

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2011

Taija Huotari & Katja Laakso

POTILASTURVALLISUUSKULT- TUURI TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA

– Yksikön johtajille tehty haastattelututkimus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidtaja

Toukokuu 2011 | 39+4

Taija Huotari & Katja Laakso

POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI TURUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA

-Yksikön johtajille tehty haastattelututkimus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen yksiköiden johtajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista sekä potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä tulosalueilla. Tutkimukseen osallistui kahdeksan henkilöä. Aineisto kerättiin teemahaastattelu mallia käyttäen sekä tutkimuksen analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Työmme oli osa Turun Ammattikorkeakoulun sekä Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistä HoiDok-projektia

Käsite potilasturvallisuuskulttuuri on määritelty systemaattinen toimintatapa, jolla edistetään potilaan hyvää hoitoa. Tähän liittyy vahvasti johtaminen sekä arvot ja asenteet, mahdollisten riskien arviointi ja ehkäisy sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Potilasturvallisuuskulttuurin merkitys on lähinnä organisaatiokeskeinen eikä yksilökeskeinen. Olennaisena osana potilasturvallisuuskulttuuriin liittyy myös työntekijän oma persoonallisuus, aktiivisuus ja asenne sekä vireystila.

Saaduista tuloksista voidaan päätellä, että Turun SoTe:ssa vallitseva potilasturvallisuuskulttuuri on suhteellisen hyvä ja ajanmukainen. Yleisesti ottaen yksiköiden johtajat pitivät potilasturvallisuuden toteutumista hyvänä. Hyvästä potilasturvallisuuden tilasta kertoo se että, yksiköiden johtajat joutuvat puuttumaan ongelmiksi nousseisiin asioihin varsin harvoin.

ASIASANAT:

Potilasturvallisuuskulttuuri, Potilasturvallisuus

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nurse

May 2011| 39+4

Taija Huotari & Katja Laakso

PATIENT SAFETY CULTURE IN TURKU'S SOCIAL SERVICES AND HEALTH CARE DEPARTMENT

- An interview research made for unit directors

The meaning of this thesis is to clarify the visions of Turku's Social Services and Health Care Department's unit directors about patient safety culture and factors affecting to patient safety in divisions. Eight persons participated in this interview research. The material was collected using themed interview patterns, and furthermore in the analysis of the research there was inductive content analysis being used. The research is a part of the Turku Municipal Social Services and Health Care Department's Nursing Documentation –project.

The concept of patient safety culture has been determined to be a systematic approach, which is used to contribute a good care taking of a patient. This involves strongly consider the realization of the patient safety culture good, the good level of the management, values and stances, estimations and preventions of possible risks and continuous development of operations. The meaning of patient safety culture is mostly both organization key and individual key. An integral part of patient safety culture is also employee's own personality, activity, stance and alertness.

From the results given it can be concluded that the patient safety culture which prevails in SoTe is fairly good and contemporary. Generally the directors of the units consider the realization of the patient safety culture good. The good state of patient safety is shown as the directors of the units only have to intervene in noticeable problems in rare occasions.

KEYWORDS:

Patient safety culture, patient safety

KÄYTETYT LYHENTEET

TUKU	Terveystieteiden tutkimuskeskus
WHO	World Health Organization. Maailman terveysjärjestö
HaiPro	Haittatapahtumien raportointiprosessi. Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. (Knuutila ym. 2009.)
TEO	Terveystieteiden tutkimuskeskus
STTV	Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus
Valvira	Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan keskusvirasto
Julkiterhikki	Terveystieteiden tutkimuskeskus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
SoTe	Sosiaali- ja terveystoimi

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	4
1 JOHDANTO	7
2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI	
2.1 Turvallisuuskulttuuri	7
2.2 Potilasturvallisuus meillä ja maailmalla	10
2.3 Potilasturvallisuuden edistäminen	13
2.3.1 Suomalainen potilasturvallisuus strategia vuosille 2009 - 2013	13
2.3.2 HaiPro osana potilasturvallisuuden kehittämistä	14
2.4 Potilasturvallisuutta ohjaava keskeinen lainsäädäntö	15
2.5 Potilasturvallisuutta valvovia tahoja	17
2.5.1 Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto	17
2.5.2 Potilasvakuutuskeskus	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	19
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	20
4.1 Tutkimusmetodologinen lähtökohta	20
4.2 Tutkimuksen käytännön toteutus	21
4.3 Eettisyys ja luotettavuus	23
5 TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1 Yksiköiden johtajien kuvaus vallitsevasta potilasturvallisuus- kulttuurista Turun sosiaali- ja terveystoimessa	24
5.2 Yksiköiden johtajien arvioita potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä tulosalueillaan	27

5.3 Ylemmän organisaation osuus potilasturvallisuudessa	29
---	----

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	31
-------------------------------------	-----------

LÄHTEET	35
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko	
---------------------------------------	--

KAAVIOT

Liitekaavio 1. Yksilölähtöinen potilasturvallisuus	39
---	-----------

Liitekaavio 2. Potilasturvallisuus hoitotyön näkökulmasta	40
--	-----------

Liitekaavio 3. Henkilökunta ja olosuhteet osana potilasturvallisuuskulttuuria	41
--	-----------

Liitekaavio 4. Johtaminen ja potilasturvallisuuskulttuuri	42
--	-----------

KUVIOT

Kuvio 1. Turvallisuuskulttuuri	9
---------------------------------------	----------

Kuvio 2. Potilasturvallisuus kaavio	11
--	-----------

Kuvio 3. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa	14
---	-----------

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan toiminta tulee perustua hoitotyön eettisiin ohjeisiin, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön ja ihmisoikeuksiin. Toiminta tulee olla terveyttä edistävää ja ylläpitävää. (Opetusministeriö 2006, 65.) Sairaanhoitajan riittävä ja asianmukainen tietotaito on tärkeässä osassa luomassa edellytyksiä hyvälle potilasturvallisuudelle. Potilasturvallisuus käsitteenä ja siihen liittyvät ilmiöt ovat viime vuosina nousseet puheenaiheiksi ja tärkeiksi kehittämiskohteiksi.

Potilasturvallisuus on määritelty niin, että terveydenhuollossa toimivat ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot ohjaavat hoidon turvallista toteutumista sekä varmistavat ettei potilaalle aiheudu tarpeetonta haittaa. Ensisijainen määritelmä potilasturvallisuuskulttuurille on, että pyritään ennakoimaan toimintaan liittyviä mahdollisia vaaratilanteita sekä ymmärtämään potilasturvallisuutta kokonaisvaltaisesti organisaation jokaisella tasolla. (THL 2011.) Hoitotyössä tapahtuu päivittäin jonkinasteisia vaaratapahtumia. On arvioitu, että Suomessa menehtyy vuositasolla noin 750-1500 ihmistä sairaalahoidossa erilaisten haittatapahtumien johdosta. (Gröndahl & Peltomaa 2009.) Tutkimusten mukaan on todettu, että terveydenhuollossa tapahtuvista haittatapahtumista jopa puolet olisi ehkäistävässä (Kohn ym. 2000; Baker ym. 2004).

Tutkimuksemme tarkoitus oli selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen yksiköiden johtajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista sekä potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä tulosalueilla. Tavoitteena oli saada mahdollisimman totuudenmukainen kuva Turun SoTe:ssa vallitsevasta potilasturvallisuuskulttuurista. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna. Työmme oli osa Turun Ammattikorkeakoulun sekä Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistä HoiDok-projektia. Projektin ja potilasturvallisuuden yhteys on merkittävä, sillä kirjaaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Hyvällä ja huolellisella kirjaamisella voidaan ennaltaehkäistä mahdollisten vaaratilanteiden syntymistä.

2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI

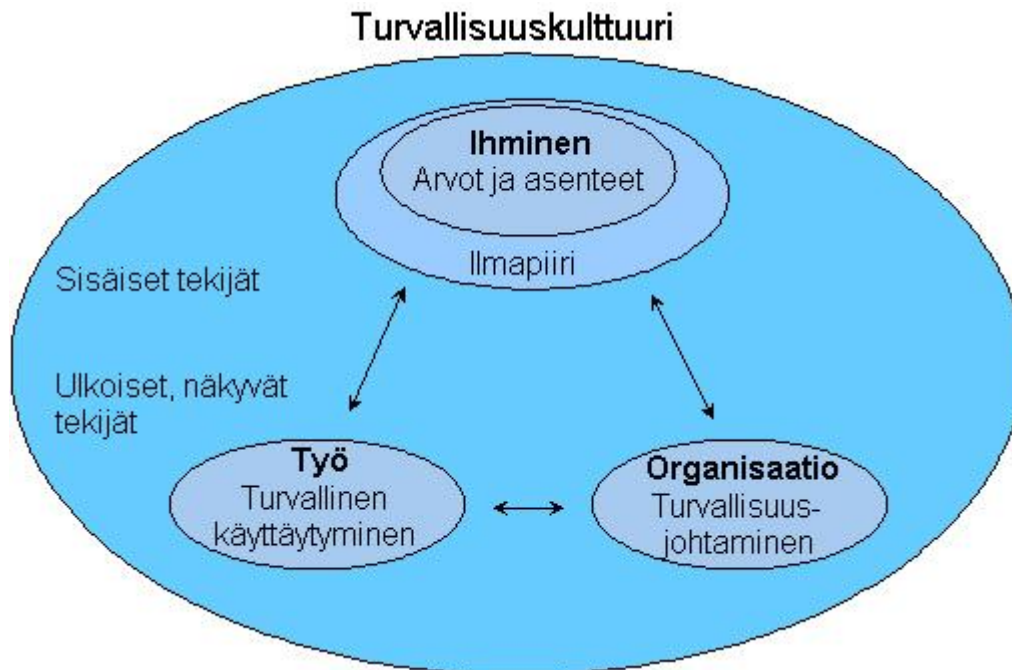
Potilasturvallisuuskulttuuri käsite on määritelty olevan systemaattinen toimintatapa, jolla edistetään potilaan hyvää hoitoa. Tähän liittyy vahvasti johtaminen sekä arvot ja asenteet, mahdollisten riskien arviointi ja ehkäisy sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Tärkeä lähtökohta on myös aito välittäminen potilaan turvallisuudesta. Kulttuuri käsitteellä tarkoitetaan, että ihminen on psykososiaalinen kokonaisuus, joka on yhteydessä ympäristöönsä ja ympärillä oleviin ihmisiin. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 66.) Potilasturvallisuuskulttuurin merkitys on lähinnä organisaatiokeskeinen eikä yksilökeskeinen. Olennaisena osana potilasturvallisuuskulttuuriin liittyy myös työntekijän oma persoonallisuus, aktiivisuus ja asenne sekä vireystila. Vaikka puhutaankin potilaskulttuurin yhteydessä organisaatiokeskeisyydestä ei yksilöä voida asia yhteydestä erottaa, sillä ne tukevat toinen toisiaan. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 67.)

2.1 Turvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuurissa on tärkeää, että turvallisuutta ylläpidetään ja siitä välitetään aidosti. Mahdollisia vaaroja pyritään ennakoimaan ja tunnistamaan aktiivisesti sekä reagoimaan niihin. Turvallisuuden luominen ja ylläpito vaatii kaikilta osapuolilta aktiivista osallistumista ja kiinnostusta. Potilasturvallisuus nähdään usein laatuna, jota käsitystä myös lainsäädäntömme tukee. Turvallisuus tulisi kuitenkin nähdä omana itsenäisenä tavoitteena. (Pietikäinen ym. 2008.)

