin voisi tarvittaessa olla avoimempaa, jotta henkilöstö kokisi, että ilmoitusten tekemisellä voidaan vaikuttaa toimintaan.

### 11.5 Prosessimallinnus ymmärryksen lisäämisessä

Prosessimallinnus tukee ymmärryksen ja yhteisen kielen lisääntymistä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä ja edistää näin osaltaan ilmoitusjärjestelmän käyttöön-ottoa sekä käyttöä. Se voi parantaa hahmotusta prosessin etenemisestä sekä sen vaikutuksista hoitotyöhön. Se tuo myös esiin millaisten potilasturvallisuuskulttuurin osatekijöiden läsnäolo voi tukea ilmoitusjärjestelmän käyttöä.

Mallinnus myös parantaa ymmärrystä ilmoitusjärjestelmästä kehittämistyökaluna. Samalla yhdenmukaisempi ilmoittamiskäytäntö sekä raporttien käsittely eri toimintayksiköissä parantaa ilmoituksista kertyvää aineistoa, jotta kehittämistoimien kohdentaminen olisi vaikuttavampaa.

Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimalli voisi myös herättää ja edistää keskustelua yksiköissä siitä, miten potilasturvallisuuden eri työkaluja käytetään omassa yksikössä. Samalla tarkasteluun voi tulla mahdollisia koulutustarpeita tai konkreettisia toimia, joilla tarvittaessa tuoda potilasturvallisuuden reflektointia tiiviimmäksi osaksi yksikön toimintaa.

## 12 POHDINTA

Kehittämiprojekti sisälsi lukuisia mielenkiintoisia yhteyksiä niin yksilö kuin organisaa-tiotasoiseen oppimiseen sekä vahvuuksien tunnistamiseen. Mukaillen Korhosta ja Bergmania (2019, 13 ja 15) organisaation toimintojen on tärkeää muuttua ja olla kyvykkäitä proaktiiviseen, ennakoivaan, työskentelyyn. On parempi olla askel edellä, kuin jäljessä ja tehdä muutoksia vasta kun niihin on pakottava tarve.

Kuten kehittämiprojektin tuloksista nousi esiin, täydentävät erilaiset potilasturvallisuuden menetelmät toisiaan ja mahdollistavat toistensa luontaisen läsnäolon osana potilasturvallisuuskulttuuria. Ilahduttavaa kehittämiprojektin edetessä oli huomata, että potilasturvallisuus hahmotetaan hyvinkin laajasti jo muunakin kuin vaaran poissaolona. Pedersen (2016, 1118) viittaa Hollnagel (2006) tekemään havaintoon siitä, että terveydenhuolto, joka kehittyy ja kohtaa jatkuvasti uusia haasteita ei voi nojata potilasturvallisuudessa jatkuvasti menneisyydestä ja vaaratilanteista oppimiseen. Samanlaista ajatusta puolsi myös Määttä (2019), tuomalla esiin haasteet, jotka terveydenhuolto kohtaa tuotavuuden mittaustavoissa. Mikäli tavoitteet kehittämisessä pohjautuvat ainoastaan aikaisemmasta toiminnasta saatuihin tuloksiin, ilman innovatiivisuutta ja proaktiivista työotetta, voi innovatiivisuus työyhteisössä heiketä ja organisaation kyvykkyys jatkuvaan uudistumiseen laskea.

Terveydenhuollossa panostus henkilöstön osaamiseen ja onnistuneen työn tukemiseen, voitaisiin nähdä aineettomana investointina, jonka nähdään muuttuvan taloudelliseksi tulokseksi, kun hoito toteutuu entistä useammin suunnitellusti, ilman haittaa. Kuten Teerikangas (2019) totesi: ” Meillä on käsissämme entistä enemmän osaamisperusteinen yhteiskunta, kiihtyvä teknologia ja tekoäly. Merkittävä kilpailuetu muutoksen keskellä piilee ihmisissä”.

Voimakas hierarkia sekä ohjeistus ja standardointi voi pahimmillaan toimia rajoitteena toimintayksiköiden toiminnassa potilaan parhaaksi. Tärkeää olisikin toimia potilaan hyväksi interprofessionaalisesti eli toisilta ammattilaisilta oppien ja eri ammattihenkilöt eivät toimi potilaan hyväksi rinnakkain tai limittäin, vaan todellisessa yhteistyössä. (Nyqvist 2019; Tawfik ym. 2017, 3) Kyseisellä työskentelymenetelmällä voidaan myös tukea niin kutsuttua tiimiälyä, joka toimii yhtenä menestyksen mahdollistajana organisaatioiden työnmurroksessa (Hiila, Tukiainen & Hakola 2019, 67; Merandi ym. 2018, 6). Liian yhdenmukainen käyttäytyminen organisaatiossa voi mahdollisesti vaikuttaa heikentävästi

organisaation suorituskykyyn ja heikentää henkilöstön kyvykkyyttä itsenäiseen ajatteluun (Vuori 2005, 11, viitattu Tillich 1959, Scott 1981).

Kehittämiprojektin edetessä henkilöstön resilienssi sekä adaptiivisuus nousi esiin luontevana osana hoitotyötä niin kirjallisuudessa kuin haastatteluaineistossa. Tämä kertoo näiden voimavaratekijöiden ja erinomaisen työn elementtien olevan osa jokapäiväistä hoitotyötä. Tärkeää olisikin tukea hoitohenkilöstöä havaitsemaan adaptiivisen, sopeutuvan, toiminnan laukaisevia tekijöitä. Samalla tulisi pyrkiä tukemaan henkilöstön käsitteellisen hallinnan tasoa potilasturvallisuuteen liittyen, jotta henkilöstö osaisi paremmin tunnistaa ja reflektoida potilasturvallisuuden eri menetelmien ilmentymistä työssään.

