



Turvallisuusjohtaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tiina Heikkinen & Sari Tilvis-Korhonen

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2021

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen ylempi tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ylempi tutkinto-ohjelma

HEIKKINEN, TIINA & TILVIS-KORHONEN, SARI:
Turvallisuusjohtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Opinnäytetyö 66 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Marraskuu 2021

Kansainvälisen työjärjestön ILO:n arvion mukaan vuosittain tapahtuu noin 340 miljoonaa työtaturmaa ja työperäisiä sairauksia todetaan vuosittain noin 160 miljoonaa. Potilaaseen tai asiakkaaseen kohdistuneet hoitovirheet ovat kymmenen eniten kuoleman tai vamman aiheuttavien syiden joukossa maailmassa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää turvallisuusjohtamista toimintaympäristöjen laadunhallintajärjestelmien rekisteriaineistojen perusteella. Opinnäytetyössä kerättiin ja tuotettiin tietoa turvallisuuspoikkeamien määristä ja syistä vuosina 2019–2020 sekä toimenpiteistä niiden seurauksena. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa esihenkilöille turvallisuusjohtamisen kehittämiseksi opinnäytetyön toimintaympäristöissä.

Tutkimus oli rekisteritutkimus, joka toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Tutkimusaineistona oli kahden eri pirkanmaalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallintajärjestelmiin raportoidut poikkeamatapahtumat. Aineistolle tehtiin sisällönerittely, jossa kahden eri toimintaympäristön poikkeamatapahtumat sekä niiden luonteet ja niiden johdosta tehdyt toimenpiteet luokiteltiin samojen otsikoiden alle.

Tulokset osoittivat, että poikkeamia oli raportoitu yhteensä 443, joista terveydenhuollon yksikössä oli raportoitu 258 ja sosiaalihuollon yksikössä 185. Terveydenhuollon yksikön poikkeamista asiakas- ja potilasturvallisuuden poikkeamia oli 197 ja työturvallisuuden poikkeamia 61. Sosiaalihuollon yksikössä 84 oli asiakas- ja potilasturvallisuuden poikkeamia ja 101 työturvallisuuden poikkeamia.

Turvallisuuden johtaminen on jatkuvaa kehittämistyötä erilaisin keinoin, jossa korostuu toimintakulttuurin muutoksen johtaminen. Johtopäätöksenä todettiin, että toimintayksiköiden esihenkilöiden tulee edistää ja kehittää toimintaympäristöjen turvallisuuskulttuuria. Tutkimusten mukaan positiivinen turvallisuuskulttuuri edesauttoi myös hoitohenkilökunnan pysyvyydessä organisaatioissa.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Development and Management of Health Care and Social Services

HEIKKINEN, TIINA & TILVIS-KORHONEN, SARI:
Safety management and competence in Health Care and Social Services

Bachelor's thesis 66 pages, appendices 2 pages
November 2021

The purpose of this thesis was to study safety management in different social and health care units based on the register data of their quality systems. The purpose of the study was to provide information for supervisors in social and health care units for developing safety management.

The approach of the study was based on register research and it was conducted quantitatively. The study material consisted of deviations reported in the quality system databases of two social and health care units in Pirkanmaa. A content analysis was performed for the obtained data.

The results of the study indicated that altogether 443 deviations had been reported. At the health care unit, 197 deviations were related to customer and patient safety and 61 were related to work safety. At the social care unit, the numbers were 84 and 101, respectively.

In conclusion, it was stated that the supervisors of the operating units need to promote and develop the safety culture in their units. According to studies, a positive safety culture also enhanced the sustainability of the health care personnel in the organizations.

Keywords: patient safety, safety at work, deviation, safety culture

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	8
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	9
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
4.1	Turvallisuus sosiaali- ja terveysalalla	11
4.2	Työturvallisuus	12
4.3	Potilas- ja asiakasturvallisuus	15
4.4	Laitosturvallisuuden kehittäminen	17
4.4.1	Henkilöturvallisuus.....	17
4.4.2	Toiminnan turvallisuus.....	18
4.4.3	Työturvallisuus.....	18
4.4.4	Tietoturvallisuus.....	19
4.4.5	Kiinteistö- ja toimitilaturvallisuus	19
4.4.6	Palo- ja pelastusturvallisuus	20
4.4.7	Rikosturvallisuus.....	20
4.4.8	Ympäristöturvallisuus	21
4.4.9	Varautuminen ja valmiussuunnittelu	21
4.5	Potilasturvallisuuden edistäminen	22
4.6	Työturvallisuuden edistäminen.....	23
4.7	Riskienhallinta ja turvallisuusjohtaminen	23
4.7.1	Strateginen riskienhallinta	24
4.7.2	Operatiivinen riskienhallinta.....	25
4.8	Vaaratapahtumien raportointimenetelmät	26
4.8.1	HaiPro ja WPro.....	27
4.8.2	Laatuportti	29
4.9	Turvallisuusjohtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	32
4.10	Turvallisuuskulttuuri.....	34
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	39
5.1	Aineiston analysointi	40
6	TULOKSET	43
6.1	Poikkeamat yhteensä.....	43
6.2	Työturvallisuuspoikkeamat.....	44
6.3	Työturvallisuuden riskiluokat	45
6.4	Työturvallisuus; ehdotus toimenpiteiksi tapahtuman toistumisen estämiseksi	47
6.5	Asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamat; tapahtumien luonne...	48

6.6	Asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamien riskiluokat	49
6.7	Asiakas- ja potilasturvallisuus; Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtumien toistuminen estetään	51
7	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	53
7.1	Tutkimuksen eettisyys	53
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	53
8	POHDINTA	55
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	64
	Liite 1. Yksittäisen Ilmoituksen käsittely Haipro- järjestelmässä	64
	64	
	Liite 2. Poikkeamailmoituksen käsittely Laatuportti-järjestelmässä	65
	65	

ERITYISSANASTO

Potilasturvallisuus	tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus, sekä suojata potilasta vahingoilta potilaan näkökulmasta siten, ettei hoidosta aiheudu haittaa, sekä kattaa hoidon ja turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä laiteturvallisuuden osana hoidon laatua.
Suojaukset	Tietoisesti ja järjestelmällisesti toimintaprosessien suunnitellut ja näkyvät rakenteet sekä menettelyt, joiden tarkoituksena on tunnistaa haitalliset poikkeamat ja estää näiden johtaminen vaaratapahtumaan.
Poikkeama	Mikä tahansa terveydenhuollon tai sen tuotteisiin, toimintatapoihin, järjestelmiin ja ympäristöön liittyvästä suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Samassa merkityksessä käytetään usein sanaa virhe, joka on sisällöltään suppeampia ja sävyiltään negatiivinen. Poikkeama voi olla luonteeltaan myös suunniteltu ja potilaan edun mukainen. Siksi suositellaan poikkeama sanan käyttöä. Poikkeama voi liittyä ennalta ehkäisyyn, taudin määrittämiseen, hoitoon tai kuntoutukseen, sekä se voi liittyä myös kirjaamiseen seurantaan ja raportointiin.
Vaaratapahtuma	asiakkaan tai potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa asiakkaalle tai potilaalle.
Läheltä piti- tapahtuma	Vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa asiakkaalle tai potilaalle. Haitalta vältyttiin joko sattumalta, tai siksi että poikkeama tai vaaratilanne havaittiin ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa.

Haittatapahtuma	Vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa asiakkaalle tai potilaalle.
Haitta	Asiakkaalle tai potilaalle aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei toivottu vaikutus, joka voi olla fyysinen, psyykkinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen. Haitta voi olla asiakkaan tai potilaan kokema ja tai ammattihenkilön tuo toteama.
Haittavaikutus	Hoitomenetelmän aiheuttama haitallinen tai tahaton vaikutus, joka esiintyy sairauden ehkäisyyn taudin määrittämiseen tai hoidon tavanomaisesti käytettyjen menetelmien yhteydessä. Se aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa asiakkaalle tai potilaalle, hoidon keston pidentymistä, tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Joskus samaa tarkoittavana sanana on käytetty myös komplikaatio sanaa, eli lisätauti, jälkitauti, sivuhäiriö tai hoidon sivuvaikutus.
Potilasvahinko	Potilasvahinkolain määrittelemä vakuutuskorvaukseen oikeuttava henkilövahinko. Lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä, terveyden tai sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutunut henkilövahinko. (Potilasvahinkolaki 879/1998). Henkilövahinko on sairaus vamma tai muu terveydentilan tilapäinen tai pysyvä heikentyminen tai kuolema. Potilasvahinkojen seitsemän ryhmää ovat: hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmahahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeen toimittamisen vahinko, kohtuuton vahinko.