Keväällä 2008 toteutettiin terveydenhuollon turvallisuuskulttuuriprojekti (TUKU). Kyseessä oli pilottiprojekti, jonka tarkoituksena oli luoda arviointi- ja kehittämismenettelyn malli terveydenhuollon organisaatioille. TUKU - projektista saatujen tuloksien mukaan Suomen terveydenhuollon turvallisuuskulttuuri on vielä jäsentymätöntä, mutta suhtautuminen asiaan oli kuitenkin hyvä. Potilasturvallisuus nähtiin usein vain itse potilaan kokemana turvallisuutena. Myös turvallisuuteen liittyvät asiat nähtiin lähinnä yksittäisen hoitajan toiminnan kautta. Tutkijat korostavat, että positiivista ja avoimempaa keskustelua tulisi

lisätä. Huomioitava on myös, että tapaturmat ja turvallisuus ovat osin eri ilmiöitä. Vahvuuksina Suomalaisessa terveydenhuollossa voidaan pitää aitoa välittämistä, sekä työhön sitoutumista(vrt. kuvio 1). (Pietikäinen ym. 2008.)



Kuvio 1. Turvallisuuskulttuuri (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2011)

Turvallisuus ja potilasturvallisuus on koko organisaation toiminnan tulosta. työ hyvinvointi sekä tuon laatu ovat sidoksissa näihin asioihin. organisaation ja potilasturvallisuuden välistä yhteyttä on tutkittu vähän. Tämän hetken vallitsevana käsityksenä voidaan kuitenkin pitää sitä, että hyvinvoiva hoitaja, joka kokee työnsä mielekkääksi lisää selkeästi potilasturvallisuutta. Hoitajalla tulee olla selkeä tieto omasta roolista ja mahdollisimman totuudenmukainen kuva mahdollisista vaaroista ja niiden ehkäisystä kyseisessä toimintayksikössä. (Pietikäinen ym. 2008.)

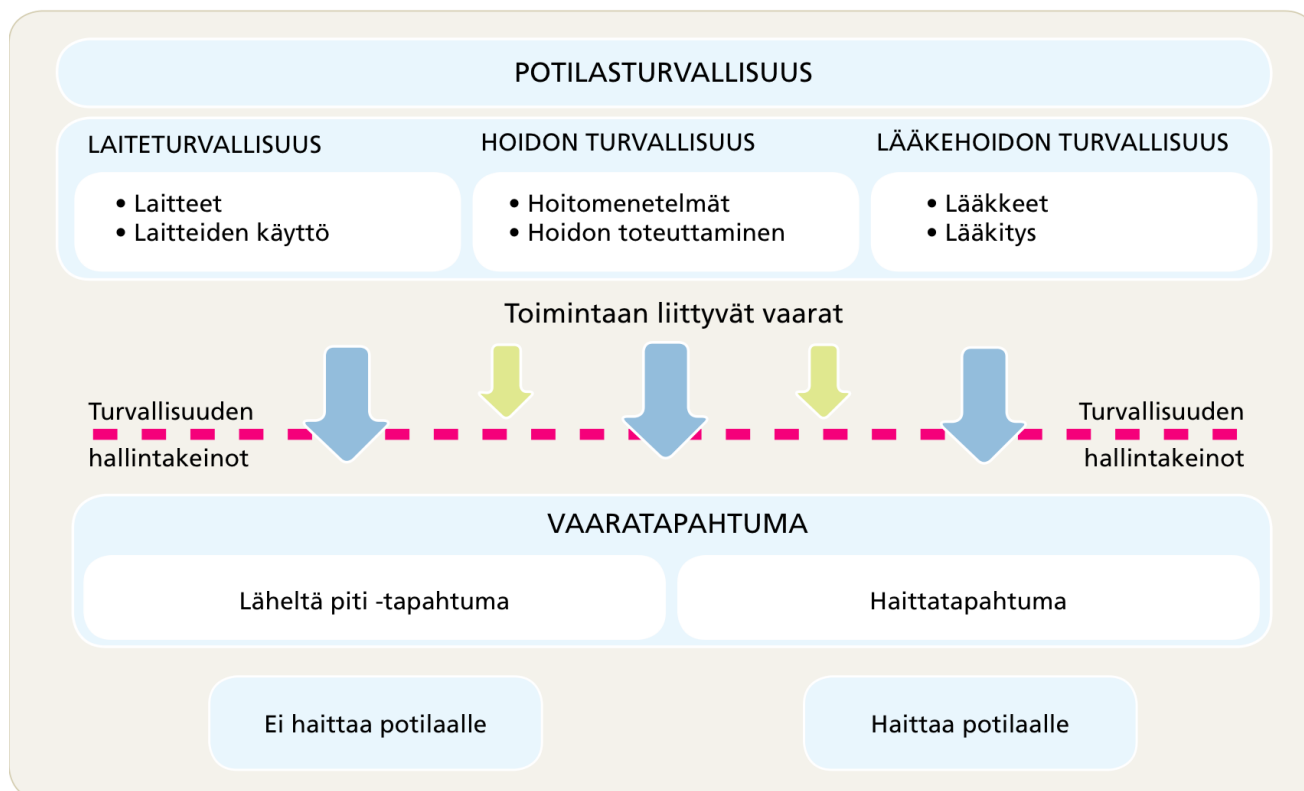
Kulttuurikäsitteessä on muistettava, että ihmiset eivät työskentele yksin tai itsenäisesti jossain tyhjiössä. Turvallisuuskulttuuri viittaa sosiaalisiin, organisaatio keskeisiin ja niistä nouseviin psykologisiin kokemuksiin. Nämä

kolme asiaa muodostavat turvallisuuskulttuuri ilmiön, joka määrää organisaation vallitsevan- tilan ja turvallisuuskulttuurin. Organisaation kehittämisen tärkeinä kulmakivinä voidaan pitää, johtamisjärjestelmän määrittelyä ja johdon toimintaa yhteistyönä, tiedonkulkua, osaamisen yhteensovittamista ja resurssien sekä muutosten hallintaa. (Pietikäinen ym. 2008.)

2.2 Potilasturvallisuus meillä ja maailmalla

Potilasturvallisuus on riippuvainen monista eri osa-alueista (kuvio 2): turvallisuusriskien minimointi, potilasturvallisuuden edistäminen, haittatapahtumien seuranta ja ongelmakohtiin puuttuminen. Olennaista on myös potilaiden ja omaisten osallistuminen, haittatapahtumien raportointi sekä vakavien haittatapahtumien raportointi valtakunnallisiin järjestelmiin. Haittatapahtumien analysointi tulisi tapahtua vähintään hoitotiimin tasolla. Vakavimmat ja yleisimmät haittatapaukset analysoidaan myös yksikkö- ja organisaatiotasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Tampereen yliopistolla tehdyssä tutkimuksessa päädyttiin samankaltaisiin tuloksiin. Tutkimuksessa kehittämis osa-alueiksi nousi muunmuassa työntekijän ominaisuudet, tiedon kulku, kirjaaminen ja raportointi, toimintatavat ja ohjeistus, työnjako ja yhteistyö, koulutus ja perehdytys, tekninen valvonta sekä ympäristö ja johtaminen (Kuisma 2010).

Laiteturvallisuuden vaaratapahtumilla tarkoitetaan laitteiden mahdollista toimintahäiriötä tai laitevikaa. Käyttöturvallisuus on suorassa yhteydessä henkilökunnan saamaan laitekohtaiseen perehdytykseen. Poikkeama laitteen käytössä vaarantaa laitteen käyttöturvallisuutta. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2010.)



Kuvio 2. Potilasturvallisuus kaavio (Kinnunen ym. 2009)

Potilasturvallisuussanastoa on alettu vasta nyt viimeisten kymmenen vuoden kuluessa kehittämään. Yhteisten käsiteiden luomisen merkitys korostuu kun luodaan esimerkiksi raportointijärjestelmiin erilaisia luokituksia ja otsikoita. Ensimmäinen turvallisuussanasto luotiin terveydenhuollon asiantuntijoiden toimesta vuosina 2005-2006. Näin voidaan ehkäistä väärinkäsityksiä sekä myös potilasturvallisuuden kehittäjät ja tutkijat voivat hyödyntää yleisesti hyväksytyjä potilasturvallisuuteen liittyviä käsitteitä. (THL 2011.)

Hoitotyö, lääkehoito ja laitteiden turvallisuus muodostavat potilasturvallisuuden (Stakes 2006, 4.) Ennaltaehkäisy on olennainen osa potilasturvallisuutta, johon tulisi pyrkiä. Tarkoituksena on välttää lieviä ja vakavia vaaratapahtumia. (Palonen ym. 2005, 387-388.) Haittatapahtuma ja vaaratapahtuma on potilasturvallisuuden vaarantavien tekijöiden määritelmiä. Haittatapahtumasta puhutaan kun potilaalle on jo aiheutunut haittaa vaaratapahtuman johdosta. Vaaratapahtumasta puhutaan kun jokin tapahtuma on vaarantanut potilaan turvallisuuden ja siitä olisi voinut aiheutua potilaalle haittaa (Baker ym.

2004.1678-80). Läheltä piti -tapahtumalla tarkoitetaan vaaratapahtumaa, jossa kuitenkin vältytään haitalta syystä tai toisesta. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 38.)

Aktiivisina potilasturvallisuusajattelun kehittäjämaina ovat olleet USA, Australia, Iso-Britannia, Ruotsi ja Tanska (Ojala ym. 2007, 11). Ulkomaisten ja kotimaisten tutkimusten valossa voidaan sanoa, että suurin osa hoitotyöhön liittyvistä haittatapahtumista liittyy lääkehoitoon. Lääkehoidon turvallisuutta pyritään koko ajan parantamaan ja kehittämään Euroopan yhteisössä, Euroopan Neuvoston jäsenmaissa ja maailman terveysjärjestö WHO:ssa. Hoitohenkilökunnan lääkehoidon toteuttamiseen liittyvässä osaamisessa on osoitettu olevan puutteita. Lupakäytännöt ovat myös olleet kirjavia tai osin puutteellisia. Kehittämiskohteita turvalliseen lääkehoitoon ovat: lääkehoidon vastuukysymysten määrittäminen eri toimialoilla, lupakäytäntöjen yhtenäistäminen, työntekijöiden perehdyttäminen, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen sekä koulutuskysymykset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