Kehittämiprojektin edetessä projektipäällikön kehittyneeseen asiantuntijuuteen viitaten, hoitohenkilöstön henkilökohtaista kompetenssia, proaktiiviseen sekä adaptiiviseen toimintaan, voidaan pitää suurena. Henkilöstön voi olla haastavaa hahmottaa ja nimetä tätä osaamistaan, mikäli potilasturvallisuuteen erityisesti Safety 2 -menetelmään liittyvän käsitteellisen hallinnan taso ei ole riittävän vahva. Tämä ilmenee siinä, ettei henkilöstö välttämättä osaa nimetä tai huomaa resilienssin sekä adaptaation ilmenemistä, vaikka siitä kertovatkin. Tämä kompetenssi proaktiiviseen sekä adaptiiviseen työhön nähdään niin itsestään selvänä osana professiota, ettei sen kehittämismahdollisuuksia mahdollisesti tunnusteta. Siksi erinomaisuudesta oppiminen mahdollistaa aivan uudenlaisen tavan tarkastella turvallisuutta.

Tällaisena tunnistamattomana, henkilöstön adaptiivisesta toiminnasta riippuvaisena, toimintana voidaan pitää esimerkiksi henkilöstön kyvykkyyttä toteuttaa hyvää ja onnistunutta hoitoa, vaikka selkeitä hoidon riskitekijöitä olisi työssä läsnä. Tällainen riskitekijä saattaa olla esimerkiksi päivittämätön lääkelista, kun potilas siirtyy yksiköstä toiseen. Mikäli henkilökunta ”epäonnistuisi” adaptiivisessa työskentelyssään voisi potilaalle aiheutua haittaa. Tällöin viimeistään tilanteesta tehtäisiin vaaratapahtumailmoitus, mutta ennekuin asiaan päästäisiin puuttumaan jouduttaisiin odottamaan vaaratapahtuman ilmentymistä. Lääketietojen puutteellisuus ei välttämättä aiheuta raportoitavaa vaaraa potilaille, mikäli henkilöstö onnistuu toistamaan adaptiivista toimintaa luontevana osana professiotaan. Tällöin on mahdollista, että kyseisen kaltainen kehittämiskohde lääkelistojen päivityksessä ei nouse esiin missään potilasturvallisuuden ilmoitusjärjestelmässä, jos henkilöstö tai johto ei itse tunnista tätä adaptiivista käytöstä.

Mikäli henkilöstön tekemää mukautumista ja joustoa arkityössä ei huomioida, jää suuri osa haavoittuvuuksia huomaamatta ja henkilöstön kuormitus kasvaa huomaamattomasti. Systeemistä voi näin tulla huomattavan riippuvainen henkilöstön resilienssistä ja kyvystä paikata järjestelmän puutteita. Tämä voi johtaa pitkittyessään henkilöstön uupumiseen ja laskea henkilöstön ja systeemin kyvykkyyttä vastata poikkeaviin tilanteisiin. Ymmärtäessämme paremmin jokapäiväisen työn vahvuuksia, tukiessamme ja parantaessamme jokapäiväisen työn sujuvuutta, luodessamme paremmat ja suuremman todennäköisyyden onnistumiseen, me olemme lähempänä positiivista ajatusta turvallisuudesta. (Cook 1998, 3-4; Smaggus 2019, 669)

Kehittämiprojektin eri osa-alueet tukivat myös ajatusta siitä, että menetelmällä voisi olla positiiviseen psykologiaan pohjautuva vaikutus henkilöstön hyvinvointiin. Tämä parantaisi sekä yksilön, että yhteisön hyvinvointia ja ilmapiiriä, kun huomiota kiinnitetään useammin sekä yksilön että yhteisön vahvuuksiin. Voidaan todeta, että se mihin keskitymme, lisääntyy.

## 12.1 Eettisyys

Kehittämiprojektin tutkimusosuuden eettisyys pyrittiin varmistamaan kaikissa kehittämisprojektin vaiheissa, joissa käsiteltiin haastatteluaineistoja. Tutkimusosuuteen osallistuneiden joukko oli pieni, joten heidän identiteettinsä suojaaminen korostui.

Kaikki haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaasta tahdostaan ja täyttivät suostumuslomakkeen. Keskustelut olivat luottamuksellisia, eikä haastateltavien nimiä tai heidän työyksikköjensä tietoja julkaista. Haastatteluja ei myöskään kuvattu, koska se ei olisi tuottanut lisäarvoa tutkimukseen. Tällä myös suojattiin haastateltavien identiteettiä ja luotiin mahdollisuudet avoimempaan keskusteluun, jota Mäntyranta ja Kaila (2008) sekä Hirsjärvi ym. (2004, 200) pitivät tärkeänä. Turvallisuus ja identiteetin suojaaminen korostuvat käsitellessä aiheita, joihin voi liittyä epävarmuuksia.

Haastateltavien joukon ollessa pieni, päädyttiin aineiston analyysi aloittamaan pelkistetyistä ilmauksista, jotta kukaan osallistujista ei olisi tunnistettavissa yksittäisistä suorista lainauksista. Haastattelun tulokset koostettiin tutkimuskysymysten mukaan, jolloin yksittäiset kokemukset sijoittuivat myös hieman eri tavalla kuin ne olisivat olleet suoraan teemahaastattelurungon mukaisesti käsiteltäessä.