1 JOHDANTO

Kansainvälisen työjärjestön ILO:n arvion mukaan vuosittain tapahtuu noin 340 miljoonaa työtapaturmaa, ja työperäisiä sairauksia todetaan vuosittain noin 160 miljoonaa. ILO:n mukaan työtapaturmat ja työperäiset sairaudet tulevat lisääntymään tulevaisuudessa. (The enormous burden... n.d.) Suomessa tapaturmavakuutuskeskuksen mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille sattuu vuosittain noin 13 000 työpaikkatapaturmaa. Luku on kasvanut joka vuosi vuodesta 2016 lähtien luvun ollen vuonna 2016 vajaa 12 000. Hyvä työntekijöiden työturvallisuudesta huolehtiminen edistää osaltaan myös potilasturvallisuutta (Työturvallisuuskeskus 2014).

Potilaille hoidossa tapahtuneet poikkeamat ovat yleisiä. Nykyisen arvion mukaan yksi kymmenestä potilaasta kokee hoidossaan haittatapahtuman. Maailmanlaajuisesti hoitovirheet aiheuttavat vuosittain 64 miljoonaa menetettyä elinvuotta. Hoitovirheet ovat siten kymmenen eniten kuoleman tai vamman aiheuttavien syiden joukossa maailmassa. (Global patient safety...2020, 2.) Suomessa ilmoitettujen potilasvahinkojen määrä nousi päättyneen vuosikymmenen aikana yli 30 %. Vuonna 2019 potilasvahinkoilmoituksen teki 7645 eri henkilöä ja ilmoitukset koskivat 9556 eri hoitopaikkaa tai tapahtumaa. Ilmoitettujen vahinkojen määrä oli suurin koko Potilasvakuutuskeskuksen historiassa. Huomioitavaa on, että potilasturvallisuus on suhteellisen uusi osaamisalue hoitotyössä, koska Suomessa potilasturvallisuus käsitteenä yleistyi vasta 2000-luvulla (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021, 13; Potilasvakuutuskeskus vuosiraportti 2019, 5–6.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää esihenkilöiden turvallisuusjohtamista. Turvallisuusjohtamista on aikaisemmissa tutkimuksissa tarkasteltu joko työturvallisuuden tai potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä tutkimme niitä molempia, koska henkilöstön työturvallisuus on myös potilasturvallisen hoitotyön lähtökohta. Tämä opinnäytetyö tullaan tekemään kvantitatiivisena rekisteritutkimuksena.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tämä opinnäytetyö tehdään kahteen eri organisaatioon, joista toinen on terveydenhuollon yksikkö ja toinen sosiaalihuollon yksikkö. Molemmat toimintaympäristöt sijaitsevat Pirkanmaalla. Terveystenhuollon yksikössä on tällä hetkellä 25 potilaspaiikkaa. Osastolla tarjotaan sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Yksikköön tullaan jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta sekä päivystävän tai omalääkärin läheteellä. Yksikön toiminta perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön, jota toteuttavat yksikön lääkäri, palvelupäällikkö, fysioterapeutti, sairaanhoitajat, lähihoitajat, laitoshuoltajat sekä osastonsihteerit. Yksikössä on ajoittain myös opiskelijoita (Vihanto 2021.)

Toinen opinnäytetyön kohde on pirkanmaalainen sosiaalihuollon yksikkö. Yksikössä työskentelee ohjaajina lähihoitajia, sairaanhoitajia, sosionomi sekä yksikön esihenkilö. Yksikössä on 20 asiakaspaiikkaa.

Sosiaalihuollon yksikön työturvallisuus- sekä asiakasturvallisuuspoikkeamat kirjataan laadunhallintajärjestelmä Laatuporttiin. Terveystenhuollon yksikössä on käytössä potilasturvallisuuspoikkeamien käsittelyyn Hai-pro-järjestelmä ja työturvallisuuspoikkeamat käsitellään WPro-järjestelmässä.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää turvallisuusjohtamista toimintaympäristöjen laadunhallintajärjestelmien rekisteriaineistojen perusteella.

Tutkimuskysymykset

1. Kuinka paljon ja mistä syistä tehtiin asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä työturvallisuuteen liittyviä poikkeamia toimintaympäristön yksiköissä vuonna 2019–2020?
2. Miten poikkeamien riskit on luokiteltu laadunhallintajärjestelmissä?
3. Mitä toimenpiteitä esihenkilöt ovat poikkeamien johdosta tehneet?

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä ja tuottaa tietoa turvallisuuspoikkeamien määrästä ja syistä. Kerätyn aineiston avulla toimintayksiköiden esihenkilöt voivat kehittää turvallisuusjohtamista opinnäytetyön toimintaympäristöissä.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Turvallisuus sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveysalalla turvallisuudella tarkoitetaan työntekijän turvallisuuden lisäksi asiakkaan tai potilaan turvallisuutta. Työntekijän työturvallisuuteen kohdistuvan toiminnan tavoitteena on ylläpitää ja edistää työntekijöiden terveyttä turvallisuutta ja työkykyä sekä ehkäistä työtapaturmia ja mahdollisia ammattitautteja. Työturvallisuuslaki velvoittaa työnantajan huolehtimaan toimenpiteistä työntekijöiden turvallisuuden turvaamiseksi. Potilas- ja asiakasturvallisuus kuvaa jonkun henkilön turvallisuutta. Henkilöllä tarkoitetaan ihmistä, toimijaa, toiminnan kohdetta, joka on palveluiden tai hoidon vastaanottaja. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tähän määrittelyyn vaikuttaa tilanteessa sovellettava laki. (Kurki, Jylhä & Kekoni, 2021, 14.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuussuunnittelua ja sen kehittämistä, sekä riskienhallintaa ohjaa laaja ja jatkuvasti muuttuva, lainsäädäntö. Lainsäädännöllä määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun alalla toimiville tuottajille, toimijoille sekä asiakkaille ja potilaille vastuita ja oikeuksia. Vastuu, työtehtävät ja mahdollisuudet vaikuttaa liittyvät toisiinsa. Vastuuta voidaan jakaa, mutta sitä ei voida siirtää. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7–8.)

Työsuojelun keskeisimpiä lakeja ovat työturvallisuuslaki (738/2002), työterveyshuoltolaki 1383/2001) ja työsuojelun valvontalaki (44/2006). Työsuojelulainsäädännön tavoitteena on saada työnantajat huolehtimaan siitä, että työn tekeminen on kaikille organisaation työntekijöille turvallista, terveellistä ja että asioiden käsittely tapahtuu työpaikalla yhteistoiminnassa. Työsuojelun tavoitteena on hyvinvoivat työntekijät.

Asiakas- ja potilasturvallisuutta edistäviä lakeja on Suomessa monia, muun muassa Suomen perustuslaki (731/1999), terveydenhuoltolaki (1326/2010), sosiaalihuoltolaki (1301/2011), Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), tartuntatautilaki

(538/1986), lääkelaki (395/1987), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (795/1992), potilasvahinkolaki (585/1986), henkilötietolaki (523/1999), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), sekä laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015). Terveydenhuoltoalan toimintayksiköiden laadunhallinnan suunnitelmasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta on säädetty terveydenhuoltolaissa. Usein nämä suunnitelmat ovat asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelmia. Sosiaalihuoltolaki taas velvoittaa toimintayksiköitään omavalvontasuunnitelman laatimiseen asianmukaisen laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7–8; Valvira 2015.)