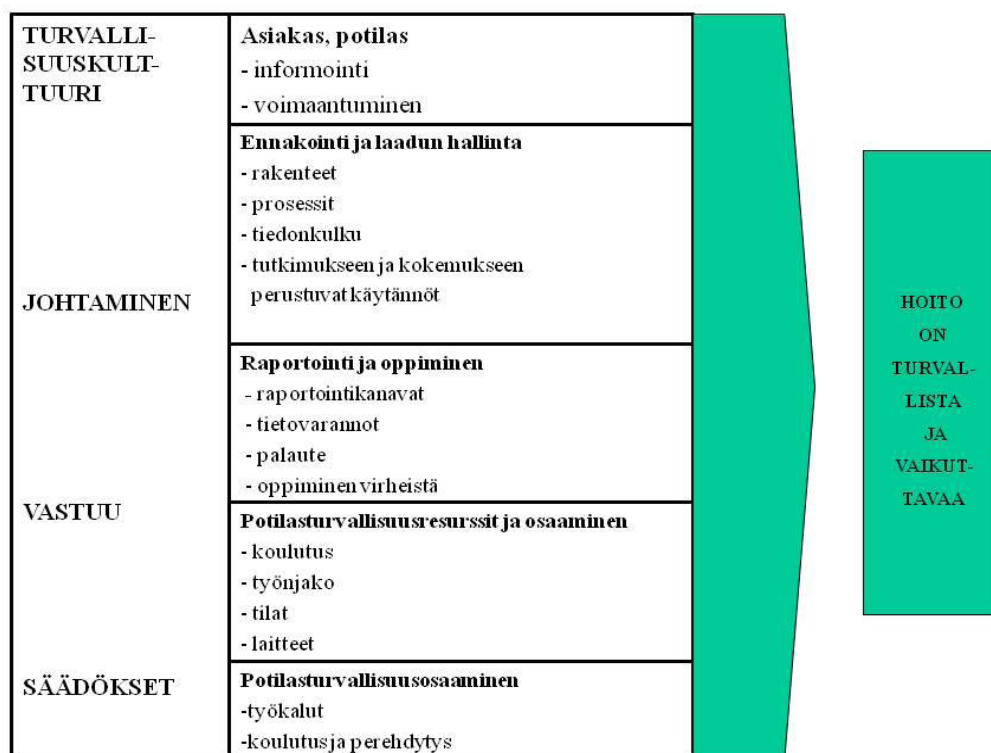
Vuosittain kymmenet miljoonat potilaat ympäri maailmaa vammautuvat pysyvästi tai kuolevat huonon potilasturvallisuuden seurauksena. Lähes yksi kymmenestä potilaasta vammautuu, vaikka hoito tapahtuisikin hyvätasoisessa sairaalassa. (World Health Organization 2009.) Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan noin 44000 - 98000 henkilöä kuolee vuosittain hoidosta aiheutuviin haittoihin. Arviolta noin 5% suuren sairaalan menoista aiheutuu tarvittavan hoidon viivästymisestä tai haittatapahtumista kansainvälisten laskelmien mukaan. Näistä suunnilleen puolet olisi ollut estettävissä (Miettinen 2009.) Suomessa vastaavia tutkimuksia ei ole tehty. On arvioitu, että Suomessa kuolee n.750 - 1500 potilasta vuosittain hoitovirheestä johtuen. Näistä johtuvat kustannukset ovat vuositasona 548 miljoonaa euroa (+ avohoito = 1,2 miljardia euroa). (Gröndahl & Peltomaa 2009.) Texasilaisessa yliopistossa vuonna 2009 tehdyn kirjallisuuskatsauksen mukaan potilasturvallisuuskulttuurin tärkeimmiksi osa-alueiksi nousivat johtaminen, ryhmätyöskentely, näyttöön perustuva hoitotyö, kommunikointi, oppiminen ja kehittäminen sekä potilaskeskeisyys. (Sammer ym. 2009, 157.)

2.3 Potilasturvallisuuden edistäminen

2.3.1 Suomalainen potilasturvallisuus strategia vuosille 2009 - 2013

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuosille 2009 - 2013 toimintasuunnitelman, jolla pyritään parantamaan potilasturvallisuutta ja hoidon vaikuttavuutta. Kyseessä on ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuus strategia. Strategian säännöllisestä päivittämisestä vastaa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuuden kehittäminen on noussut esiin tärkeänä ja huomiota vaativana kehityskohteena maailmanlaajuisesti. EU:n komissio on antanut vuonna 2008 suosituksen, jossa käsitellään potilasturvallisuutta sekä erilaisten infektioiden ehkäisyä ja valvontaa hoitotyössä. Potilasturvallisuusstrategian keskeiset käsitteet ovat: turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu ja säädökset (kuvio 3). Koulutus nousee tärkeään rooliin, sillä se luo jo pohjan turvallisuuskulttuurille.

Toimintayksiköiden johdolla on tärkeä osuus turvallisuusstrategian toteutumisessa. Siihen kuuluu näkyvä vastuunotto potilasturvallisuudesta, henkilökunnan riittävä määrä sekä osaaminen. Myös johdon tekemät päätökset tulee tehdä turvallisuusstrategiaa noudattaen. Organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta. Työntekijällä on myös vastuu kehittää omaa osaamistaan ja turvallista toimintaansa. Vastuu ei ole yksin terveydenhuollon organisaatiolla vaan myös potilaalla itsellään. Potilas on vastuussa kertomiensa tietojen oikeellisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)



Kuvio 3. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009)

2.3.2 HaiPro osana potilasturvallisuuden kehittämistä

Hoitotyön vaaratapahtumien raportointia varten on kehitetty HaiPro raportointimalli. Henkilökunnan aktiivinen tiedonanto vaaratapahtumista on yksi potilasturvallisuuden tärkeistä kulmakivistä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 117.) HaiPro käynnistyi tutkimushankkeena syksyllä 2005, jonka tarkoituksena oli kehittää raportointijärjestelmä Suomen terveydenhuoltoon (Ruuhilehto & Knuutila 2008). HaiPro- ohjelma on käytössä jo yli 40 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä (Knuutila ym. 2009).

Vaasan keskussairaalassa on vuonna 2007 tehty tutkimus HaiProsta potilasturvallisuuden edistäjänä. Tutkimuksen loppuraportissa todetaan HaiPron edistäneen huomattavasti potilasturvallisuutta. Seurantajakson aikana potilasturvallisuudesta alkoi avoimempi keskustelu ja siihen alettiin

kiinnittämään enemmän huomiota kaikilla osa-alueilla. Erilaisista haitta ja läheltä piti tilanteista on opittu keskustelemaan avoimemmin sekä yksittäisen hoitajan syyllistävästä kulttuurista on alettu pääsemään eroon. Myös ilmoitusten tekemisen kynnyks on madaltunut selkeästi. Tutkimuksessa nousi erilaisia kehittämiskohteita kuten lääkehoito, tapaturmien ehkäisy, yhteiset kirjaamiskäytännöt ja potilaan tunnistaminen. Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää potilaiden siirtymiseen yksiköiden välillä ja että mahdolliset riskitekijät ja ajankohtaiset lääkitystiedot siirtyvät potilaan mukana. Näitä saatuja tutkimustuloksia on käytetty koulutustarpeiden määrittämisessä niin työyksiköissä kuin koko organisaatiossakin. Potilasturvallisuusluentoja järjestettiin myös ylemmälle organisaatiolle. (Knuutila 2008, 14 - 15.)

Onnistunut HaiPron käyttöönotto Vaasan keskussairaalassa edellytti, että johto oli motivoitunut ja sitoutunut ylläpitämään toimintaa. Myös lähiesimiehen esimerkillä oli tärkeä rooli käyttöönoton onnistumisessa. Tiedotuksen, koulutuksen sekä monipuolisen viestinnän tulee olla säännöllistä ja rakentavaa. Se että tietoa kerätään, ei yksistään riitä vaan tärkeää on miten kerättyä tietoa hyödynnetään jatkossa. Virheistä oppiminen koskee koko organisaatiota. (Knuutila 2008, 12 - 13.)

2.4 Potilasturvallisuutta ohjaava keskeinen lainsäädäntö

Suomessa on asetettu joukko erilaisia lakeja ja asetuksia joiden tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta sekä turvata niin terveydenhuollon ammattihenkilöstön, kuin potilaidenkin oikeusturva. Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää, että annettava hoito tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin. Toiminnan tulee olla myös laadukasta ja turvallista sekä ammatillista. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa potilasturvallisuuden säädösvalmisteluista. Laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta vastaa kunta, kuntayhtymä tai yhteistoiminta-alue. (Kinnunen ym. 2009, 39.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee keskeiset periaatteet potilaan kohtelusta, hoitoon pääsystä sekä hoidosta. Potilaan

aktiivinen osallistuminen omaan hoitoonsa, itsemääräämisoikeus sekä oikeus saada tietoa. Tämän kyseisen lain merkitystä voidaan pitää suurena myös sen takia, että kyseessä oli ensimmäinen potilaan oikeuksia käsittelevä laki Euroopassa. Potilaslaissa edellytetään myös, että jokaisessa terveydenhuollon yksikössä on nimetty potilasasiamies, jonka tehtävänä on avustaa tarvittaessa potilaita esimerkiksi muistutuksen tekemisessä ja vahingonkorvauksien hakemisessa. Potilasasiamiehen tehtäviin kuuluu myös potilaiden oikeuksien edistäminen ja toteuttaminen. Myös sosiaaliturvaetuksien hakemiseen voi saada apua potilasasiamieheltä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; Heiliö ym. 2001, 320, 328 – 329.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) on laadittu edistämään potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Jotta lain tarkoitus toteutuisi, tulee terveydenhuollon ammattihenkilöillä olla ammatillisentoiminnan edellyttämä koulutus sekä riittävä pätevyys ja valmiudet toimia ammatin vaatimalla tavalla. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; Heiliö ym. 2001, 496.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee aina huomioida potilaalle hoidosta koitua hyöty suhteessa mahdollisiin haittoihin. Hoitoa koskevat päätökset tulee tehdä aina yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Kinnunen ym. 2009, 40.)

Potilasvahinkolaki määrittelee oikeuden saada korvausta henkilövahingosta, joka on aiheutunut terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä. Tämä laki on oleellinen osa potilaan oikeuksia. Henkilövahingolla tarkoitetaan muutosta terveydentilassa, josta on aiheutunut potilaalle haittaa. Kyseessä oleva muutos voi olla tilapäinen tai pysyvä ja se voi olla joko psyykinen tai fyysinen. (Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585; Heiliö ym. 2001, 329 - 330.)

Lääkelain 395/1987 tarkoituksena on edistää ja ylläpitää lääkkeiden turvallisuutta. Tarkoituksena on myös varmistaa, että lääkkeet valmistetaan asianmukaisesti ja että niitä on saatavilla. Lääkkeellä tarkoitetaan valmistetta tai ainetta, jolla voidaan parantaa, lievittää tai ehkäistä sairautta tai siitä johtuvia erilaisia oireita. Sairaanhoidopiirissä voi esimerkiksi olla lääkehuollon toimintaa

varten sairaala-apteekki. Sairaala-apteekin toiminta vaatii Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen luvan. (Läkelaki 10.4.1987/395.)

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010 on laadittu ylläpitämään sekä edistämään turvallisuutta terveydenhuollon laitteiden sekä erilaisten tarvikkeiden käytössä. Tätä kyseistä lakia voidaan soveltaa terveydenhuollon laitteiden sekä niiden erilaisten lisäosien suunnittelussa ja valmistuksessa. Terveydenhuollon laitteet tulee täyttää sille asetetut vaatimukset ja kansalliset standardi määräykset. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629.)

Hallituksen antamassa esityksessä terveydenhuolto lain muuttamisesta HE 90/2010 ehdotetaan, että kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain säädökset yhdistettäisiin terveydenhuoltolaiksi. Tarkoituksena on edistää terveyttä ja hyvinvointia palveluntarpeiden kasvaessa. Esityksessä korostuu myös erilaisten terveysongelmien ennaltaehkäisy. Kustannusten hallinta edellyttäisi myös tiiviimpää yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Sosiaalihuollon palvelut pitäisi saada myös paremmin sisällytettyä terveydenhuoltoon, jotta saadaan aikaan eheämpi palvelukokonaisuus. (Hallituksen esitys 90/2010.)