## 12.2 Luotettavuus

Kehittämiprojektin tulosten luotettavuutta on pohdittu sekä sen tutkimuksellisen osuuden että kehittämisosuuden osalta. Voidaan todeta, että aiheesta tarvitaan kattavampaa tutkimusta ja kehittämisosuudessa luotu prosessimalli vaatii testausta ja laajempaa arviointia, ennen sen mahdollista käyttöönottoa.

### 12.2.1 Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden luotettavuus

Tutkimusosan keskeisimmät luotettavuuteen vaikuttavat tekijät liittyvät siihen, ettei haastattelulomaketta testattu ennen haastattelua. Lisäksi tutkimusjoukon pieni koko vaikuttaa luotettavuuteen. Tutkimustulokset on raportoitu niin objektiivisesti kuin mahdollista. Tuloksista tehtyihin johtopäätöksiin on vaikuttanut osin projektipäällikön asiantuntijuus, kun hän on tehnyt havaintoja haastatteluihin osallistuneiden kertomuksista suhteessa erinomaisuudesta oppimiseen sekä Safety 2 -menetelmän teoreettiseen viitekehykseen. Tämän kaltaista toimintaa, jossa kyetäkseen havaitsemaan tietyn toiminnan ilmentymistä tai elementtejä työssä, on ensin itse opittava ja luotava ymmärrys asiasta, kuvaa esimerkiksi Schein (2016, 350).

Tutkimusosassa käytetty teemahaastattelurunko luotiin kirjallisuuskatsauksessa muodostetun teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Sen muokkaamiseen osallistui kehittämisprojektin ohjausryhmä ja siihen tehdyt muutokset koskivat ilmoitusjärjestelmän suurempaa konkreettisten vaikutusten kysymistä haastateltavilta. Suurempi konkretia kysymyksissä olisikin voinut olla hyvä asia, sillä nyt kysymykset olivat hyvin teoriapohjaisia ja sisälsivät paljon Safety 2 -menetelmään kuuluvia käsitteitä. Koska ilmoitusjärjestelmä sekä menetelmä sen taustalla ovat varsin uusia, kokivat haastateltavat osan käsitteistä vielä vieraisiksi. Tämä saattoi heikentää heidän vastauksiensa kohdentumisesta kysymyksessä tarkoitetulla tavalla.

Teemahaastattelurungon testaamatta jättämiseen liittyi kaksi syytä. Ensimmäinen näistä oli se, että ilmoitusjärjestelmä oli ollut käytössä yksiköissä jo jonkin aikaa ja haastatteluiden avulla haluttiin saada tietoa, miten käyttöönotto ja käyttö olivat yksiköissä sujuneet. Tämän kautta saatiin tietoa millaisiin asioihin ilmoitusjärjestelmää kehitettäessä ja käyttöön otettaessa tulee kiinnittää huomiota. Toinen syy oli kehittämisprojektin aikataulu. Tutkimuslupaa päästiin hakemaan varsin myöhään, mikä asetti ajallisia haasteita

teemahaastattelurungon testaukseen. Testaus olisi myös vaatinut erillisen ryhmän, jolla teemahaastattelurunko olisi testattu ja haastattelujoukon ollessa näin pieni voidaan pohtia, olisiko erillistä testausryhmää saatu kasaan.

Tutkimukseen osallistujia määrä oli pieni, mikä vaikuttaa luotettavuuteen. Kuitenkin haastattelutulokset olivat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa ja näin tapahtui aineiston saturoitumista. Keskeisimpiä syitä pienelle osallistujia määrälle voidaan vain pohtia. Yhdellä toimialueella menetelmän käyttöönotto oli jäänyt kesken. Muutoin vastauksi siihen, miksi toimialueet eivät osallistuneet, erinomaisuudesta oppimista osana potilasturvallisuutta käsittelevään, tutkimukseen ei ole tiedossa. Osaltaan tähän saattoi vaikuttaa tutkijan kyvykkyys motivoitua sekä viestiä vaikuttavasti tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta toimialueille. Projektipäällikön asiantuntijuuden keskeinen haaste ja kehittämisen kohde onkin vaikuttava, oikein kohdennettu sekä oikea-aikainen viestintä. Toisaalta viestimistä hankaloitti se, ettei projektipäällikkö voinut olla yhteydessä toimialueisiin ennen tutkimusluvan myöntämistä.

Tutkimukseen osallistuneen toimialueen ylihoitaja pyysi järjestämään tutkimuksen toteutuksesta ja sen taustoista infotilaisuuden toimialueen osastonhoitajille, mikä toteutettiin. Tämän kaltainen infotilaisuusjärjestäminen muillekin toimialueille, joko yksin tai yhteisesti, olisi saattanut edistää vapaaehtoisten haastateltavien löytymistä sekä heidän osallistumistaan tutkimukseen.

Voidaan myös pohtia, johdon sitoutumista potilasturvallisuuden kehittämistyöhön niissä yksiköissä, jotka eivät vastanneet projektipäällikön yhteydenottoihin. Toisaalta haastatteluun osallistunut toimialue osoitti, projektipäällikön asiantuntemukseen vedoten, sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen koko toimialueetasolla. Voidaan siis pohtia, miten tämä kiinnostus tutkimusta kohtaan vaikutti haastatteluaineistoon ja sen yleistettävyyteen. Edustettuna oli toimialue, jossa potilasturvallisuuskulttuuri oli positiivinen ja sen kehittämistyö nähtiin mahdollisesti hyvin tärkeänä. Kokemukset potilasturvallisuuskulttuurista vaihtelevat kuitenkin eri toimialueilla ja toimintayksikössä. Tästä syystä yhtä toimialuetta tai yksikköä koskevia tuloksia ei voida yleistää koskemaan koko organisaatiota. Tämä heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Näiden tekijöiden lisäksi koronavirus loi varmasti sekä toimialueille että yksiköille haasteita henkilöstön resursoimiseen haastattelua varten. Se saattoi siis osaltaan vaikuttaa haastateltavien määrään.