4.2 Työturvallisuus

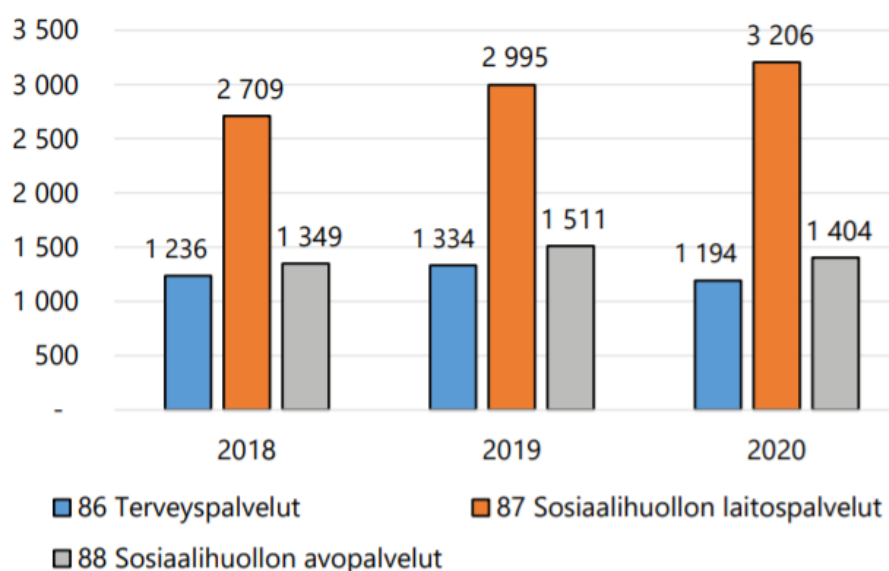
Työpaikoilla työturvallisuustoiminnan tavoitteita ovat työntekijöiden terveyden, turvallisuuden ja työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä työtapaturmien ja ammattitautien ehkäisy. Näihin tavoitteisiin pyritään muun muassa perehdyttämisellä, vaarojen kartoituksella ja riskien arvioinnilla, työsuojelun toimintaohjelmalla sekä työterveysyhteistyöllä sekä työkykyä ylläpitävällä toiminnalla. Johdon ja esimiesten lisäksi myös työntekijöillä on vastuunsa työturvallisuuden toteutumisessa. Kaikkien työntekijöiden velvollisuus on toimia työtapaturmia ehkäisevästi sekä ennakoiden vaara- ja uhkatilanteita. Työturvallisuuden osa-alueet ovat perehdytys, vaarojen kartoitus ja riskien arviointi, työsuojelun toimintaohjelma, työtapaturmien torjunta ja ennakointi, kone- ja laiteturvallisuus sekä työterveysyhteistyö. (Työterveyslaitos n.d.)

Työtapaturmia sattuu eniten sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten yleisimmät syyt poikkeamien tekemiseen liittyvät henkilön putoamiseen, liukastumiseen, hyppäämiseen tai kaatumiseen. Toiseksi yleisin syy on fyysinen kuormittuminen ja kolmanneksi yleisin syy puolestaan väkivaltaan liittyvä. Erityisesti sosiaalialan ammattiryhmissä sattuu väkivaltaan liittyviä työpaikkatapaturmia. Eniten pahoinpitelyjä sattui vuosina 2016–2019 lähihoitajille ja sairaanhoitajille. (Tapaturmavakuutuskeskus 2020.) Vuosien 2011 ja 2012 aikana Englannissa raportoitiin 60 000 väkivaltatapahtumaa terveydenhuollon työntekijöitä kohtaan, joista 69 % tapahtui kehitysvammaisen tai mielenterveyspotilaan toimesta (O'Rourke, Wrigley and Hammond, 2018). Saksassa tehdyn

terveydenhuollon työntekijöitä koskevan retrospektiivisen tutkimuksen mukaan 70,7 % työntekijöistä koki vuoden aikana fyysistä väkivaltaisuutta asiakkailta. (Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert & Nienhaus, 2010).

Tapaturmavakuutuskeskuksen keväällä 2021 tekemän analyysin mukaan yksityisellä terveys- ja sosiaalipalveluiden toimialalla jo aiemminkin nousussa ollut työtapaturmien lukumäärä- ja taajuuskehitys on nyt noussut kaikkien toimialojen keskimääräistä taajuutta korkeammaksi. Vuonna 2020 määrä oli noin 35 korvattua työpaikkatapaturmaa miljoonaa tehtyä työtuntia kohden, kun taas kaikkien toimialojen yhteistaajuus oli noin 25 korvattua työpaikkatapaturmaa miljoonaa tehtyä työtuntia kohden.

Edelleen analyysissä todetaan, että työpaikkatapaturmien lukumäärä nousi eniten sosiaalihuollon laitospalveluiden toimialalla. Terveyspalveluissa ja sosiaalihuollon avopalveluissa vahinkojen lukumäärät päinvastoin jopa hieman laskivat. Sosiaalihuollon laitospalveluiden työpaikkatapaturmissa ovat viime vuosina olleet nousussa erilaiset ihmisten aiheuttamat loukkaantumiset sekä fyysinen kuormittuminen ja itsensä kolhiminen. (Kuvio 1) (Tapaturmavakuutuskeskus 2021.)



Kuvio 1. Tapaturmien määrä sosiaali- ja palvelualojen toimijoilla vuosina 2018–2020 (Tapaturmavakuutuskeskus 2021, 4)

Työnantajan velvollisuus huolehtia työntekijöidensä turvallisuudesta ja terveydestä perustuu lakiin (Työturvallisuuslaki 738/2002). Esimiesten vastuun työturvallisuudesta puolestaan määrittää tehtävänkuvaan liittyvien valtuuksien mukaan (Työturvallisuuskeskus 2016). Työnantajalla on velvollisuus selvittää ja tunnistaa työstä ja työolosuhteista aiheutuvat haitta- ja vaaratekijät (Työturvallisuuslaki 738/2002 § 10). Sosiaali- ja terveysaloilla korostuu kokonaisvaltainen riskienhallinta (Kuva 1), jossa tunnistetaan työssä esiintyvät vaarat, haitat ja kuormitustekijät. Riskienhallinta sisältää myös tiedonkulun sekä yhteistyön rakenteiden varmistamisen.

Työturvallisuuslaki on säädetty parantamaan työympäristöä ja työolosuhteita työntekijöiden työkyvyn turvaamiseksi. Työpaikoilla on myös oltava työsuojelun toimintaohjelma. (Työturvallisuuslaki 738/2002.) Työsuojelun yhteistoiminnan osapuolia ovat työnantaja ja hänen palveluksessaan olevat työntekijät. Työnantajaa edustaa työsuojelupäällikkö, ja työntekijöitä yli kymmenen työntekijän yrityksissä edustaa puolestaan työsuojeluvaltuutettu, jonka työntekijät valitsevat keskuudestaan. (Työsuojeluhallinto 2016.)

Työpaikkaväkivalta on viime vuosina lisääntynyt sosiaali- ja terveysalalla. Työsuojeluhallinnon mukaan sosiaali- ja terveysalalla on tilastollisesti keskimääräistä suurempi väkivallan uhka muihin aloihin nähden. Työnantajan velvollisuus on selvittää, onko työpaikalla väkivallan uhkaa ja arvioida, kuinka ilmeistä väkivallan uhka on. Väkivallan todennäköisyyttä voi lisätä työskentely korkean riskin toimialoilla tai työssä, jossa työn luonteen vuoksi esiintyy lisääntynyttä väkivallan uhkaa. Lisäksi väkivallan uhkaa arvioitaessa on huomioitava työpaikalla sattuneiden väkivaltatilanteiden määrä. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa painotettiin hoitohenkilökunnan ja esihenkilöiden koulutusta ja sitä, miten mahdolliset väkivaltaiset asiakkaat tunnistetaan ja väkivaltatilanteet ehkäistään. Väkivaltatilanteiden ehkäisy on niin työntekijöiden kuin myös organisaation näkökulmasta kannattavaa (Wolf, L. Delao, Altair, M. & Perhats, C. 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

4.3 Potilas- ja asiakasturvallisuus

Potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka on hoidon kohteena. Asiakas on henkilö, jolla on asiakassuhde johonkin palveluntuottajaan esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan palveluntuottajaan. Asiakassuhteen kesto voi vaihdella. Asiakkaan rooli nähdään aktiivisempänä ja tiedostavampana kuin potilaan rooli (Kurki ym. 2021, 15).