2.5 Potilasturvallisuutta valvovia tahoja

2.5.1 Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto

Vuonna 2009 Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ja sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV) yhdistyivät uudeksi sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan keskusvirastoksi (Valvira). Valviralla on monenlaisia tehtäviä, joista monet ovat kytköksissä potilasturvallisuuteen. Näiden tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin parantaminen. Hyvät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat edellytys terveyden edistämiseksi. Tämä vaatii palveluiden ja laadun sekä vaikuttavuuden jatkuvaa arviointia. Valviran valvonnan alaisuuteen kuuluu terveydenhuolto, sosiaalihuolto, alkoholihallinto sekä ympäristöterveydenhuolto. Näitä osa-alueita ohjaavat lukuisat lait ja asetukset. Valvira pyrkii parantamaan terveyden- ja sosiaalihuollon toimivuutta

erilaisten määräysten, ohjeistusten sekä suositusten avulla. Mikäli palvelujärjestelmissä havaitaan epäkohtia tai riskejä pyritään ne tunnistamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Alueellisia eroja ei Valviran toiminnassa ole vaan se on yhteneväistä koko Suomessa. Kansainvälinen yhteistyö ja EU:ssa vaikuttaminen on osa toimintasuunnitelmaa. (Valvira 2010. 2 - 3.)

Suomen laissa on tarkasti määritelty kuka saa toimia terveydenhuollon ammatissa. Ammatinharjoittamiseen vaadittavat luvat voidaan jakaa kolmeen eri kategoriaan. Näitä ovat oikeus toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä, oikeus käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä sekä rajoitettu lupa harjoittaa lääkärin ammattia. Suomen lainsäädännön mukaan henkilö, jolla ei ole lain edellyttämää terveydenhuollon pätevyyttä ei voi harjoittaa terveydenhuollon ammattia. Luvattomasta ammatinharjoittamisesta voidaan tuomita sakko- tai vankeusrangaistukseen. Kuka tahansa voi tarvittaessa tarkistaa henkilön ammatillisen laillistuksen julkiterhikistä eli terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietopalvelusta. Poikkeuksena ovat alan opiskelijat. Hoitoalan opiskelijoiden kohdalla tämä tarkoittaa, että opinnoista kaksi kolmasosaa on suoritettu, jotta voi toimia määräaikaisena terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä. Lisäksi opiskelijalle, joka toimii terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävässä, tulee kirjallisesti nimetä vastaava ohjaaja. Ohjaajan tulee olla laillistettu ammattihenkilö, joka toimii kyseisessä yksikössä. Opiskelijan toimintaa tulee seurata, valvoa ja ohjata. Mikäli puutteita ilmenee tai potilasturvallisuus vaarantuu, on opiskelijan toiminta keskeytettävä välittömästi. Työnantajalla on velvollisuus arvioida opiskelijan valmiudet sekä määritellä tehtävät, vastuu, toiminnanrajat sekä muut velvoitteet. Työnantajan tehtävä on myös selvittää, että opiskelija on suorittanut opintonsa hyväksyttävästi. (Valvira 2011.)

2.5.2 Potilasvakuutuskeskus

Parhaalla mahdollisella hoidollakaan ei pystytä pois sulkemaan kaikkia riskejä. Jos hoidossa kuitenkin ilmenee vaara- tai haittatapahtumia voi potilas olla oikeutettu potilasvahinkolain määrittelemiin korvauksiin.

Potilasvahinkokorvaukset on Suomessa keskitetty potilasvakuutuskeskukseen, missä tehdään myös korvauskäsittelyt. Vuonna 2010 potilasvahinkoilmoituksia tehtiin 7295, joista korvattiin 2167 potilasvahinkoa. Noin joka kolmannes tehdyistä ilmoituksista korvataan.

Hylkäävän päätöksen syynä on yleensä se, että aiheutunutta vahinkoa ei ole voitu välttää. Infektiotapauksissa korvataan vain vakavimmat tapaukset. Mikäli vahingon korvaus jää 200 euron alle tai katsotaan muutoin vähäiseksi, niin vahinkoa ei korvata. Korvauksen hakeminen edellyttää, että on tapahtunut henkilövahinko. Käytännössä tämä tarkoittaa sairautta, ruumiin vammaa tai kuolemaa. Korvausta ei voi hakea ajanhukasta tai mielipahasta. Mikäli kuitenkin potilas kokee tullessa kohdelluksi huonosti voi hän tehdä potilaslain nojalla muistutuksen kyseisen hoitolaitoksen johtajalle. Potilasvahinkokorvauksien kokonaiskustannukset olivat vuonna 2010 32,6 miljoonaa euroa. (Potilasvakuutuskeskus 2011.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksemme tarkoitus oli selvittää Turun sosiaali- ja terveystoimen yksiköiden johtajien näkemyksiä potilasturvallisuuskulttuurista sekä potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä tulosalueella

Tutkimusongelmat:

1. Millainen potilasturvallisuuskulttuuri vallitsee Turun sosiaali- ja terveystoimessa yksiköiden johtajien kuvaamana?
2. Miten yksiköiden johtajat arvioivat potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä tulosalueellaan?
3. Miten ylemmän organisaation osuus näkyy potilasturvallisuudessa?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Keräsimme aineiston teemahaastattelu mallia käyttäen. Haastateltava pystyi tällöin tuomaan esiin vapaammin omat näkemyksensä ja kokemuksensa, kun haastattelu oli keskustelunomaista. Haastattelu eteni teemoittain eikä yksityiskohtaisten kysymysten mukaisesti. (vrt. Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) Liitteenä oleva teemahaastattelurunko on laadittu tutkimusongelmien pohjalta. Teema 1 vastaa tutkimusongelmaa 1, eli millainen potilasturvallisuuskulttuuri vallitsee Turun sosiaali- ja terveystoimessa yksiköiden johtajien kuvaamana. Teema 2 vastaa tutkimusongelmaa 2, eli miten ylihoitajat arvioivat potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä tulosalueellaan. Teema 3 vastaa tutkimusongelmaa 3, eli miten ylemmän organisaation osuus näkyy potilasturvallisuudessa. Ylemmällä organisaatiolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ylihoitajia, tulosaluejohtajia sekä palvelujohtajia.

4.1 Tutkimusmetodologinen lähtökohta

Työmme lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Keräsimme teemahaastattelun (Liite 1) avulla tietoa potilasturvallisuuskulttuurista, potilasturvallisuudesta. Tutkimuksen analysoinnissa käytimme induktiivista sisällönanalyysia. Kohderyhmänä olivat Turun sosiaali- ja terveystoimen yksiköiden johtajat, sillä he luovat edellytykset hyvän potilasturvallisuuden toteutumiselle.

Teemahaastattelu on strukturoidun haastattelun ja strukturoimattoman haastattelun välimaastossa. Mitään täsmällistä määritelmää tästä puolistrukturoidusta haastattelumenetelmästä ei ole. Menetelmällä on mahdollista selvittää yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. Teemahaastattelu ottaa huomioon siis enemmän yksilön kuin kyselylomake (Hirsjärvi & Hurme 2000,42, 48).

4.2 Tutkimuksen käytännön toteutus

Tutkimusluvan saatuamme otimme yhteyttä haastateltaviin. Luvan myönsi Turun sosiaali- ja terveystoimen tutkimus ja kehitysyksikkö. Haastateltavat

valikoituivat seitsemän ylihoitajan, yhden hoitotyön projektisihteerin sekä viiden vanhuskeskuksen johtajan keskuudesta. Näistä haastateltiin kahdeksan henkilöä. Yhteydenotto tapahtui puhelimitse, jossa kerroimme keitä olemme sekä tutkimuksemme aiheen ja tarkoituksen. Selvitimme tässä vaiheessa henkilöille, että haastattelu on täysin luottamuksellinen ja vapaaehtoinen. Kerroimme myös, että haastattelut tullaan nauhoittamaan ja aineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Puhelinkeskusteluissa nousi esiin myös kysymyksiä aineiston tutkimusmetodiikasta, tutkimusluvasta ja haastateltavan henkilöllisyyden tunnistettavuudesta lopullisessa työssä. Jokaiselle haastatteluun suostuneella annoimme puhelun päätteeksi vielä yhteystietomme, mikäli haluaa perua haastattelun, siirtää aikaa tai muuten on herännyt lisäkysymyksiä tutkimukseen liittyen.

Haastatteluajat sovittiin haastateltavien aikatauluihin sopiviksi. Teemahaastattelu suoritettiin sovituspaikassa, jonka henkilö oli itse valinnut. Käytännössä se tarkoitti henkilön työhuonetta. Haastatteluiden pituus vaihteli suuresti 15 minuutista hieman toista tuntia kestävään. Kun haastattelut oli saatu tehtyä, aloitimme litteroinnin eli haastatteluiden kirjoittamisen tekstimuotoon. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 48 sivua. Perehdyimme tarkemmin litteroituun aineistoon ja aloimme työstämään tekstistä pelkistettyjä ilmauksia, jotka alleviivasimme. Jokaisesta haastattelusta kokosimme kummatkin erikseen pelkistetyt ilmaukset, jonka jälkeen etsimme samankaltaisia merkityksiä. Tämän jälkeen aloimme yhdistämään pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia. Näistä alaluokista teimme yläluokkia ja niitä yhdistelemällä saimme pääluokat.

4.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisiä ongelmia olemme käsitelleet kolmesta eri näkökulmasta: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on määritellyt nämä eettisen periaatteiden lähtökohdiksi. (Kuula 2010.)

Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen kuuluu osallistumisen vapaaehtoisuus ja suostumus. Tutkittavalle tulee kertoa tutkimuksen aihe, tarkoitus ja toteutus sekä aikataulu. Tutkijoiden yhteystiedot on myös hyvä antaa tutkittavalle, jotta tutkittava voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Selvitys tulisi antaa myös kerätyn aineiston käyttötarkoituksesta, säilytyksestä sekä myöhemmästä hävityksestä. (Kuula 2010.)

Vahingoittamisen välttämällä tarkoitamme tässä lähinnä henkisten haittojen välttämistä. Tutkittavaa tulee kunnioittaa ja suhtautua häneen kohteliaasti. Myös tietosuojasta tulee huolehtia.. Tutkimustuloksia esittäessä tulee välttää arvostelevaa, epäkunnioittavaa sekä asenteellista sävyä.(Kuula 2010.)

Yksityisyyden ja tietosuojan keskeiset asiat ovat tutkimusaineiston hyvä säilyttäminen ja asianmukainen hävittäminen. Tutkijan on myös muistettava tuloksia julkaistaessa tutkittavan yksityisyyden suojaaminen. (Kuula 2010.)

Luotettavuutta tulee tarkastella tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Laadullisessa tutkimuksessa tulee kiinnittää huomiota haastattelutilanteeseen, aineiston analyysiin sekä raportointiin (Salmela 2010).

Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa haastattelujen laatu. Tähän kuuluu haastattelu nauhojen hyvä äänen laatu sekä litteroinnin yhdenmukaisuus. Myös luokittelun tulee olla hyvää, eikä sattumanvaraista. Luotettavuus riippuu myös muista tekijöistä, joita ovat aineiston reliaabelius ja validius. Reliaabeliuden ja validiuksen tärkeimmäksi asiaksi nousee itse haastattelijan. On ensiarvoisen tärkeää, että haastattelijalla ei ole asiasta minkään laisia ennakoajatuksia. Myös haastattelijan taito löytää aineistosta objektiivinen totuus ja todellisuus korostuu.(Hirsjärvi & Hurme. 2000.185)

Tässä työssä on käsitelty luotettavuutta reliaabeliuden ja validiteetin näkökulmista. Reliaabelius tarkoittaa, että mittaustilanne on toistettavissa. Tällöin tulokset eivät siis ole sattumanvaraisia. Reliaabeliutta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Yksi tapa todeta reliaabelius on, että

kaksi eri arvioitsijaa päätyy samaan lopputulokseen asiassa. (Hirsjärvi ym. 2000, 213.) Aineistoa tutkittaessa kävimme molemmat erikseen litteroinnin pelkistämävaiheen läpi, jonka jälkeen vertasimme saatuja tuloksia. Ne olivat hyvin yhteneväiset, josta voimme päätellä työn reliaaabeliuden olevan hyvä. Validius on toinen tapa tutkia luotettavuutta. Tarkoituksena on arvioida mittarin kykyä mitata asiaa, jota halutaan saada selville. Mittarin kyky tuottaa haluttua asiaa ei aina toteudu tutkijan haluamalla tavalla. Näin voi käydä esimerkiksi silloin, kun tutkittavat vastaavat toisin, kuin tutkija on alkujaan suunnitellut. (vrt. Hirsjärvi ym. 2000, 213 - 214.) Työmme osalta validius ei täysin toteutunut, sillä teema ykköseen saadut vastaukset olivat eri näkökulmasta annettuja, kuin olimme alun perin suunnitelleet.

Tutkimuksessamme huomioimme eettisyyden ja luotettavuuden merkityksen laadullisen tutkimuksen näkökulmista. Ennen haastattelun aloittamista kerrataan haastattelun olevan täysin luottamuksellinen sekä mainitaan, että kerätty haastatteluaineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Anonymiteetti huomioidaan tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa, eikä valmiista tutkimuksesta voida yksilöä tunnistaa. Ennen virallisen haastattelun aloittamista kerrataan, että haastattelu tullaan nauhoittamaan tutkittavien luvalla. Aloitetaan haastattelu ja pyritään, että tilanne olisi olosuhteisiin nähden mahdollisimman rento. Haastattelun jälkeen annettiin vielä mahdollisuus palautteeseen sekä jätettiin yhteystiedot, mikäli mahdollisia lisäkysymyksiä ilmenee.

Jokaisessa haastattelussa tuli esiin asioita, joita ei oltu vielä aikaisemmissa haastatteluissa nostettu esiin. Aihe oli käsitteiltään laaja ja monitahoinen, minkä johdosta on oletettavaakin että mielipiteiden kirjo on laaja. Aiheen tutkiminen olisi vaatinut suuremman määrän haastateltavia, mutta kiireisen aikataulun vuoksi se ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista toteuttaa.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastattelun alussa teimme haastateltaville kartoittavia kysymyksiä, joita olivat koulutus ja työvuosien pituus. Koulutus kysymys jätettiin myöhemmin analysoinnista pois, jotta saatoimme turvata haastateltavien anonymiteetin. Työvuosien pituudet vaihteli ja keskimääräinen työvuosien pituus oli noin 30 vuotta.

Jokainen teema alue analysointiin erikseen, jolloin saimme vastauksia asettamiimme tutkimusongelmiin. Haastateltaessa huomasimme, että saadut vastaukset olivat hyvin monitahoisia ja vastauksista saatiin moniin eri kysymyksiin vastaus samanaikaisesti. Haastatteluista kuvastui se, miten monesta eri näkökulmasta potilasturvallisuutta voi lähestyä. Asioita nousi esiin mielipiteinä, kokemuksina sekä teoriatietoon pohjautuvina. Jokainen haastateltava painotti tärkeiksi kokemiaan asioita ja yhteneviä kohtia haastattelujen välillä löytyi useita. Yksiköiden väliset eroavaisuudet aiheuttivat sen, että joihinkin teemojen alla oleviin kysymyksiin saadut vastaukset olivat hyvin poikkeavia toisistaan. Teemat herättivät haastateltavissa monenlaisia ajatuksia ja tunteita. Monet kokivat hyväksi aiheen esille tuomisen, sillä se herättää yleistä keskustelua.

5.1 Yksiköiden johtajien kuvaus vallitsevasta potilasturvallisuuskulttuurista Turun sosiaali- ja terveystoimessa

Potilasturvallisuuskulttuuri käsitteen moni koki hyvin vieraaksi ja vastaukset olivatkin enemmän käytännönläheisiä huomioita potilasturvallisuuteen liittyen. Haastateltavat lähestyivät potilasturvallisuuskulttuuria kahdesta eri näkökulmasta. Tuloksissa nämä kaksi näkökulmaa muodostivat kaksi eri pääluokkaa (liitekaavio1 ja liitekaavio 2.) potilasturvallisuuden ja hoitotyön turvallisuuden.

Osalle haastateltavista nousi myös teemojen kautta lisäkysymyksiä sekä osin myös uutta tietoa. Jatkuva kehittäminen potilasturvallisuuden näkökulmasta nousi esiin esimerkiksi HaiPron myönteisenä käyttöönottona. Haastateltavat kokivat potilaiden ja omaisten tietoisuuden potilasturvallisuudesta kasvaneen ja

tämä on osaltaan tuonut uusia näkökulmia potilasturvallisuuden kehittämistarpeille.

Yksikön johtajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria monesta eri näkökulmasta ja useat kokivat haasteelliseksi kysymyksiin vastaamisen aiheen laajuuden vuoksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema suomalainen potilasturvallisuus strategia vuosille 2009 - 2013 oli osalle haastateltavista täysin vieras tai melko vieras. Asiasta oltiin kuitenkin kiinnostuneita ja pidettiin hyvänä sen esiin tuomista haastattelun aikana. Strategian huomiointia yksiköiden toimintasuunnitelmissa ei osattu tarkemmin määritellä.

Yhdeksi pääluokaksi muodostui potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden ilmenemisenä haastateltavat pitivät yksilön turvallisuuden tunnetta, johon katsottiin kuuluvaksi fyysinen, psyykkinen, henkinen ja sosiaalinen turvallisuus (liitekaavio 1). Turvallisuuden toteutuminen näillä osa-alueilla koettiin potilasturvallisuuden tärkeäksi kulmakiveksi.

Moni haastateltavista kertoi, että heidän tulosalueellaan on kiinnitetty huomiota sekä panostettu fyysiseen turvallisuuteen. Keinoina oli käytetty tilojen saneerausta sekä tilojen toimivuuden uudelleen suunnittelua. Käytännössä tämä tarkoitti esteettömän kulun turvaamista, tarvittavien apuvälineiden hankkimista ja käytännöllistä sijoittelua. Asioita oli pyritty ajattelemaan myös potilaan näkökulmasta esimerkiksi henkilökohtainen soittokello, riittävä valaistus sekä potilaiden yksilölliset tarpeet huomioiva sijoittelu osastolla.

Psyykkistä turvallisuutta arvioitiin täysin omana kokonaisuutena, mutta myös vahvasti liitännäisenä fyysiseen turvallisuuteen. Hoitajan vuorovaikutustaidot sekä empaattisuus nostettiin yhdeksi psyykkistä turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Potilaan ohjaus ja opastus omasta terveydentilastaan sekä hoidon jatkuvuus koettiin tärkeäksi. Alentunut fyysisen turvallisuuden tunne saattoi joissain tilanteissa aiheuttaa psyykkistä turvattomuuden tunnetta.

" No jos vaik pelkää et se tippuu sängystä ku ei oo laitoi ni silloha se ei uskalla nukahtaa ku pelkää sitä tippumista ja et siin käy huonosti."

Henkistä turvallisuutta käsitteli haastatelluista muutama. Yksinkertaisesti sanottuna henkinen turvallisuus voi olla sitä, että yksilö voi toteuttaa ja noudattaa omaa uskontoaan. Mahdollisuus keskustella uskonasioista sairaalapastorin kanssa sekä mahdollisuus tulla siunatuksi mainittiin perusasioina, jotka lisäävät henkistä turvallisuutta. Muihin uskontokuntiin kuuluvien henkistä turvallisuutta tulee tukea.

" Vanhukset monesti kaipaa jutustelua jumalan läsnäolost. Meilhän on saatavil sairaalapastori tämmössii tilantei varte."

Sosiaaliseen turvallisuuteen katsottiin kuuluvaksi taloudellinen tilanne, omaiset, ystävät ja oma koti ympäristönä. Tarkennuksia näihin kohtiin ei enempää tullut. Sosiaalihoitaja mainittiin muutamaan otteeseen moniammatillisen tiimityöskentelyn yhteydessä.

Toinen pääluokka oli hoitotyön turvallisuus (liitekaavio 2). Tähän liitettiin kuuluvaksi hoitajan taustoihin, tietoihin ja osaamiseen liittyviä asioita. Tässä myös korostettiin hoitajan itsenäisesti tekemiä valintoja ja päätöksiä sekä vastuunottoa. Potilasturvallisuuskulttuuri näkökulmasta tämä merkitsee, että yksiköiden johtajilla on vastuu hoitotyöntekijöiden laillisesta pätevyydestä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että työntekijällä on asianmukainen koulutus, riittävä tietotaito sekä oikeanlainen asenne.

Koulutus tulee olla asianmukainen tehtävään työhön nähden sekä työpaikkakoulutusten tarpeellisuutta pidettiin merkittävänä. Työpaikkakoulutusten tuomaa hyötyä arvioitiin myös aktiivisesti. Tämä näkyi esimerkiksi ergonomiakoulutusten jälkeen hyvien siirtotekniikoiden käyttöönottona.

" Koulutukset aktivoivat ihmiset miettimään"

Lääkehoidossa tämä oli havaittavissa HaiPron lisääntyneellä käytöllä. Sijaisten ja opiskelijoiden kohdalla painotettiin hyvää ja asianmukaista perehdytystä.

Työntekijän riittävä tieto-taito on hyvin merkitsevä, jotta hyvä potilasturvallisuus toteutuisi. Hyvän tietotaidon pohjana on asianmukainen koulutus sekä oikeanlainen asenne. Hoitajan tulee olla aktiivisessa roolissa oman

kehittymisensä kannalta sekä toimia vastuullisesti ammatissaan. Toiminnan tulee olla myös eettisesti hyväksyttävää ja moraalisesti perusteltua. Tietotaitoon kuuluu myös, että tunnistaa ja tiedostaa hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö.

Turvallisen hoitotyön rinnalle nousi toisena tärkeänä osa-alueena lääkehoidon turvallinen toteutuminen. Turvallisen lääkehoidon toteutuminen on ollut yksi Turun sosiaali- ja terveystoimen viime vuosien tärkeimpiä kehittämiskohteita. Moni haastateltavista totesikin, että tähän asiaan on panostettu paljon. Lääkehoidon osaamista päivitettiin koulutuksilla sekä tarvittaessa järjestettiin lääkehoitoon liittyvä testaus kokein. Hoitajilla on ollut myös mahdollisuus osallistua lääkelaskuklinikalle. Turvallista lääkehoitoa tukee myös HaiPron aktiivinen käyttö.

Haastateltavista vain muutama toi esiin laiteturvallisuuden. Asiasta kysyttäessä tuli ilmi monenlaisia näkökulmia, mutta mitään ei erityisesti korostettu. Laiteturvallisuuden osuus kokonaiskuvassa nähtiin melko pienenä. Tärkeimmäksi näkökulmaksi nähtiin hoitajan tietotaito käyttää laitetta oikein. Muita mainintoja oli laitteen ajanmukaisuus, käytännöllisyys ja säännöllinen huolto.

5.2 Yksiköiden johtajien arvioita potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä tulosalueillaan

Tämän luokittelun tulokset jaettiin kahteen pääluokkaan henkilökunnasta johtuviin sekä olosuhteista johtuviin (liitekaavio 3). Henkilökunnasta johtuvien syiden alta lähti selkeästi kaksi päälinjaa käyttäytyminen ja perehdytys. Käyttäytymiseen liitettiin kuuluksi asenteen merkitys sekä hoitajien kokema kiireen tunne.