Haastattelun toteutuksen ja tutkimusaineiston osalta projektipäällikkö pyrki olemaan mahdollisimman objektiivinen. Haastattelu toteutettiin tutkijan parhaan kyvyn mukaan niin, että haastateltavat itse ohjasivat myös keskustelun rakentumista ja painoalueita. Aineiston analyysin sekä tuloksien osalta tutkija pyrki kuvaamaan asiat niin kuin ne haastattelussa oli kerrottu. Tätä tukee myös haastatteluun osallistuneille lähetetty tiivistelmä haastattelun tuloksista sekä heiltä pyydetty kommentointi tuloksiin liittyen. Tuloksien kommentointi oli positiivista ja tutkija ei saanut korjauspyyntöjä koskien haastattelutuloksia tai niiden esitystapaa.

### 12.2.2 Kehittämisen projektin kehittämisosuuden luotettavuus

Kehittämisosuudessa tuotettua prosessimallinnusta ei ole toistaiseksi testattu käytössä, joten sen toimivuudesta sekä käytettävyydestä osana laadunhallintaa tai ilmoitusjärjestelmän käyttöönottoa sekä käyttöä ei ole tietoa. Prosessimallinnus toteutettiin pohjautuen tässä opinnäyteyössä käsiteltyyn teoreettiseen viitekehykseen, haastatteluaineistoon, projektipäällikön kehittämisen projektin aikana kehittyneeseen asiantuntijuuteen kyseisestä menetelmästä sekä prosessimallinnuksen luomisesta. Prosessimallin soveltumista kohdeorganisaation laadunhallinnalliseen ja laajempaan käyttöön tulee tarvittaessa vielä kehittää.

Prosessimallinnusta varten ei myöskään systemaattisesti selvitetty ennakolta henkilöstön käsitteellisen hallinnan tasoa, kuten Leppänen (2000, 10) piti tarpeellisena. Käsitteellisen hallinnan taso ja ihmisten luomat merkitykset sekä ajatukset aiheesta tulivat esiin kehittämisen projektissa toteutetussa fokusryhmähaastattelussa. Näin haluttiin saada tietoa mikä on menetelmän käytön nykytila ja kokemukset ilmoitusjärjestelmästä tutkimushetkellä. Käsitteellisen hallinnan tason selvittäminen olisi saattanut muuttaa haastateltavien vastauksia, kun he olisivat ennakolta perehtyneet aiheeseen tarkemmin. Toisaalta käsitteellisen tason selvityksellä olisi voitu mahdollisesti vaikuttaa tutkimuskysymyksiin niin, että ne olisivat olleet helpommin sisäistettävissä haastatteluihin osallistujille. Tosin näiden muokkaaminen tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen olisi saattanut vaatia tutkimusluvan täydentämistä muutosten jälkeen.

Kehittämisen projektin kehittämisosuuden luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että se pohjautuu hyvin suurelta osin projektipäällikön itsenäisiin valintoihin, päätöksiin sekä kehittämisen projektin aikana kehittyneeseen asiantuntijuuteen. Kehittämisen projektin toteutuksessa oli useita haasteita muun muassa projektipäällikön projektijohtamisen osaaminen

ja kohdeorganisaation tuntemus sekä koronaviruksen tuomat haasteet terveydenhuoltoon. Projektipäällikkö kuitenkin kehittyi kaikissa näissä taidoissa kehittämisprojektin edetessä. Kehittämisprojektia tarkastellessa tulee huomioida, että se edustaa vahvasti yhtä potilasturvallisuuden menetelmää sekä työkalua ja pohjautuu projektipäällikön asiantuntijuuteen kyseisestä menetelmästä, pohjautuen teoreettiseen viitekehykseen.

Kehittämisprojektissa toteutettu prosessimalli perustui edellä kuvatun projektipäällikön asiantuntijuuden lisäksi kehittämisprojektin eri osa-alueista luotuun synteesiin ja ymmärrykseen. Se kuvaa keskeisesti niitä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän osa-alueita, jotka taustavaikuttavat ilmoitusjärjestelmän käyttöön ja lisäävät ymmärrystä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä potilasturvallisuuden yhtenä työkaluna. Jokela (2019, 6) ja Leppänen (2000,7) pitivät tätä merkityksellisenä osana prosessien mallintamista.

Erinomaisuudesta oppimisen prosessimallissa käytettävien käsitteiden hallinta, tarvittaessa käsitteiden avaaminen ja selkeys voisi parantaa prosessimallin käyttöä yksiköissä sekä henkilöstön osallisuutta potilasturvallisuuden kehittämistyössä. Luodun prosessimallin voidaan kuitenkin olettaa tukevan yhteisen kielen kehittymistä toimintayksiköissä ja selkeyttävän prosessin kulkua.

## LÄHTEET

Aaltonen L-M. & Rosenberg P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Anderson J.E., Kodate N., Walters R. & Dodds A. 2013. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *International Journal for Quality in Health Care*, 25, 2, 141–150 <https://academic.oup.com/intqhc/article/25/2/141/1855001> (Viitattu 4.3.2020)

Arfanis K. & Smith A. 2011. Informal risk assessment strategies in health care staff: an unrecognized source of resilience? *Journal of evaluation in clinical practice*, 18, 6, 140-146. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21914090> (Viitattu 31.3.2020)

Baines R, Langelaan M, De Bruijne M., Spreeuwenberg P. & Wagner C. 2015. How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *BMJ Quality & Safety*, 24, 9, 561-571. <https://qualitysafety.bmj.com/content/24/9/561.long> (Viitattu 9.10.2019)

Blake N. 2018. Resilience during difficult times in health care. *Advanced Critical Care*, 29, 2, 115–117. <https://aacnjournals.org/aacnacconline/article-abstract/29/2/115/13/Resilience-During-Difficult-Times-in-Health-Care> (Viitattu 18.3.2020)

Braithwaite J., Wears R. & Hollnagel E. 2015. Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, 27, 5, 418–420. <https://academic.oup.com/intqhc/article/27/5/418/2357417> (Viitattu 17.3.2020)

Chassin M. & Loeb J. 2013. High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *The Milbank Quarterly*, 91, 3, 459-290.