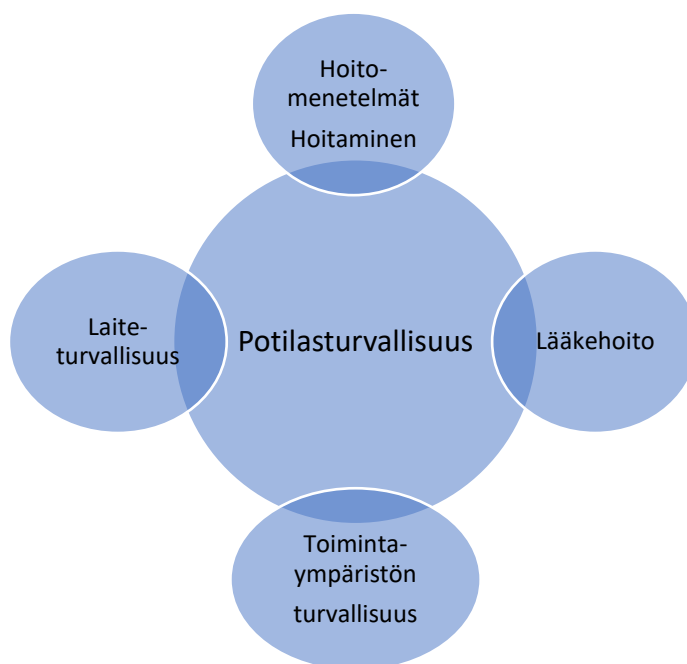
Potilas- ja asiakasturvallisuuden määritelmä riippuu siitä, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan: potilaan, asiakkaan, vai sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation. Potilas- ja asiakasturvallisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksiköiden periaatteita sekä toimintoja, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja sekä potilaan suojaaminen lisävahingoilta. Potilaan ja asiakkaan näkökulmasta potilas- ja asiakasturvallisuus on sitä, että hän saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikealla tavalla, sekä sitä, että hoidosta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää kaiken toiminnan olevan ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, laadukasta ja turvallista, sekä näyttöön että hyviin hoito-, kuntoutus-, ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. (Terveydenhuoltolaki 2010; Potilasturvallisuusopas 2011, 7–8.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas- ja potilasturvallisuudella tarkoitetaan palveluiden järjestämistä, tuottamista ja toteutumista niin, että asiakas tai potilas saa tarvitsemansa palvelun oman etunsa mukaisella tavalla ja palvelusta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa eikä hänen fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuutensa vaarannu. Asiakas- ja potilasturvallisuus kuvaa organisaation tapaa toimia turvallisuuden varmistamiseksi. Asiakas- ja potilasturvallisuus liitetään tavallisesti terveydenhuollon toimintaan, mutta se on myös osa sosiaalihuollon toimintaa. Asiakas- ja potilasturvallisuuteen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon osaava henkilökunta, tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden tarpeenmukaisuus, sekä niiden oikea käyttö. Asiakas- ja potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että asiakas tai potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta hänelle aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Laajemmin määriteltynä asiakas- ja potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita sekä toiminta- ja

turvallisuuskäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden ja asiakkaiden terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden turvallisuus. Potilaan ja asiakkaan hoidon turvallisuudella tarkoitetaan myös sairauksien ehkäisyä, diagnostiikkaa, hoidon ja kuntoutuksen turvallisuutta. Asiakas- ja potilasturvallisuuden osana on myös lääketurvallisuus. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7–8)

Asiakas- ja potilasturvallisuuteen kuuluu myös laatu, ja se yhdistetään voimakkaasti sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas- ja potilasturvallisuuteen. Laitteiden käyttöturvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus ovat osa potilas- ja asiakasturvallisuutta sekä hoitoa. Kaikissa potilas- ja asiakasturvallisuuden osa-alueissa ovat laitteen, lääkkeen, hoitomenetelmän turvallisuus ja hoitoprosessin, laitteen käyttöturvallisuus, lääkitysturvallisuus, hoitamisen turvallisuus. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006; Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K & Penanen, P. 2011,13.)

Kuviossa 2 on esitelty asiakas- ja potilasturvallisuuden osa-alueet. Koska molemmat opinnäytetyön toimintaympäristöt tuottavat ympärivuorokautista hoitoa, tulee turvallisuudessa huomioida myös laitosturvallisuus ja sen osa-alueet.



Kuvio 2. Asiakas- ja potilasturvallisuuden osa-alueet.

4.4 Laitosturvallisuuden kehittäminen

Terveydenhuollon laitoksia ovat niiden vakinaisessa ympärivuorokautisessa käytössä olevat rakennukset tai kiinteistöt, joissa hoidetaan potilaita tai asiakkaita. Laitosturvallisuuteen liittyy turvallisuus rakennuksissa, niiden toimitiloissa, niihin liittyvillä ulkoalueilla sekä kiinteistöjen turvajärjestelmiä ja henkilöstön turvallisuutta, eli laitosten fyysistä turvallisuutta. Laitosturvallisuuteen eivät kuulu asiakkaan tai potilaan hoidolliset riskit eivätkä hoitolaitostapaturmat. (Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen 2009, 7, 14.) Kun laitosturvallisuuteen kiinnitetään huomioita ja sen taso pidetään korkealla, antaa se myös hyvät edellytykset toimia potilasturvallisesti, sekä sen ylläpidolle ja kehittämiseksi. Koska tämän opinnäytetyön toinen toimintaympäristö on sosiaalihuollon yksikkö, joka järjestää asukkaille ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa, koskee laitosturvallisuus ja sen kehittäminen tässä opinnäytetyössä myös sosiaalihuollon yksikköä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laitosten riskienhallinnassa laitosturvallisuutta tarkastellaan henkilöiden, toimitilojen sekä laitoksen toiminnan näkökulmasta. Riskienhallinnan ja laitosturvallisuuden ylläpidon ja kehittämisen tavoitteena on potilaiden ja asiakkaiden häiriöttömän hoitotoiminnan turvaaminen. Laitosturvallisuuden osa-alueet ovat henkilöturvallisuus, toiminnan turvallisuus, työturvallisuus, tietoturvallisuus, kiinteistön toimitilaturvallisuus, palo- ja pelastusturvallisuus, rikosturvallisuus, ympäristöturvallisuus, varautuminen- ja valmiussuunnittelu. (Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen 2009, 13.) Tässä opinnäytetyössä korostuvat henkilöturvallisuus, toiminnan turvallisuus sekä työturvallisuus. Muut laitosturvallisuuden osa-alueet ovat kuitenkin osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisturvallisuutta, joten siksi niiden käsitteet on avattu myös tässä opinnäytetyössä.

4.4.1 Henkilöturvallisuus

Terveydenhuollon laitoksessa asioivien sekä siellä työskentelevien turvallisuuden liittyvillä kysymyksillä tarkoitetaan henkilöturvallisuutta. Korkea potilasturvallisuus sekä työntekijöille viihtyisä ja turvallinen työympäristö kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksen varmistamisen vastuulle. Laitoksen tiloissa tulee

voida asioida sekä työskennellä ilman väkivallan tai tapaturman uhkaa. Haasteellisia henkilöturvallisuusympäristöjä ovat sellaiset terveydenhuollon yksiköt, joihin tullaan ilman ajanvarausta ilta- ja yöaikaan, kuten esimerkiksi päivystyspoliklinikat. (Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen 2009, 14.)

4.4.2 Toiminnan turvallisuus

Asiakkaan tai potilaan saaman hoidon ja hoitotapahtuman turvallisuus on potilaan hoidon ja terveydenhuollon toiminnan keskiö, se on toiminnan turvallisuuden perustehtävä. Kaikki toiminnan turvallisuuteen liittyvät osa-alueet eivät kuulu potilasturvallisuus -käsitteeseen, vaan ovat osa laitosturvallisuuden käsitteen sisältöä, kuten esimerkiksi laitosten ulkoisten ja sisäisten kuljetusten turvallisuus, sisäisen logistiikan ja varastoimisen, sekä laitoksen tiloissa toimivien alihankkijoiden, kuten esimerkiksi siivouksen, ruokahuollon ja kahviloiden toimintaan liittyvät turvallisuus kysymykset. (Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen 2009, 14.)