Asenteen merkitystä korosti jokainen haastateltava. Oikeaa asennetta pidettiin yhtenä hyvän ammattitaidon kriteerinä. Tiedon vastaanottamisella, sisäistämällä sekä saadun tiedon hyödyntämisellä käytännössä todettiin olevan suora yhteys asenteeseen. Asenteen lisäksi tärkeää on myös työntekijän persoonallisuus ja kuten osa haastateltavista totesikin, että hoitotyötä tehdään omalla persoonalla.

Kiire oli aihe, jota yksikään haastateltavista ei väheksynyt. Asiaa kuitenkin katsottiin huomattavasti laajemmista näkökulmista, kuin työyksikön yksittäinen hoitaja kenties katsoisi. Aihetta lähettiin lähestymään hoitajan ammatillisen osaamisen näkökulmasta. Perustellusti on ymmärrettävää, että hoitajan vuosien tuoma työkokemus voi vaikuttaa myös alentavasti kiireen tunteeseen. Myös työntekijän persoonallisuuden koettiin olevan kytköksissä kiireen tuntemiseen.

”Kiire on katsojan silmässä.”

Kiirettä voidaan käyttää myös torjumaan epämiellyttäviltä tuntuvia muutosehdotuksia. Kielteinen asenne voidaan pistää kiireen syyksi.

”Kiireen taakse on myös helppo paeta”

Kiire on myös merkittävä tekijä työhyvinvoinnin sekä työntekijän jaksamisen kannalta. Kuitenkin on huomioitava, että työyksikön esimiehen on selvitettävä asiaa, mikäli työyksiköissä ilmenee jatkuvaa kiirettä ilman tasaisia vaiheita. Jatkuvana rasituksena kiire voi aiheuttaa työntekijälle valtavaa stressiä ja sitä kautta terveydellisiä ongelmia, kuten työuupumusta.

Toisena päälinjana esiin nousi perehdytys. Tämä nähtiin erittäin merkittävä tekijänä työntekijän sopeutumiselle uuteen työympäristöön sekä hyvän potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Haastateltavat korostivat, että hyvä perehdytys on jokaisen työntekijän ja opiskelijan oikeus. Hyvän perehdytyksen pituus on verrannollinen työn vaativuuteen nähden.

Toiseksi pääluokaksi tuli olosuhteista johtuvat tekijät. Nämä tekijät jakaantuivat kolmeen päälinjaan, joita olivat tilat, välineet sekä hälytysjärjestelmät. Haastateltavat toivat tiloista puhuessaan negatiivisina piirteinä esiin niiden ahtauden ja epäkäytännöllisyyden. Ahtauden tuomat ongelmat korostuivat varsinkin kun potilaita oli tulossa enemmän mitä oli paikkoja. Tarvittaessa potilaita joudutaan sijoittamaan ylipaikoille. Vanhat rakennukset tilaratkaisuineen eivät kaikilta osin enää palvele nykypäivän tarpeita. Tästä johtuen monet tilat ovat varsin epäkäytännöllisiä. Välineiden turvallisuudesta katsottiin tärkeimmiksi asioiksi oikeanlainen ja turvallinen käyttö ja säännöllinen

huolto. Hälytysjärjestelmien keskeisimmät maininnat olivat: paloturvallisuuden ja hälytyskaavioiden ajanmukaisuus sekä säännölliset tarkistukset ja koulutukset.

5.3 Ylemmän organisaation osuus potilasturvallisuudessa

Ylemmän organisaation vastuukysymykset potilasturvallisuuskulttuurista nähtiin eri tavoin. Vastuukysymyksiä perusteltiin hyvin ja monipuolisesti, niin organisaatiolähtöisesti kuin yksilölähtöisesti. Turun sosiaali- ja terveystoimen yhdistyminen toi mukanaan muutoksia, jolloin potilasturvallisuuden tarkastelu tuli ajankohtaiseksi. Tämän yhdistymisen myötä yhteistyön odotetaan olevan helpompaa ja käytännöllisempää. SoTe:lla on myös oma turvallisuussuunnittelija, joka on mukana kehittämässä potilasturvallisuutta. Ylemmän organisaation sitoutuneisuus edistämään ja ylläpitämään potilasturvallisuutta koettiin merkittäväksi tekijäksi.

Haastateltavien vastaukset jaettiin karkeasti kolmeen luokkaan: tiedon välitys, valvonta sekä käytännöntyön mahdollistaminen (liitekaavio 4). Ensisijainen merkitys tiedon välitykselle oli, että haastateltavat toimivat yhdyslinkkinä käytännöntyöntekijöiden sekä ylemmän johdon välillä. Näin varmistetaan tiedon kulku ja ajanmukaisuus molempiin suuntiin. Tiedonkulun lisäksi toimenkuvaan koettiin kuuluvaksi myös yhteisymmärryksen parantaminen molempiin suuntiin esimerkiksi muutosvastarinta tilanteissa.

Valvonta katsottiin ulottuvaksi yksittäisestä työntekijästä koko tulosalueen kattavaksi. Mikäli epäkohtia ilmenee, tulee yksikön johtajan puuttua asiaan, niissä tapauksissa joissa tilanne ei ratkea lähiesimiehen avulla. Myös yksikkötasolla toimintaa valvotaan.

”Esimiehel vastuu siit et ohjeistuksii noudatetaan ja...ja luodaan mahdollisimman hyvät puitteet”

Raportointi ylemmälle johdolle tapahtuu säännöllisesti, jotta voidaan ennaltaehkäistä mahdollisia ongelmakohtia. Valvontaa kuului myös paloturvallisuus, hälytysjärjestelmät, hälytyskaavioiden ajanmukaisuus, turvallisuussuunnitelmien ajantasalla pitäminen, terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lainsäädännön toteutuminen ja rakennuksen turvallisuus.

Käytännöntyön mahdollistaminen nähtiin monitahoisena asiana, johon nähtiin kuuluvan myös suuri vastuu. Ajantasaisen tiedon hankkimisen ja omaksumisen mahdollistaminen on tärkeää, jotta turvataan hyvän potilasturvallisuuden toteutuminen. Resurssien määrittäminen ja mahdollinen lisätyövoiman anonta kerrottiin kuuluvan toimenkuvaan. Haastateltavat kertoivat myös vastaavansa tarvittavista laitehankinnoista ja hoitovälineistä, joita yksiköt tarvitsevat. Hyvän potilasturvallisuuden toteutuminen koettiin edellyttävän myös henkilökunnan ja opiskelijoiden turvallisuuden huomioimisen.

Kysymys johdon vastuun korostamisesta jakoi mielipiteitä. Moni kuitenkin oli sitä mieltä, että nykyinen käytäntö on hyvä. Perustelut vastausten takana olivat monipuolisia ja ajatuksia herättäviä, kuten seuraavista haastattelun lainauksista ilmenee.

” Jos johdon vastuuta korostettais ni se vois vieraannuttaa, mä en pidä siitä ajatuksesta. Sit meil tulee joku ylijumala, jonka suojelukses voi sitä olla.”

”Kyllä. Mun mielestä vastuu on mulla. Ehdottomasti”

”En nyt osaa sanoa täytyykö sitä vastuuta nyt niin korostaa. Vastuuhan on olemassa korostamattaki.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tällä tutkimuksella haettiin vastausta siihen millainen potilasturvallisuuskulttuuri on Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Teema 1 kohdalla moni haastateltavista vastasi enemmän potilasturvallisuuden kuin potilasturvallisuuskulttuurin näkökulmasta. Tällöin potilasturvallisuutta lähdettiin tarkastelemaan yksilötasolla eikä niinkään organisaation näkökulmasta. Lähtökohtina toimivat yksilön omat voimavarat sekä tarpeet. On kuitenkin huomioitava, että hyvä ja toimiva potilasturvallisuus kertoo hyvästä potilasturvallisuuskulttuurista. Viitekehiksemme teoria tukee tätä, kuten Kinnunen ym. (2009, 66-67) toteaa, että vaikka puhutaankin potilaskulttuurin yhteydessä organisaatiokeskeisyydestä ei yksilöä voida asia yhteydestä erottaa, sillä ne tukevat toinen toisiaan. Saaduista tuloksista voidaan päätellä, että SoTe:ssa vallitseva potilasturvallisuuskulttuuri on suhteellisen hyvä ja ajanmukainen, joskin uusien muutosten käyttöönotto on ollut hieman hidasta. Tämä näkyi muun muassa STM:n suomalaisen potilasturvallisuus strategian melko huonona tuntemisena. Turun SoTe:ssa HaiPron käyttöönotto muillakin hoitotyön osa-alueilla kuin vain lääkehoidon alueella on vielä keskeneräistä. Muutama haastateltava toi esiin, että HaiPron käytön laajentaminen on suunnitelmassa mutta ajankohta jäi vielä kysymysmerkiksi. Näistä voidaan päätellä, että SoTe:ssa ollaan kiinnostuneita kehittämään potilasturvallisuutta mutta koko organisaation koneiston käynnistyminen vie aikansa. Vaasan keskussairaalassa vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa HaiPron käytöstä todettiin HaiProlla olleen huomattava potilasturvallisuutta edistävä vaikutus.

Yleisesti ottaen yksiköiden johtajat pitivät potilasturvallisuuden toteutumista hyvänä. Hyvästä potilasturvallisuuden tilasta kertoo se että, yksiköiden johtajat joutuvat puuttumaan ongelmiksi nousseisiin asioihin varsin harvoin. Huomioitavaa on kuitenkin, että monet yksiköiden ongelmat on jo ratkaistu lähiesimies tasolla.

Teemaan kaksi saadut vastaukset olivat hyvin yhteneväisiä teemaan yksi saatujen vastausten kanssa. Tämä aiheutti ongelmia tuloksia tarkasteltaessa.

Teema kakkosen kohdalla haastateltavien vastaukset olivat kovin suppeita ja moni kokikin jo vastanneensa näihin jo teema ykkösen kysymyksissä. Mielestämme teema kakkosen vastaukset olivat osittain kuin tiivistelmää teema ykkösestä.

Teemaan kaksi saaduista vastauksista voi päätellä, että on tärkeää kiinnittää huomiota hoitajan omaan käyttäytymiseen niin verbaaliseen kuin nonverbaaliseenkin. Asenne ratkaisee paljon millainen hoitosuhde potilaaseen muodostuu. Myös potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta katsottuna voidaan sanoa asenteen merkityksen korostuvan. Huono asenne heijastuu usein myös työn laatuun ja lopputulokseen. Myös Kinnunen ym. (2009) toteavat, että potilasturvallisuuskulttuuriin liittyy olennaisena osana työntekijän oma persoonallisuus sekä asenne. Perekäytöksestä puhuttaessa voidaan todeta, että siihen tulee panostaa ja sen tulisi toteutua suunnitelmallisesti. Hyvä olisi jos perekäytöksen toteutuksen suunnittelu olisi jo tehty ennen uuden työntekijän palkkausta. Tästä suunnitelmasta olisi hyvä käydä ilmi kuka perekäyttää, aikataulu sekä mitä asioita tulee käydä läpi. Olisiko hyvä jos perekäytys olisi jaettu vastuualueiden mukaan, esimerkiksi lääkevastaava perekäyttäisi lääkepuolen asiat, kirjaamisvastaava taas kirjaamiseen liittyvät asiat. Olosuhteista johtuvat tekijät voidaan jakaa myös siten että on asiat joihin voidaan vaikuttaa ja on asioita joihin ei voida vaikuttaa. Olosuhteet joihin voidaan vaikuttaa suhteellisen helposti, ovat usein jopa arkipäiväisiä asioita, kuten tavaroiden epäkäytännöllinen sijoittelu. Näitä asioita tulisi tarkastella säännöllisesti ja kriittisesti. Olosuhteisiin joihin ei voida helposti vaikuttaa, kuten esimerkiksi vain yksi wc osastolla tai että wc tila on yksinkertaisesti niin pieni, ettei sinne mahdu pyörätuolilla.