Clay-Williams R. & Braithwaite J. 2019. Resilient Health Care: A Determinant Framework for Understanding Variation in Everyday Work and Designing Sustainable Digital Health Systems. *Applied Interdisciplinary Theory in Health Informatics*, 263, 134 – 145. <http://ebooks.iospress.nl/publication/51881> (Viitattu 26.3.2020)

Cook R. 1998. How complex systems fail. Cognitive technologies Laboratory. University of Chicago. [https://www.researchgate.net/publication/228797158\\_How\\_complex\\_systems\\_fail](https://www.researchgate.net/publication/228797158_How_complex_systems_fail) (Viitattu 18.3.2020)

Dieckmann P., Patterson M., Lahlou S., Mesman J., Nyström P. & Krage R. 2017. Variation and adaptation: learning from success in patient safety-oriented simulation training. *Advances in Simulation*, 2. <https://advancesinsimulation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41077-017-0054-1> (Viitattu 1.4.2020)

Guttman O. Keebler J., Lazzara E., Daniel W. & Reed G. 2019. Rethinking high reliability in healthcare: The role of error management theory towards advancing high reliability organizing. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 23. [https://www.researchgate.net/publication/330340082\\_Rethinking\\_high\\_reliability\\_in\\_healthcare\\_The\\_role\\_of\\_error\\_management\\_theory\\_towards\\_advancing\\_high\\_reliability\\_organizing](https://www.researchgate.net/publication/330340082_Rethinking_high_reliability_in_healthcare_The_role_of_error_management_theory_towards_advancing_high_reliability_organizing) (Viitattu 3.2.2020)

Hegde S., Hettinger A., Fairbanks R., Wreathall J., Krevat S., Jakson C & Bisantz A. 2019. Qualitative findings from a pilot stage implementation of a novel organizational learning tool toward operationalizing the Safety-II paradigm in health care. *Applied Ergonomics*, 82. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000368701830379X?via%3Dihub> (Viitattu 25.3.2020)

Helovuola A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Hiila I., Tukiainen M. & Hakola I. 2019. Tiimiäly – opas muuttuvaan työelämään. Keuruu: Tuuma.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hollnagel E. 2018. Delivering resilient health care. <https://www.youtube.com/watch?v=VZio7lfy-DOU&t=2s> (Viitattu 9.10.2019)
- Hollnagel E. 2015. Safety I and Safety II: the past and future of safety management. *Cognition Technology & Work* 17, 3, 461-464. [https://www.researchgate.net/publication/285396555\\_Erik\\_Hollnagel\\_Safety-I\\_and\\_Safety-II\\_the\\_past\\_and\\_future\\_of\\_safety\\_management](https://www.researchgate.net/publication/285396555_Erik_Hollnagel_Safety-I_and_Safety-II_the_past_and_future_of_safety_management) (Viitattu 4.3.2020)
- Hollnagel E. 2008. Resilience Engineering in a Nutshell. [https://erikhollnagel.com/onewebmedia/Hollnagel\\_preface.pdf](https://erikhollnagel.com/onewebmedia/Hollnagel_preface.pdf) (Viitattu 18.3.2020)
- Hollnagel E., Wears R. & Braithwaite J. 2015. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf> (Viitattu 9.10.2019)
- Jokela T. 2019. Kohdemaailma-analyysi – Syvälliseen asiakasymmärrykseen heti kehityshankkeen alussa. Karkkila: Ketterät kirjat Oy.
- Jylhä V. 2017. Information management in health care – A Model of Connecting information Culture and Patient Safety. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2384-4/urn\\_isbn\\_978-952-61-2384-4.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2384-4/urn_isbn_978-952-61-2384-4.pdf) (Viitattu 6.4.2020)
- Kakkuri-Knuuttila ja Heinlahti 2006. Mitä on tutkimus? -argumentaatio ja tieteenfilosofia. Helsinki: Gaudeamus.
- Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen A-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25, 3, 291–301.
- Kelly N., Blake S. & Plunkett A. 2016. Learning from excellence in healthcare: a new approach to incident reporting. *Archives of disease in childhood*, 101, 9, 788–91. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27145792](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27145792) (Viitattu 1.6.2020)
- Knuuttila J., Ruuhilehto K. & Wallenius J. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laadunhallinta. Helsinki. [https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1\\_vaaratapahtumien\\_raportointi.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf) (Viitattu 9.10.2019)
- Kohn L., Corrigan JM. & Donaldson MS., 2000. *To err is human*. Washington (DC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/> (Viitattu 9.10.2019)
- Korhonen H. & Bergman T. 2019. Johtaja muutoksen ytimessä – käsikirja uudistumismatkalle. Helsinki: Alma Talent Oy.
- Laamanen, K. 2005. Johda suorituskykyä tiedon avulla. Tampere: Suomen laatu keskus.
- Larcos G., Prgomet M., Georgiou A. & Westbrook J. 2016. A work observation study of nuclear medicine technologists: interruptions, resilience and implications for patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 26, 6, 466–474. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5502243/> (Viitattu 6.4.2020)
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003: Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) 2003: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY. s. 21–43.