4.4.3 Työturvallisuus

Työturvallisuuden varmistamiseksi on työpaikoilla vastuiden selkeä määrittely tärkeää, erityisesti sellaisissa laitoksissa, joissa toimii useita eri organisaatioita ja eri toimialojen palveluprosesseja. Vastuiden määrittely korostuu, koska työturvallisuus riskejä liittyy esimerkiksi sisäiseen liikenteeseen, vaarallisten aineiden käsittelyyn tai työskentelyyn aggressiivisten potilaiden kanssa. Työntekijöiden kuormitusta lisäävät myös meluun, hajuihin, työpaikan sisäilmaan, työskentelylämpötilaan ja mahdolliseen kemikaalialtistukseen liittyvät tekijät. (Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen 2009, 14.)

4.4.4 Tietoturvallisuus

Terveydenhuollon laitoksissa käsitellään päivittäin salassa pidettäviä asiakas- ja potilastietoja vaativia asiakirjoja sekä muita dokumentteja, joiden käsittelyssä tulee noudattaa erityistä tarkkuutta. Asiakirjoja on säilytettävä siten, että ne ovat turvassa tuhoutumiselta, vahingoittumiselta ja asiattomalta käytöltä. Pysyvään säilytykseen määrättyt asiakirjat on laadittava ja tiedot tallennettava käyttäen pitkäaikaista säilytystä kestäviä materiaaleja ja säilyvyyden turvaavia menetelmiä. Tietoturvallisuus koostuu siten tiedon oikeellisuuden, käytettävyyden sekä säilyttämisen ja eheyden kokonaisuudesta. Sähköisten tietojärjestelmien ohjelmien oikean toiminnan varmistamisen ohella, tietoturvallisuuden korkean tason varmistamiseen liittyy suuri määrä fyysisiä tekijöitä laitteiden sijoitteluun ja niiden toiminnan varmistamiseen. (Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen 2009, 15.)

4.4.5 Kiinteistö- ja toimitilaturvallisuus

Kun kiinteistön toiminta on suunniteltu tarkoituksenmukaiseksi, luodaan myös mahdollisuudet hoitaa potilaita laadukkaasti, mikä on sosiaali- ja terveydenhuollon perustehtävä. Laitosturvallisuuden ylläpitämiseen vaikuttavat kiinteistön rakenneratkaisut, hyvä huoneilma ja valaistus sekä turvallisiksi todettujen pintamateriaalien käyttö. Opasteiden ja lukituksen suunnitteluun ja kulkureittien valvontaan on kiinnitettävä huomiota. Laitoksissa on runsaasti erilaisia teknisiä järjestelmiä, joiden toiminta on hoidon kannalta jopa kriittistä. Kiinteistön rakennustyöt ovat aina riskejä laitoksen toiminnalle, sekä siellä oleville henkilöille, jos toiminta laitoksessa jatkuu rakennustöiden aikana. Rakentamisen aikana tuotetaan melua, pölyä ja mahdollisesti myös tulitöitä, jolloin tulee miettiä poikkeavia kulkujärjestelyitä ja työmaaliikennettä ja huomioitava laitoksen toiminnan turvallisuuden erityispiirteet. (Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen 2009, 14.)

4.4.6 Palo- ja pelastusturvallisuus

Keskeinen osa turvallisuutta laitoksen turvallisuudessa on palo- ja pelastusturvallisuus. Ennaltaehkäisy on keskeisessä roolissa, jolloin tulipalon syttymistä pyritään estämään ja sen etenemistä rajoittamaan erilaisilla riskinarviointiin perustuvilla menettelytavoilla. Rakenteelliset ja riskinarviointiin perustuvat tarkoituksenmukaiset palo- ja pelastusturvallisuustekniset ratkaisut ovat turvallisuuden ennaltaehkäisyä ja ylläpidon perusta. Henkilökunnan asianmukainen toiminta ja sen osaamisen taso ja siitä huolehtiminen on erittäin tärkeää, koska alkusammutuskaluston käytöllä ja henkilökunnan oikealla toiminnalla voidaan mahdollisen tulipalon vaikutuksia rajoittaa. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti 2009, 14.)

Pelastuslaki (2011/371) sekä valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (2011/407) velvoittavat laitoksia laatimaan kirjallisen pelastussuunnitelman vaaratilanteiden varalta ja pitämään sen ajan tasalla. Pelastussuunnitelmassa selvitetään, miten rakennuksessa olevien henkilöiden heikentynyt toimintakyky ja poistumisturvallisuuden taso otetaan huomioon vaaratilanteisiin varautumisessa. Toiminnan kannalta parhaan mahdollisen ja tasapainoisen asiakas- ja potilasturvallisuuden ratkaisun saavuttaminen edellyttää, että laitoksen toiminnan luonne, henkilökunnan ja potilaiden määrä, kiinteistön rakenne ja muoto sekä sijainti otetaan riskinarvioinnissa riittävässä määrin huomioon.

4.4.7 Rikosturvallisuus

Laitoksissa tapahtuvat rikokset liittyvät yleensä henkilöihin. Potilaat ja asiakkaat voivat syyllistyä laittomaan uhkaukseen sanallisella väkivallalla, joka voidaan laskea rikokseksi. Yleisimpiä rikoksia terveydenhuollossa ovat ilkivalta, väkivalta, lääke- ja muut varkaudet ja tietoturvarikokset. Myös henkilökunta voi syyllistyä rikoksiin potilaiden, asiakkaiden ja ulkopuolisten henkilöiden ohella. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti 2009, 15.)

4.4.8 Ympäristöturvallisuus

Hyvään laitosturvallisuuden ylläpitoon kuuluu ympäristönsuojelun riskienhallinta esimerkiksi ympäristöohjelman avulla. Laitoksien ympäristöturvallisuus sisältää jätehuollon, kemikaaliturvallisuuden, biologisten riskien hallinnan ja kiinteistöjen ylläpitoon liittyvät ympäristökysymykset. Laitoksissa saatetaan käyttää useita kemikaaleja sekä nestemäisessä muodossa että kaasuina. Jätehuollossa on huomioitava laitoksien erityispiirteet, esimerkiksi biologinen riskijäte. Tarttuvien tautien mahdollisuus lisää ympäristöturvallisuuden merkitystä. Myös melu on mahdollinen riskitekijä, samoin päästöt, esimerkiksi lämmityksen kautta. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti 2009, 15.)

4.4.9 Varautuminen ja valmiussuunnittelu

Valmiuslaki (2011/1552) velvoittaa terveydenhuollon organisaation laatimaan suunnitelman, kuinka toimintaa voidaan jatkaa mahdollisimman häiriöttömästi poikkeusoloissa, ovat poikkeusolot sitten alueellisia tai valtakunnallisia. Suunnittelun ja varautumisen tulee kattaa niin laitoksen sisällä tapahtuvat erityistilanteet, kuin myös esimerkiksi kiinteistössä tapahtuvat tekniset häiriöt tai mahdolliset vakavat laiteturvallisuutta vaarantavat tapahtumat. Suunnittelussa tulee huomioida myös mahdollinen paikallinen suuronnettomuus tai maailmanlaajuinen kriisitilanne esimerkiksi pandemiat. Kun turvallisuus- ja varautumisasiat on suunniteltu normaalioloihin kattavasti, luovat suunnitelmat pohjan myös poikkeusolojen toiminnalle. Voidaan siis ajatella, että kun laki velvoittaa terveydenhuollon organisaation laatimaan suunnitelman poikkeusoloihin, on sellainen oltava myös sosiaalihuollon yksiköllä.

Varautumissuunnittelussa poikkeusoloihin laitosturvallisuuden näkökulmasta keskeisinä asioina ovat esimerkiksi hoitotarvikkeiden, lääkkeiden, laitteiden ja niiden varaosien saatavuuden, sekä niiden varastoinnin varmistaminen. Sähkön, lämmön ja veden saannista tulee huolehtia myös, sekä pyykkihuollosta. Tieto- ja viestijärjestelmien toimivuus tulee huolehtia mahdollisten poikkeusolojenkin näkökulmasta. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportti 2009, 15–16.)