Teema kolmosen kysymykseen saaduista vastauksista voidaan päätellä, että SoTe:n ylempi organisaatio on hyvin valveutunutta. Valveutuminen näkyi hyvin myös kiinnostuksena ottaa asioista selkoa, mikäli asia tuntui vieraalta. Tämä kertoo myös halusta kehittyä ja kehittää organisaatiota. Pietikäisen (2008) mukaan organisaation kehittämisen tärkeinä kulmakivinä voidaan pitää, johtamisjärjestelmän määrittelyä ja johdon toimintaa yhteistyönä, tiedonkulkua,

osaamisen yhteensovittamista ja resurssien sekä muutosten hallintaa. Haastatteluista saadut vastaukset tukevat tätä teoriaa. Kehittämis asia nousi hyvin esiin keskusteltaessa suomalaisesta potilasturvallisuus strategiasta niiden haastateltavien kanssa, joille strategia oli täysin vieras. Sillä he olivat halukkaita ottamaan asiasta lisää selvyyttä. Vastuukysymykset tiedostettiin ja tunnistettiin hyvin. Luotettavasta vastuunotosta kertoo myös se, että myöntää rehdisti, jollei jotain asiaa tiedä. Mielestämme tämä korostui haastateltavistamme positiivisesti ja lähtökohtaisesti voimme olettaa että asiat ovat hyvissä käsissä. Vastuukysymyksistä voidaan kaiken kaikkiaan todeta, että yksiköiden johtajien toimialue on hyvin laaja ja sitä myötä myös vastuukin on suuri. Mikäli vastuuta korostettaisiin johtaisiko se kuitenkin täydelliseen ylikuormittumiseen. Toisaalta voidaan ajatella tulisiko jokaisen ammattiryhmän vastuuta korostaa vaikka se onkin olemassa korostamattakin, kuten yksi haastateltavistammekin totesi.

Tutkimamme aiheen laajuuden vuoksi osasimme ennalta odottaa vastausten olevan hyvin laajoja ja monitahoisia. Tämän vuoksi voimmekin todeta että haastattelututkimus oli parempi valinta kuin mitä kyselylomake olisi ollut. Potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuskulttuuri käsitteiden sisältö sai uudenlaista merkitystä sekä ajatuksia herättäviä pohdintoja. (vrt. Hirsijärvi ym. 2000, 192.)

Aikataulu oli sen verran kiireellinen että haastateltavien määrää jouduttiin rajaamaan kahdeksaan. Myös muutamalle haastateltavalle ei käynyt omien kiireidensä takia osallistua haastatteluun. Haastateltavien tavoittaminen puhelimitse oli ajoittain haasteellista ja osan tavoittamiseen meni useita viikkoja. Täytyy toki ottaa huomioon, että tähän mahtui mukaan myös hiihtolomaviikko. Olemme kuitenkin sitä mieltä että, puhelimitse tavoittaminen oli kannattavampi vaihtoehto kuin mitä alun perin suunniteltu sähköpostitse tavoittelu olisi ollut.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin yleistä kirjallisuutta, erilaisia tutkimuksia ja aiheeseen liittyviä artikkeleita. Kotimaista tutkimustietoa potilasturvallisuudesta oli hankala löytää, sillä potilasturvallisuuteen on alettu vasta viime vuosina kiinnittämään huomiota. Löydetyt kotimaiset näkökulmat potilasturvallisuuteen

olivat usein samojen kirjoittajien tekemiä. Tämän voi kuitenkin todeta lisäävän lähdemateriaalin luotettavuutta. Ulkomaisista tietokannoista haettaessa löytyi materiaalia runsaasti, esimerkiksi patient safety hakusana tuotti yli 5000 hakutulosta. Monissa tutkimuksissa potilasturvallisuus oli liitetty osaksi suurempaa kokonaisuutta. Keskityimme kuitenkin pääasiassa suomalaiseen turvallisuuskulttuuriin ja sen ilmenemiseen. Toivommekin työmme tuovan jotakin uutta näkökulmaa potilasturvallisuuskulttuurista. Lähteitä valittaessa käytimme yleistä lähdekritiikkiä. Tiedonhakuprosessissa tietoa lähdettiin etsimään Nelli-portaalin kautta, käyttämällä tietokantoja mm. Chinal, Medic, Medline, PubMed. Kävimme läpi myös Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö lehdet vuosilta 2000 - 2011. Hakusanoina käytimme potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, turvallisuuskulttuuri, haipro, patient safety, patient safety culture, safety culture.

Työn haastavuus oli ehkä aiheen rajaaminen sillä tieto määrät olivat valtavat ja alussa jokainen aihealue tuntui oleelliselta eikä millään tavalla pois karsittavalta. Tähän vaikutti se, että aloittaessamme työn tekemisen oli potilasturvallisuuskulttuuri meille ennestään tuntematon käsite. Pitkän pohdinnan tuloksena poimimme joukosta ne asiat, jotka mielestämme olivat tärkeimmät ja oleellisimmat työmme kannalta. Tämän opinnäytetyön tekeminen sai miettimään ja puntaroimaan myös omia asenteita, arvoja, tapoja toimia ryhmässä ja millaisella pohjalla oma tietotaitomme on.

Kuten aikaisemminkin on todettu, että potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuskulttuuri ovat laajoja aihealueita ja tutkimukset niistä vielä vähäisiä Suomessa, joten tarvetta tutkimuksille varmasti on. Aiheita lisätutkimuksille mielestämme voisi olla esimerkiksi perehdytyksen merkitys potilasturvallisuuden toteutumisessa, hoitajan persoonallisuus ja asenne estämässä vai edistämässä potilasturvallisuutta sekä monikulttuurisuuden vaikutukset potilasturvallisuuteen.

LÄHTEET

Baker, R., Norton, P., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A. Cox, J., Etchells, E., Ghali, W., Hebert, P., Majumbar, S., O'Beirne, M., Palacios-Derflinger, L., Reid, R., Sheps, S. & Tamblyn, R. 2004. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 170:11. 1678-86

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. Viitattu 20.3.2011. <http://osha.europa.eu/fop/finland/fi/fi> > hyvät käytännöt > turvallisuus > yrityksen turvallisuuskulttuuri

Gröndahl, W & Peltomaa. 2009. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä – näyttöön perustuvan hoitotyön tukena. Viitattu 4.12.2010 <http://www.vsshp.fi/fi/dokumentit/19855/>.

Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. HE 90/2010

Heiliö, P-L., Kattelus, M., Kaukonen, O., Narikka, J., Palonen, A., Sintonen, H. & Ylipartanen, A. 2001. Sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. HE 90/2010

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6. Uudistettu painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino oy

Kinnunen, M & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Helsinki: Yliopistopaino

Knuutila, J. 2008. HaiPro-projekti potilasturvallisuuden kehittäjänä. VTT. Viitattu 9.3.2011. http://haipro.vtt.fi/aineisto/haipro_projektin_loppuseminaari_aineisto.pdf

Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2009. HaiPro- Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä potilasturvallisuuden edistämiseen. Valtion teknillinen tutkimuskeskus

Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. 2000. To Err Is Human. Building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press. Washington D.C.

Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu04601.pdf>

Kuula, A. 2010. Ihmistieteiden eettiset periaatteet. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Tutkimuseettisen neuvottelun seminaari 2.11.2010. Viitattu 11.12.2010 http://www.tenk.fi/ennakoarviointi/Diat_Arja_Kuula.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629

Läkelaki 10.4.1987/395.

Miettinen, M. ym. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuri ja johtaminen. Viitattu 10.12.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=85346&name=DLFE-7975.pdf

Ojala, M., Saario, I., Virtanen, M., Nylander, O., Vasenius, J., Lindberg, O., Luhtala, R., Mikkola, P., Niemi, M., Pelanteri, S., Rintanen, H. & Välimäki, M. 2007. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijaryhmän raportti. STAKESin työpapereita 6/2007 Helsinki.

Opetusministeriö, terveysalan ammattikorkeakoulutus 2005- työryhmä. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Viitattu 11.12.2010 http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2006/Ammattikorkeakoulusta_terveydenhuoltoon.html

Palonen, R ; Nio, A. & Mustajoki, P. 2005 Potilas- ja lääkevahingot. –Korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy

Pietikäinen, E. Reiman, T. Oedewald. P. 2008 Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. (VTT 2008.)

Potilasvakuutuskeskus. 2011. Viitattu 15.4.2010. www.pvk.fi

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585

Ruuhilehto, K. & Knuutila, J. 2008. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.3.2011. Saatavilla myös <http://www.haipro.fi/fin/julkaisut.aspx>

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 11.1.2011 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html

Salmela, M. 2010. Tutkimuksen luotettavuus. Tutkimusmetodiikan luennot. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., Lackan, N. 2009. What is patient safety culture? A review of the literature. Journal of nursing scholarship 42:2 2010, 156-165.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Viitattu 4.12.2010 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8799.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Viitattu: 4.12.10 http://stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=85346&name=DLFE-7974.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: yliopistopaino.

Stakes 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Viitattu 11.12.2010 <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Suomen sairaanhoitajaliitto 2010. Potilasturvallisuus. Viitattu 30.11.2010. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/hoitoty_ on_ kehittäminen/potilas_turvallisuus/

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Viitattu 12.3.2011. www.thl.fi > Aiheet > Tietopaketit > Potilasturvallisuus > Keskeistä sanastoa

Valvira. 2010. Valvonta vaikuttaa. Viitattu 8.4.2011. <http://www.valvira.fi/valvira>

Valvira. 2011. Ammattioikeudet. Viitattu 8.4.2011. <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet>

World Health Organization. 2009. PatientSafetyResearch. Viitattu 30.11.2010 http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf

Teemahaastattelurunko

- Työvuodet?

TEEMA 1 Potilasturvallisuuskulttuuri tulosalueilla

- Mitä ymmärtää potilasturvallisuuskulttuuri käsitteellä?

- Mitkä ovat potilasturvallisuuden tärkeimpiä kehittämiskohteita tulosalueellasi?

- Miten STM:n julkaisema suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013 on huomioitu työyksiköiden toimintasuunnitelmissa?

- Miten potilasturvallisuusriskejä pyritään minimoimaan tulosalueellasi? (Hoitotyö, lääkehoito, laitteet?)

- Henkilökuntaa ajatellen (Riittävä määrä? Koulutus?)

- Olosuhteita ajatellen (Kirjaaminen/ tiedonkulku/onko ollut harkinnassa hiljainen raportointimalli ja miten sen nähdään liittyvän potilasturvallisuuteen?)

- Potilaan ja omaisen roolipotilasturvallisuuden toteutumisessa? (Miten näkyy käytännössä?)

TEEMA 2 Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät

- Henkilökunnasta johtuvat? (Kuinka suuri merkitys esim. asenteella? Muulla?)