Leonard M. & Frankel A. 2012. How can leaders influence a safety culture? The Health Foundation Inspiring Improvement. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HowCanLeadersInfluenceASafetyCulture.pdf> (Viitattu 26.2.2020)

Leppänen A. 2000. Työprosessin mallintaminen – tukemaan työn ja osaamisen kehittymistä. Helsinki: Työterveyslaitos.

Luukkonen I., Mykkänen J., Itälä T., Savolainen S., Tamminen M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen - Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto. <https://www.uef.fi/documents/677096/736588/SOLEA-Luukkonen-ym-Prosessien-ja-toiminnan-kuvaaminen.pdf/b8e58ae0-2e53-48d0-97ef-512ee74b526e> (Viitattu 16.4.2020)

McNab D., Bowie P, Morrison J. & Ross A. 2016. Understanding patient safety performance and educational needs using the 'Safety-II' approach for complex systems. *Education for Primary Care*, 27,6. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14739879.2016.1246068> (Viitattu 4.4.2020)

Merandi J., Vannatta K., Davis T., McClead R., Brill R. ja Bartman T. 2018. Safety II Behavior in a Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 141, 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/29739825> (Viitattu 6.4.2020)

Mäntyranta T. & Kaila M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97349> (Viitattu 11.4.2020)

Määttä J. 2019. Taloudelliset tunnusluvut sosiaali- ja terveysalalla. Johtaminen muuttuvassa sote-kentässä. Turun yliopisto, Sote-akatemia luentosarja.

Nurminen R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Nyqvist L. 2019. Palvelujen yhteensovittaminen ja monialainen yhteistyö. Lähisuhdeväkivallan moniammatillinen kohtaaminen. Turun yliopisto. Sote-akatemia luentosarja.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3-4. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Patterson M. & Deutsch E. 2015. Safety-I, Safety-II and Resilience Engineering. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45, 12, 382-389. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544215001613?via%3Dihub> (Viitattu 6.1.2020)

Pedersen K. 2016. Standardisation or resilience? The paradox of stability and change in patient safety. *Sociology of Health and Illness*, 28, 7. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.12449> (Viitattu 17.1.2020)

Pietikäinen E., Heikkilä J. & Reiman T. 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. Kuopio: Kopijyvä Oy. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T58.pdf> (Viitattu 8.4.2020)

Pietilä, I. 2017. Ryhmäkeskustelu. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvoori (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino. s. 111-130.

Plsek P.E. & Greenhalg T. 2001. The challenge of complexity in health care. *BMJ Clinical Research*, 323, 7313, 625-628. [https://www.researchgate.net/publication/11789633\\_The\\_Challenge\\_of\\_Complexity\\_in\\_Health\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/11789633_The_Challenge_of_Complexity_in_Health_Care) (Viitattu 4.3.2020)

Profit J., Amspoker A. & Sharek P. 2014. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Quality & Safety*, 23, 10. [https://www.researchgate.net/publication/261756683\\_Burnout\\_in\\_the\\_NICU\\_setting\\_and\\_its\\_relation\\_to\\_safety\\_culture](https://www.researchgate.net/publication/261756683_Burnout_in_the_NICU_setting_and_its_relation_to_safety_culture) (Viitattu 4.4.2020)

Puusa A. & Juuti P. 2020. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. s. 57-85

- Rauhala A., Kinnunen M., Kuosmanen A., Liukka M., Olin K., Sahlström M. & Roine R. 2018. Mitä vapaaehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat? Lääkärilehti. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/mita-vapaaehtoiset-vaaratapahtumailmoitukset-kertovat/> (Viitattu 9.10.2019)
- Ruiter P. 2019. Implementing Patient Safety Initiatives. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 46, 2, 281-292. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854519300075?via%3Dihub> (Viitattu 9.10.2019)
- Ruusuvuori J. & Nikander P. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Haastatteluaineiston litterointi. Tallinna. Vastapaino.
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Analyysi ja tulkinta. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html) (Viitattu 1.10.2020)
- Salonen K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toimialliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Tampere: Juvenes Print OY. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf> (Viitattu 12.4.2020)
- Salonen K., Eloranta S., Hautala T. & Kinos S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Tampere: Juvenes Print OY. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf> (Viitattu 13.4.2020)
- Schein E. 2016. *Organizational culture & leadership*. 5.painos. Hoboken: John Wiley & Sons
- Smaggus A. 2019. Safety-I, Safety-II and burnout: how complexity science can help clinician wellness. *BMJ Quality & Safety*, 28, 8, 667-671. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31196890> (Viitattu 2.2.2020)
- Smith A. & Plunkett E. 2019. People, systems and safety: resilience and excellence in healthcare practice. *Anaesthesia*, 74, 4, 508–517. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.14519> (Viitattu 3.2.2020)
- Tawfik D., Sexton B., Adair K., Kaplan H. & Profit J. 2017. Context in Quality of Care: Improving Teamwork and Resilience. *Clinics in Perinatology*, 44, 3, 541–552. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5644508/> (Viitattu 4.4.2020)
- Teerikangas S. 2019. Muutosjohtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Johtaminen muuttuvassa Sote-kentässä. Turun yliopisto. Sote-akatemia luentosarja.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes Print OY.
- Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.
- Vuori J. 2005. Terveysjohtaminen ja – hallinto tieteenalana. Teoksessa Vuori J. (toim.) Terveys ja johtaminen – Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki: WSOY. s. 10–33
- WHO 2018. Patient Safety Fact File. [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/patient-safety-fact-file.pdf](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient-safety-fact-file.pdf) (Viitattu 1.4.2020)
- Woods D. & Cook R. 2002. Nine steps to move forward from error. *Cognition Technology and Work*, 4, 2, 137-144. [https://www.researchgate.net/publication/226450254\\_Nine\\_Steps\\_to\\_Move\\_Forward\\_from\\_Error](https://www.researchgate.net/publication/226450254_Nine_Steps_to_Move_Forward_from_Error) (Viitattu 4.3.2020)
- Woodward S. 2019. Mowing towards a safety II approach. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 24, 3, 96–99. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2516043519855264> (Viitattu 4.3.2020)