4.5 Potilasturvallisuuden edistäminen

Suomessa aloitettiin kansalliset toimet potilasturvallisuuden edistämiseksi vuonna 2006. Tuolloin Suomeen tehtiin ensimmäinen potilasturvallisuusstrategia, joka hyväksyttiin 2008 joulukuussa. Potilasturvallisuusstrategia on sittemmin päivitetty. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on päivittänyt potilasturvallisuusstrategian Potilas – ja asiakasturvallisuusstrategiaksi vuosille 2017–2021, josta Valtioneuvosto on tehnyt periaatepäätöksen kesällä 2017. Strategian tarkoituksena on kehittää suomalaista julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden turvallisuuskulttuuria yhteneväiseksi sekä palvella sosiaali- ja terveydenhuollon eri osapuolia: järjestäjiä, tuottajia, henkilöstöä, potilaita, asiakkaita, sekä heidän läheisiään laadukkaan ja turvallisen hoidon toteuttamisessa. Työntekijän riittävä ammattitaito on hyvä lähtökohta asiakas- ja potilasturvalliselle hoitotyölle, mutta asiakas- ja potilasturvallisuus vaatii myös hoitotyöntekijöiden osaamisen varmistamista. (Volmanen & Alahuhta 2015, 332–333; Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021, 13.)

Inhimilliseltä kärsimykseltä ja ylimääräisiltä kustannuksilta voidaan välttyä, kun hoitotyössä ja sen johtamisessa kiinnitetään huomiota potilasturvallisuuteen ja sen lisäämiseen sekä vahinkojen ennaltaehkäisyyn. Vuonna 2019 tehdyistä 7645 potilasvahinkoilmoituksista suurin osa korvattiin niin sanottuina hoitovahinkoina, mikä tarkoittaa sitä, että vahinko olisi voitu välttää ammattihenkilön toimimalla toisin. Yhteensä vuonna 2019 potilasvakuutuksesta maksettiin korvauksia 40,1 miljoonaa euroa. (Potilasvakuutuskeskus vuosiraportti 2019, 5–6.)

Asiakas- ja potilasturvallisuutta on myös edistänyt niin kansainvälisesti kuin kansallisesti yhteneväisen potilasturvallisuussanaston laatiminen. Suomessa potilasturvallisuussanaston laadinta käynnistettiin vuonna 2005, koska potilasturvallisuuteen liittyvässä keskustelussa ei ollut yhdenmukaista suomenkielistä tai minäkään muunkaan kielistä termistöä tai sanastoa. Suomenkielinen sanasto perustuu World Health Organizationin laatimaan sanastoon, jonka pohjana on käytetty The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizationin laatimaa sanastoa ja luokittelua. Euroopan neuvoston asiantuntijaryhmän laatima potilasturvallisuustermistö on ollut pohjana suomenkieliselle sanastolle. Sanastolle on

ollut selkeä tarve, koska yhteisen sanaston ja kielen puute on vaikeuttanut viestintää sekä kirjallisuuteen perehtymistä. Sanastot ovat auttaneet analysoimaan erilaisten poikkeamien syitä, sekä oppimaan ja löytämään keinoja tulevien poikkeamien ennaltaehkäisyyn.

Potilasturvallisuuden kehittämistyö on edellyttänyt yhteistä sanastoa ja käsitteistöä, koska muun muassa raportointijärjestelmät ovat vaatineet yhteistä sanastoa luokitusten ja käsittehierarkioiden vuoksi. Potilasturvallisuuden määritelmät ja sanasto, sekä lääkehoidon turvallisuussanaston kehittämistyötä on tehty rinnakkain. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006.) Potilas- ja asiakasturvallisuuden sanasto on tämän työn alussa erityissanasto-otsakkeen alla. Sanastossa määritellään potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet. Se ei kata koko laajaa asiakas- ja potilasturvallisuuden aluetta, mutta toimii tukena niin tätä opinnäytetyötä lukiessa, kuin myös asiakas- ja potilasturvallisuusasioista puhuttaessa ja kirjoitettaessa.

4.6 Työturvallisuuden edistäminen

Työturvallisuuden edistäminen ja kehittäminen alkaa riskien ja työympäristön arvioinnista. Tapaturmilla on aina syynsä, ne eivät tapahdu sattumalta. Siksi on tärkeää selvittää syyt, jotta niihin voidaan puuttua. Tapaturmien ja läheltä piti – tilanteiden tutkiminen ja niistä oppiminen edistävät työturvallisuutta. (Työterveyslaitos n.d.)

4.7 Riskienhallinta ja turvallisuusjohtaminen

Turvallisuus on laaja kokonaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Turvallisuus ja siitä huolehtiminen on osa organisaation normaalia toimintaa, mutta sitä tulee tarkastella normaaliolosuhteiden lisäksi myös mahdollisten häiriötilanteiden näkökulmasta. Johtamisen toiminnassa se tarkoittaa jatkuvaa pyrkimystä vastata toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin riskienhallinnalla. Riskien tunnistamista

minen on riskienhallinnan oleellinen osa, mutta se on vain osa sitä. Riskien tunnistamisen lisäksi niihin on varauduttava sekä valmistauduttava toimimaan riskin toteutuessa.

Riskienhallinta on organisaation eettisen ja yhteiskunnallisen vastuun kantamista, jolloin huolehditaan ihmisten psyykkisestä ja fyysisestä terveydestä. Riskienhallinnassa on kyse myös yhteiskunnallisesta vastuusta sekä liiketaloudellisesta toiminnasta. Riskienhallinnan tavoitteena on parantaa turvallisuutta keskeisen säädösperustan ja hyvän hallinnon periaatteiden mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden riskienhallinta jaetaan johdon ohjaamaan strategiseen riskienhallintaan ja toimintayksiköiden käytännön toiminnan tasolla toteutettavaan operatiiviseen riskienhallintaan. Johdolla on vastuu riskienhallinnan järjestämisestä ja turvallisuudesta huolehtimisesta kaikissa organisaatioissa. (Stakes 2005, 10; sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 3, 7–9; Koivula & Sarasalmi 2017, 11.)

4.7.1 Strateginen riskienhallinta

Johtamisprosessissa strateginen riskienhallinta on osa johdon suunnittelua ja päätöksentekoa. Kun johto laatii strategian sekä tavoite- ja toimintasuunnitelmat, tulee silloin myös tunnistaa ja analysoida mahdolliset riskit. Suunnitelmia tehdessä tulee ottaa huomioon ja ennakoita mahdolliset tapahtumat, joilla on merkitystä tavoitteiden saavuttamiselle tai toiminnan jatkuvuudelle. Toimintaympäristössä tapahtuneita muutoksia ja niiden aiheuttamia vaikutuksia strategian toteutumiseen tulee johdon arvioida säännöllisesti, tällä tavoin tunnistetut riskitekijät tulee yhdistettyä strategisiin hankkeisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 10–11.) Johdon vastuulla on luoda edellytykset riskienhallinnan kehittämiseksi. Johto myös antaa ohjeita tarpeellisista toimenpiteistä henkilöstölle sekä sidosryhmille. Strategiset tavoitteet ja hankkeet sekä niihin liittyvät riskit tulee johdon tehdä kirjallisena, ja niitä tulee seurata säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 10–11)

Liiketoimintariskit eli strategiset riskit, voivat syntyä sisäisestä paineesta, puutteellisesta johtamisesta, väärin toimintastrategioiden valinnasta, kilpailusta tai

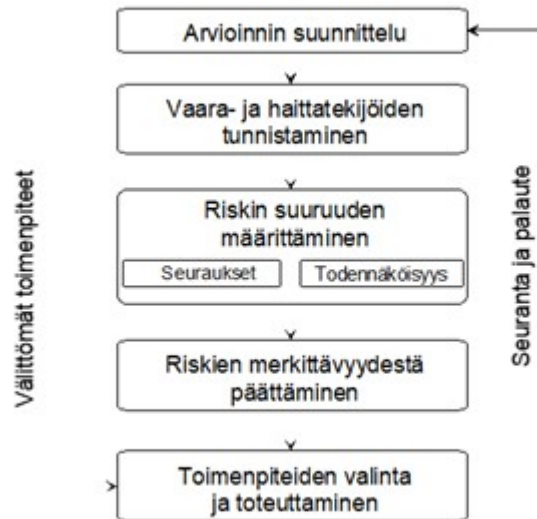
hitaasta reagoinnista toimintaympäristössä tapahtuviin muutoksiin. Muutoksia sosiaali- terveysalalla tuovat esimerkiksi lainsäädännön muutokset ja poliittinen päätöksenteko. Strateginen riski voi uhata toiminnan jatkumisen edellytyksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 10–11.) Ajankohtaisena esimerkkinä muutoksesta toimii sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus.