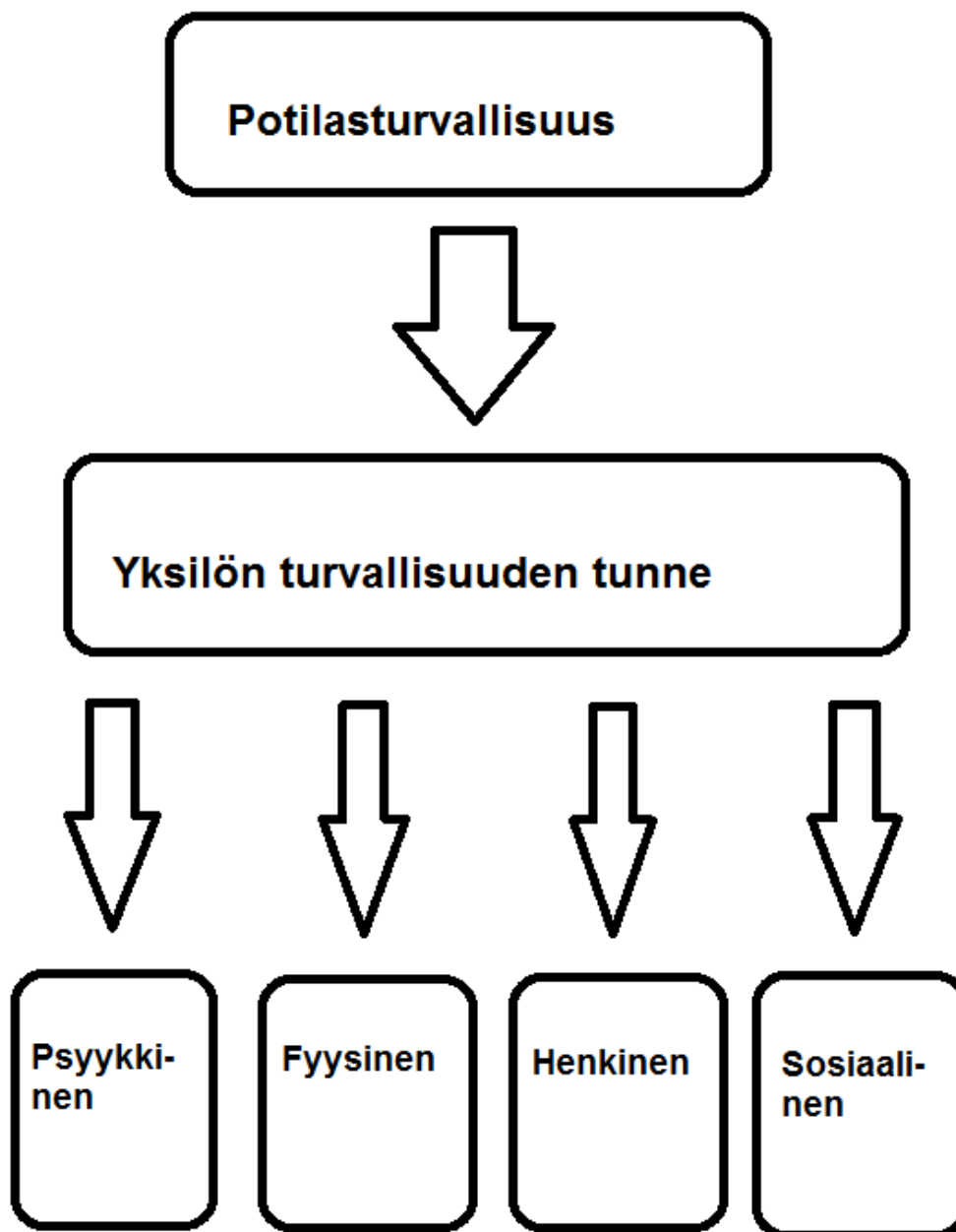
- Olosuhteista johtuvat?

TEEMA 3 Organisaation johdon osuus potilasturvallisuuskulttuurissa

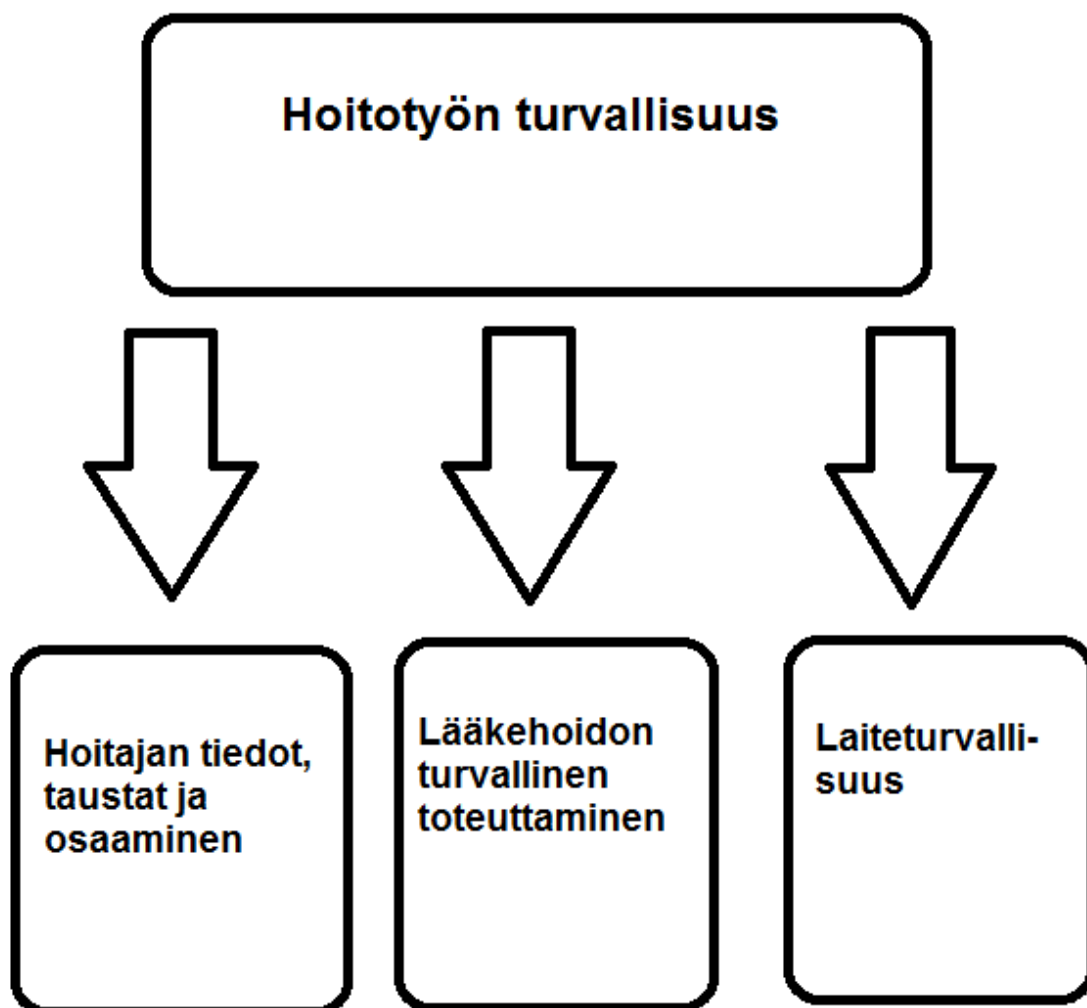
- Mikä on ylemmän organisaation (ylihoitajat/ tulosaluejohtajat / palvelujohtajat) osuus potilasturvallisuuden toteutumisessa?

- Minkälaisia käytännön asioita on tehty? Onko näkyviä muutoksia havaittavissa?
- Miten näet eri organisaatiotasojen vastuun? (Miten toteutuu?)
- Pitäisikö organisaation johdon vastuuta korostaa enemmän? Jos, niin miten?
- Potilasturvallisuutta edistävät säädökset SoTe:ssa? (Ilmoitusvelvollisuus yms.)

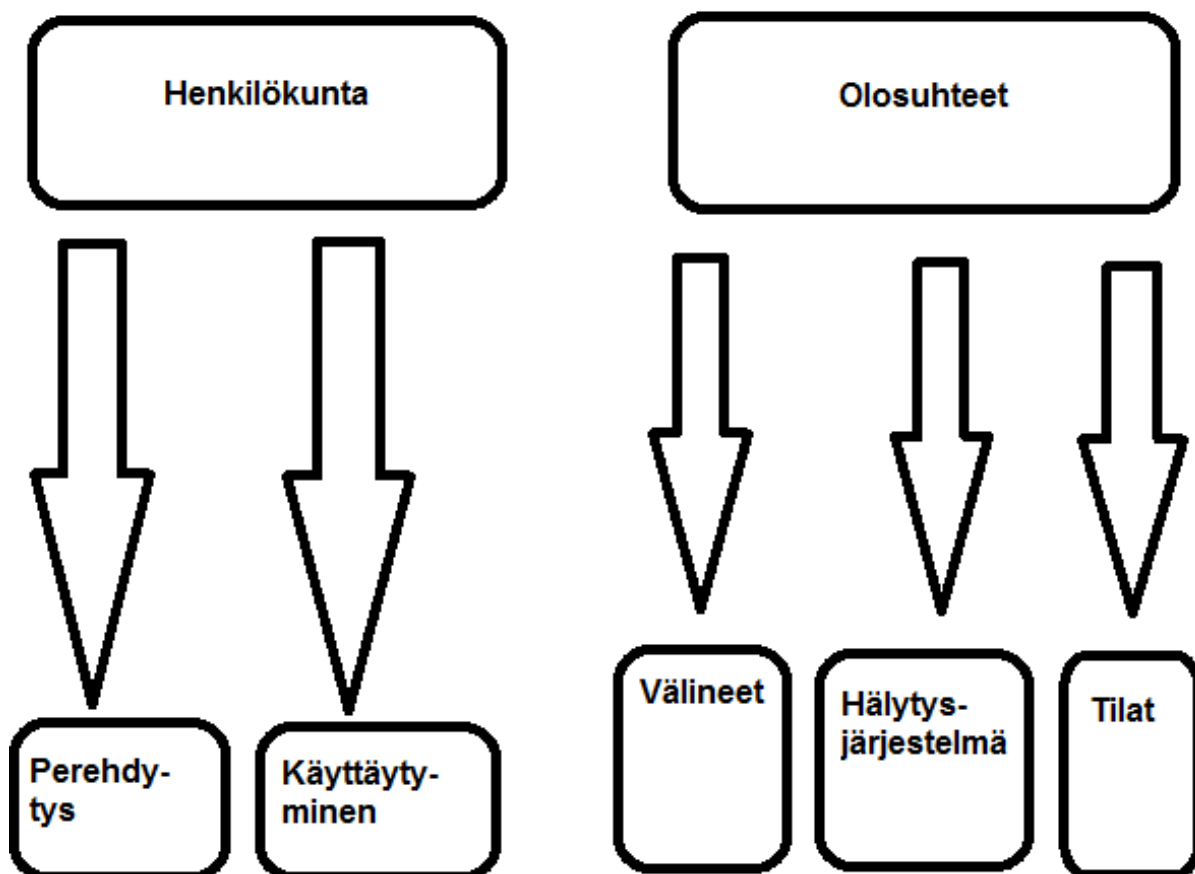
Yksilölähtöinen potilasturvallisuus



Potilasturvallisuus hoitotyön näkökulmasta



Henkilökunta ja olosuhteet osana potilasturvallisuuskulttuuria



Johtaminen ja potilasturvallisuuskulttuuri