## Teemahaastattelurunko

### **1. Millaisia kokemuksia sinulla on erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän käyttöönotosta ja käytöstä?**

-Miten ilmoitusjärjestelmä otettiin yksikössänne käyttöön, mistä idea lähti?

-Millainen perehdytys ilmoitusjärjestelmän käytöstä pidettiin?

-Millaiseksi koet ilmoitusjärjestelmän ja lomakkeen käytön/selkeyden?

### **2. Millaisia kokemuksia sinulla on erinomaisuudesta oppimisesta?**

-Miten yksikössäsi suhtaudutaan erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmään?

-Käsitelläänkö tulleita ilmoituksia systemaattisesti ja jos niin miten?

- Onko henkilöstö kokemuksesi mukaan sitoutunutta erinomaisuudesta ilmoittamiseen?

-Millaiseksi koet johdon sitoutumisen ja kiinnostuksen potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseen?

-Millaisia kokemuksia tai havaintoja sinulla on yksikössäsi tehtävästä ”hiljaisesta” tiedosta tai työstä?

-Millaisia kokemuksia sinulla on onnistuneesta tai epäonnistuneesta tiimityöskentelystä ja kommunikaatiosta yksikössäsi? Mitkä tekijät mielestäsi vaikuttivat ja tukivat positiivisen kokemuksen syntyyn?

### **3. Millaisia kokemuksia sinulla on erinomaisuudesta oppimisen vaikutuksista potilasturvallisuuskulttuuriin omassa yksikössäsi?**

-Millaiseksi koet yleisesti potilasturvallisuuskulttuurin yksikössäsi?

-Ovatko Safety 1 ja Safety 2 -menetelmät potilasturvallisuuden kehittämisessä sinulle tuttuja ja näkyvätkö ne kokemuksesi mukaan yksikkösi toiminnassa?

-Koetko, että erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän käyttöönotolla on ollut merkitystä yksikössäsi koettuun potilasturvallisuuskulttuuriin?

-Mitä erinomaisuudesta oppimisen raportointijärjestelmästä on opittu ja onko se muuttanut hoitotyön käytänteitä?

## Teemahaastattelurungon kysymysten teoreettinen tausta

Perehdytys	<p>Millainen perehdytys ilmoitusjärjestelmän käytöstä pidettiin?</p> <p>Millaiseksi koet ilmoitusjärjestelmän ja lomakkeen käytön/selkeyden?</p>	<p>Henkilöstön perehdytys potilasturvallisuusilmoitusten käyttöön on tärkeää, jotta ilmoituksien sisältö vastaa tarkoitustaan ja sillä on arvoa kehittämistyössä. HaiPro:ista vain 25% sisälsi riittävästi ja oikeanlaista tietoa, jotta voitiin määrittää mistä poikkeama johtui (Jylhä 2017, 59).</p> <p>Ilmoitusjärjestelmien tulee olla nopeita täyttää ja niiden toivotaan osittain ohjaavan henkilöstöä vastaamaan oleellisiin kysymyksiin ja antamaan tietoa, jolla voidaan arvioida todellisia vaikuttavia tekijöitä. (Hegde ym. 2019, 3)</p> <p>”Ohjattujen” potilasturvallisuusilmoitusten vastauksia voidaan ohjata sisältämään ”tärkeitä” tietoja, jolloin kerätyn aineiston luotettavuus ja käytettävyys kehitystyössä voisi parantua.</p>
Johtaminen ja osallisuus	Käsitelläänkö tulleita ilmoituksia systemaattisesti ja jos niin miten?	Systemaattinen potilasturvallisuusraporttien ja yleensäkin turvallisuusasioiden käsittely



	<p>Onko henkilöstö kokemuksesi mukaan sitoutunutta erinomaisuudesta ilmoittamiseen?</p> <p>Millaiseksi koet johdon sitoutumisen ja kiinnostuksen potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseen?</p>	<p>toimintayksikössä tukee positiivista potilasturvallisuuskulttuuria, sitoutumista ja luo psykologista turvallisuutta. Tämä tukee avointa vuorovaikutusta. (Ruiter 2019; Leonard &amp; Frankel 2012, 3 Woods &amp; Cook 2002,143; Anderson ym. 2013; Smith &amp; Plunkett 2019, 514 viitattu Perlo ym. 2017; Arfanis &amp; Smith 2011, 1144)</p> <p>Henkilöstön sitoutuminen ja kokemus työn arvostuksesta lisääntyi, kun heidät osallistettiin mukaan turvallisuuden kehittämiseen. (Arfanis &amp; Smith 2011, 1145)</p>
<p>Tiimityö ja potilasturvallisuuskulttuuri</p>	<p>Millaisia kokemuksia tai havaintoja sinulla on yksikössäsi tehtävästä "hiljaisesta" tiedosta tai työstä?</p> <p>Millaisia kokemuksia sinulla on onnistuneesta tai epäonnistuneesta tiimityöskentelystä ja kommunikatiosta yksikössäsi? Mitkä tekijät mielestäsi</p>	<p>Vaaratapahtumaraportointi tuo helposti esiin ihmisten erehtyväisyyden ja sen luoman turvallisuusriskin, muttei näytä hetkeä, jolloin ihmisen kyvykkyys joustaa ja toimia haastavassa työympäristössä/-tilanteessa ehkäisee vaaratapahtuman syntymisen ja tuo tullessaan parhaan mahdollisen hoitotuloksen. Tätä ajatusta tukee myös hoitohenkilöstön näkemys siitä,</p>