4.7.2 Operatiivinen riskienhallinta

Operatiivisella riskillä tarkoitetaan turvallisuusriskiä, joka voi aiheutua ulkoisista tapahtumista, henkilöistä tai puutteellisesti toimivista sisäisistä prosesseista ja järjestelmistä. Maineen menetys voi olla yksi operatiivisen riskin ilmenemismuoto. Operatiivinen turvallisuusriski voi myös aiheuttaa strategisen riskin, esimerkiksi toiminnan keskeyttäminen tulipalon vuoksi, mikä vaikuttaa myös maineeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11.)

Turvallisuusjohtaminen ja turvallisuustoiminta on yksiköissä tapahtuvaa operatiivista riskienhallintaa. Operatiivisella tasolla huolehditaan toimintayksiköiden päivittäisestä riskien ja turvallisuuden hallinnasta, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että kerätään tietoa ja sen avulla analysoidaan turvallisuustilannetta ja raportoidaan turvallisuutta koskevaa tietoa johdon päätöksentekoa varten. Operatiivisen riskien hallinnan tavoite on, ettei turvallisuusriskeistä aiheudu henkilövahinkoja, ennalta arvaamattomia taloudellisia seurauksia tai maineen menetyksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11.)

Operatiivisista riskeistä tulee johdon saada tieto ja tämän tulee säännöllisesti kokouksissaan käsitellä turvallisuuden tilaa ja sitä koskevia raportteja. Johdon tulee jakaa vastuuta ja ohjeistaa raportointi, mikä edellyttää, että toimintayksiköllä on työkalut ja menetelmät turvallisuuspoikkeamien, vaaratilanteiden ja riskien käsittelyyn. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11.)



KUVIO 3. Riskienhallinnan vaiheet (Työturvallisuuskeskus, 2015)

Riskienhallinnassa ja turvallisuusjohtamisessa on johtajilla keskeinen rooli turvallisuuden ylläpitämisessä ja kehittämisessä. Johtamisessa korostuu toimivan turvallisuuskulttuurin aikaansaaminen ja tarkoituksenmukainen tavoitteellisuus, sekä siihen toimivat järjestelmät. Turvallisuuden ja hyvän turvallisuuskulttuurin ylläpitäminen on moniulotteinen ja kompleksinen kokonaisuus, siihen kuuluu valtuuksia ja velvollisuuksia, viestintää, tiedottamista, sitoutumista sekä osaamista. Turvallisuuden ylläpitämiseen tarvitaan myös resursseja, sekä asioiden suunnittelua ja allokoitua. Turvallisuuden johtamisessa on tärkeää sovittaa ja soveltaa turvallisuuden ylläpitäminen ja kehittäminen, sekä turvallisuuskulttuurin jatkuva kehittäminen. Johtamisessa tulee korostaa ja mahdollistaa itseohjautuvuus, sekä löytää vahvuudet toimijoiden ja systemien välillä. (Työturvallisuuskeskus n.d.)

4.8 Vaaratapahtumien raportointimenetelmät

Raportissaan (2010) sosiaali- ja terveysministeriön raportointityövaliokunta toteaa, että kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevilla organisaatioilla tulee olla vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden sisäiseen vaaratapahtumaraportointiin osallistuvat kaikki ammattiryhmät, myös opiskelijat. Läheltä piti- ja vaaratapahtumati-

lanteiden raportointi on vapaaehtoista ja kynnys ilmoituksen tekemiseen on matala. Raportoinnin tavoitteena on tilanteista oppiminen eikä järjestelmään kertynyttä tietoa käytetä muihin tarkoituksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 9.)

4.8.1 HaiPro ja WPro

Opinnäytetyön terveydenhuollon toimintaympäristössä käytetään asiakas- ja potilasturvallisuus vaaratapahtumien raportointiin HaiPro-järjestelmää. Virheiden, läheltä piti -tilanteiden, vaaratilanteiden ja poikkeamien raportointi on tärkeä osa turvallisuus-, toiminta ja johtamisjärjestelmää myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vasta viimeisen kahden vuosikymmenen aikana on sosiaali- ja terveydenhuollossa alettu kiinnittämään huomiota haittatapahtumien seurauksiin sekä niiden kustannusvaikutuksiin asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämisen lisäksi. Lääkelaitos ja Teknologian tutkimuskeskus VTT Oy käynnistivät vuonna 2005 terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointimallin kehittämisen, HaiPro-projektin. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius, 2007, 10.)

HaiPro ja WPro ovat vaaratapahtumien selainpohjaisia raportointiohjelmia, joissa poikkeamat käsitellään prosessinomaisesti. Käytön tarkoituksena on oppiminen toimintayksikössä tapahtuneista läheltä piti -tilanteista ja virheistä. Tavoitteena on kehittää yksiköiden toimintatapoja niin, etteivät läheltä piti -tilanteet tai virheet toistuisi. (Kinnunen 2009, 118.) Raportointimenetelmällä pyritään saamaan selville mahdollisimman kattavasti tapahtumat ja vaaratilanteet, joita toimintayksikössä esiintyy niiden syntymisen estämiseksi. HaiPro ja WPro sisältävät poikkeamien raportoinnin, analysoinnin sekä kerätyn tiedon hyödyntämisen toimintayksikössä. HaiPro ja WPro-järjestelmien ensisijainen tavoite on parantaa asiakas-, ja potilasturvallisuutta sekä työturvallisuutta ja siten edistää työhyvinvointia. (HaiPro n.d; Knuuttila ynnä muut. 2007, 10,14, 17; WPro 2021.)

Asiakkaan ja potilaan turvallisuutta vaarantavia tapahtumia voidaan ilmoittaa HaiPro-järjestelmän kautta. Työturvallisuuden vaarantuessa voidaan tehdä ilmoitus WPro-järjestelmässä. Vaikka turvallisuusilmoitus tehdään sähköisellä lomakkeella, sen tekemiseen ei tarvita käyttäjätunnuksia. Kun ilmoittaja kokee, että toi-

minnasta voidaan tehdä turvallisempaa asiaan puuttumalla, tulee turvallisuusilmoitus aina tehdä. Kun vaaratapahtuma on huomattu, ilmoituksen tekijä voi HaiPro tai WPro-järjestelmän kautta ilmoittaa oman ammattiryhmänsä ja työyksikkönsä ja sen, missä yksikössä vaaratapahtuma tapahtui sekä tapahtuman ajankohdan. (HaiPro n.d; WPro 2021.)

Ilmoitusta tehdessään ilmoittaja kuvaa lyhyesti mitä ja missä tapahtui, mitä mahdollisia seurauksia tapahtumasta oli asiakkaalle, potilaalle tai henkilökunnalle sekä hoitavalle yksikölle. Ilmoittaja valitsee järjestelmässä myös vaaratapahtuman tyyppin ja hän kuvaa olosuhteet, jotka tapahtumahetkellä vallitsivat. Ilmoittaja kirjaa oman näkemyksensä siitä, mitkä asiat myötävaikuttivat vaaratapahtuman syntyyn sekä sen, miten vaaratapahtuman toistuminen voidaan estää. Ilmoittaja voi antaa myös sähköpostiosoitteensa järjestelmään ilmoitusta tehdessään, jolloin ilmoituksen käsittelijä voi pyytää lisätietoja tapahtuneesta. Ilmoituksen tekijä pysyy kuitenkin anonyyminä, koska käsittelijä ei näe ilmoituksen tehneen henkilön sähköpostiosoitetta. Lisätietoja pyydetään ja toimitetaan HaiPro tai WPro-järjestelmän kautta. Jokainen ilmoitus saa oman käsittelynumeron, sen avulla ilmoituksen tekijä voi seurata ilmoituksensa käsittelyn etenemistä järjestelmässä. (HaiPro n.d; WPro 2021.)