	<p>vaikuttivat ja tukivat positii- visen kokemuksen syn- tyyn?</p> <p>Millaiseksi koet yleisesti potilasturvallisuuskulttuu- rin yksikössäsi?</p>	<p>että potilaille tulee taata paras mahdollinen, ei vain lineaarisesti toteutettu hoito. (Ruiter 2019, 289- 290, viitattu Hollnagel 2014; Hollnagel 2015, 4; Smaggus 2019, 669; Hegde ym. 2019, 2; McNab ym. 2016, 447: Me- randi ym. 2018, 6)</p> <p>Useissa erinomaisuuden il- moituksissa korostui tiimi- työ ja joskus astuminen pois omalta toimialueelta potilaan parhaaksi. (Clay- Williams &amp; Braithwaite 2019, 143; Hegde ym. 2019, 7; Smith &amp; Plunkett 2019, 514; Dieckmann ym. 2017, 7)</p>
--	---	--

## Tiedote tutkimuksesta

Arvoisa vastaanottaja

Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Turun ammattikorkeakoulussa. Teen kehittämishankkeen xxxxxx potilasturvallisuuden kehittämistä erinomaisuudesta oppimisen avulla.

Yksikössänne on käytössä erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmä, minkä vuoksi lähestyn teitä.

Tutkin fokusryhmähaastattelujen avulla xxxxx henkilöstön kokemuksia erinomaisuudesta oppimisesta. Yhtä haastatteluryhmää haastatellaan yhden kerran noin tunnin verran ja osallistujia ryhmässä on 4-10. Haastattelut toteutetaan xx. ja xx.xx.2020 kello xx xxxxx tilassa x. Tarkempi tieto, kumpana päivänä haastattelu toteutuu mahdollisen osallistujan kanssa, ilmoitetaan kun mahdollinen osallistuja on täyttänyt suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta.

Toivoisin yksiköstänne 1-2 osallistujaa yhteen haastattelukertaan. Ensisijaisesti toivoisin osallistujiksi hoitohenkilöstöä, joka on ollut mukana erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän käyttöönotossa yksikössänne tai jolla on muuten kokemusta kyseistä menetelmästä/ilmoitusjärjestelmästä.

Haastatteluihin osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelut nauhoitetaan aineiston jatkokäsittelyä varten ja kerätty aineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Mikäli yksiköstänne löytyy asiasta kiinnostunutta henkilöstöä, pyydän ilmoittamaan minulle heidän nimensä, ammattinsa ja yhteystietonsa. Tällöin voin lähettää heille lisämateriaalia tutkimukseen liittyen.

Mikäli teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä allekirjoittaneeseen.

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä kiittäen

Elina Syrjälä

Yamk tutkinto-opiskelija, terveyden edistäminen

xxxxxxxxxx

xxxxxxxxxx

xxxxxxxxxx

## Saatekirje fokusryhmähaastatteluun osallistuvalla

Arvoisa vastaanottaja

Kiitos kiinnostuksestasi potilasturvallisuuden kehittämistä kohtaan.

Olet lämpimästi tervetullut osallistumaan erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmää koskevaan fokusryhmähaastatteluun. Haastattelu toteutetaan xx. tai xx.xx.2020 kello xx xxxxxx tilassa x. Saat tarkemman tiedon haastatteluajankohdasta ja haastattelurungon palautettuasi suostumuslomakkeen tutkimukseen osallistumisesta.

Fokusryhmähaastattelu toteutetaan osana ylemmän ammattikorkeakoulututkintoni kehittämissuostumuslomakkeen täytön ja palautuksen jälkeen. Tarkoituksena on kerätä kokemuksia ja käydä avointa keskustelua erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä ja sen vaikutuksista hoitotyöhön ja turvallisuuskulttuuriin.

Haastattelu toteutetaan teemahaastattelurunkoon pohjautuen, johon toivon sinun tutustuvan ennen haastattelua. Saat teemahaastattelurungon sähköpostitse suostumuslomakkeen täytön ja palautuksen jälkeen. Tarkoituksena on kerätä kokemuksia ja käydä avointa keskustelua erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmästä ja sen vaikutuksista hoitotyöhön ja turvallisuuskulttuuriin.

Haastattelut nauhoitetaan ja ne ovat luottamuksellisia. Haastattelunauhoitukset hävitetään kehittämissuostumuslomakkeen täytön ja palautuksen jälkeen. Lopullisessa työssä ei ole esillä osallistujien nimiä tai työyksiköitä. Tällä suojataan osallistujien yksityisyyttä.

Haastatteluissa on paikalla kerrallaan 4-10 henkeä haastattelijoiden lisäksi. Haastattelijoina toimivat allekirjoittanut ja kehittämissuostumuslomakkeen täytön ja palautuksen jälkeen toimiva xxxx asiantuntija. Haastattelu kestää noin tunnin.

Mikäli teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä allekirjoittaneeseen.

Ystävällisin terveisin

Elina Syrjälä

Yamk tutkinto-opiskelija, terveyden edistäminen

xxxxxx

xxxxxxx

xxxxxxx

**Erinomaisuudesta oppimisen ilmoitusjärjestelmän prosessimalli**