Ilmoitukseen kirjoitetun tiedon perusteella ilmoituksen käsittelijä arvioi tapahtumatyyppin ja luokittelee sen paremmin HaiPro tai WPro-järjestelmän antamien vaihtoehtojen mukaan. Jos tapahtumasta on tullut seuraus asiakkaalle tai potilaalle, kysyy järjestelmä automaattisesti jo ilmoitusvaiheessa, onko asiakkaalle tai potilaalle sekä omaiselle ilmoitettu, ja kuka ilmoituksen on suorittanut. Järjestelmään tulee merkintä myös siitä, ketkä tilanteen hoitivat, ja mitä välittömiä toimenpiteitä tehtiin vahinkojen minimoimiseksi sekä turvallisuuden palauttamiseksi. (HaiPro n.d; WPro 2021.)

Ilmoituksen käsittelijä analysoi seurauksia ja tapahtuman tyyppiä sekä valitsee tapahtumalle riskiluokan. Riskiluokan luokittelussa arvioidaan laajemmin samankaltaisten tapahtumien esiintyvyyttä ja seurauksien vakavuutta sekä niiden vaikutuksia asiakas- ja potilasturvallisuuteen. (HaiPro n.d; WPro 2021.) Ilmoitusten tekemisessä on tarkoituksena havaita toimintaympäristön mahdolliset heikkoudet ja puutteet, jotka voivat aiheuttaa toiminnassa vaara tilanteita. Ne voivat liittyä

organisaation toimintatapoihin, menetelmiin, välineisiin ja tai henkilökunnan osaamiseen.

Käsittelyssä arvioidaan tapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä ja tapahtuman olosuhteita. Havaittuihin ongelmiin valitaan sopiva ratkaisu, joka voi olla informointia, keskustelua tai kehittämistoimia yksikössä. Ilmoituksen käsittelijä voi siirtää ilmoituksen ylemmälle taholle, joka on yleensä määritelty organisaatiokohtaisesti, esimerkiksi asiakas- ja potilasturvallisuusvastaava tai ryhmä. Jos ilmoitukselle valitaan "Ei toimenpidettä" -luokka, tulee sen käyttäminen perustella erikseen järjestelmässä. (HaiPro n.d; WPro 2021.) Vaaratapahtumailmoitus voidaan jättää käsittelyvaiheessa odottamaan ja merkitä tiedolla "odottaa lisätietoa". Ilmoitus kuitataan vasta sitten loppuun käsitellyksi, kun suunnitellut kehittämistoimet on toteutettu ja kirjattu järjestelmään. (HaiPro. n.d; WPro 2021.)

HaiPro-potilas- ja asiakasturvallisuusilmoitus voidaan tehdä esimerkiksi lääkehoitoa, laitteita tai hoitamista koskevasta tapahtumasta. WPro- työturvallisuusilmoitus voidaan tehdä myös läheltä piti -tilanteista, työturvallisuutta uhkaavista havainnoista. Ilmoituksen voi tehdä myös kehittämisehdotuksena. Haitta- ja vaaratapahtumien ilmoittaminen on tärkeää, koska niiden pohjalta voidaan kehittää ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, ettei vastaavien tilanteita syntyisi ja niistä voidaan myös oppia. Läheltä piti -tilanteita tarkastelemalla voidaan löytää esimerkiksi asioita, jotka estivät vaaraa tapahtumasta asiakkaalle tai potilaalle saakka. Ne voivat myös osoittaa haitan ja vaaran syntymekanismien. Asiakas- ja potilasturvallisuusilmoitukset tulee myös käsitellä ja analysoida, pelkkä ilmoituksien tekeminen ei riitä. Kun ilmoitukset käsitellään, on ilmoituksen tekijälle annettava palautetta ja hänelle tulee osoittaa, että epäkohtiin ja mahdollisiin ongelmiin puututaan. Yksittäisen ilmoituksen käsittely HaiPro-järjestelmässä on kuvattu liitteessä 1.

4.8.2 Laatuportti

Opinnäytetyön sosiaalihuollon yksikössä sekä työ- että potilasturvallisuuden poikkeamat kirjataan Qreformin tuottamaan Laatuportti-järjestelmään. Laatuportti

on moninainen järjestelmä sisältäen auditointitoiminnot, itsearvioinnit ja kehittämishankkeet. Tässä avataan ainoastaan vaaratapahtuma- ja poikkeamailmoitusten käsittelyä.

Vaaratapahtumien raportoinnin avulla pyritään edistämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden työ- ja potilasturvallisuutta sekä lisäämään työntekijöiden turvallisuustietoutta. Laatuporttiin voi halutessaan tehdä poikkeaman nimettömänä, mikä osaltaan madaltaa kynnystä tehdä poikkeamailmoitus. (Qreform 2021.)



KUVIO 4. Vaaratapahtuma- ja poikkeamailmoitusten käsittely. (Qreform 2021)

Poikkeamailmoituksen teon edellyttämän tapahtuman toteuduttua työntekijä kirjaa tapahtuman Laatuporttiin. Ilmoitukseen kirjataan tapahtuma-ajan ja -paikan lisäksi tapahtuman pääluokka (Taulukko 1), jolla on omat alaluokkansa. Työntekijän kirjattua poikkeamatapahtuman tulee lähiesihenkilölle ilmoitus sähköpostiin. Tämän opinnäytetyön sosiaalihuollon yksikössä on käytäntönä, että poikkeamat käydään työyhteisön kanssa läpi säännöllisesti viikkopalaverissa. Ensimmäisenä tapahtumasta mietitään, mistä kyseinen poikkeama pohjimmiltaan johtui, eli tehdään ns. juurisyyanalyysi. Yksi keino löytää juurisyy on esittää miksi-kysymys niin monta kertaa, että pohjimmainen syy löytyy. Poikkeamia yhdessä käsitellessä arvioidaan samalla niiden vakavuuden taso sekä todennäköisyys. Lisäksi kunkin poikkeaman osalta tulee miettiä tapaukselle korjaavat sekä ennaltaehkäisevät toimenpiteet.

TAULUKKO 1. Poikkeamaluokat Laatuportissa

Asiakas- ja potilasturvallisuus	Muut operatiiviset riskit	Palo- ja toimitilaturvallisuus	Strategiset riskit	Taloudelliset riskit	Tietoturva ja -suoja	Tuotannon turvaaminen ja toiminnan jatkuvuus	Työturvallisuus ja -suojelu	Ympäristö- turvallisuus
Hygienia	Johtaminen	Fyysinen esteettömyys	Liiketoiminta- strategia	Rahoitusriskit	Ohjelmisto-, laite- tai muu häiriö	Jatkuvuus- suunnittelu	Fysikaaliset vaaratekijät	Kemikaali- päästö
Invasiivinen toimenpide	Palvelut	Ilkivalta	Liiketoiminta- ympäristö	Taloudellinen raportointi	Tietojen salassapito vaarantunut	Kriisitilanteiden hallinta	Fyysinen kuormittuminen	
Kommunikointi ja tiedonkulku	Parantaminen	Kemikaalit ja jätteet	Suunnittelu- ja ydin- osaaminen	Toimintakulujen hintakehitys	Tietoliikenne- häiriö	Valmius- suunnittelu	Kemialliset ja biologiset vaaratekijät	
Laboratorio- tutkimukseen liittyvä	Suorituskyvyn arviointi	Kiinteistö- tekniikka	Tuote-, jakelu- ja hankintapolitiikka	Tuotannon- tekijöiden hinnankkehitys	Muu tietoturvaan liittyvä		Psykososiaalinen kuormittuminen	
Laitteet ja niiden käyttö	Suunnittelu	Kiinteistö- huolto	Yhtiön maine tai brändikuva				Tapaturman vaarat	
Lääkehoitoon liittyvä	Toiminta- ympäristö ja prosessit	Murrot, ryöstöt, tuhopoltot						
Muu hoitotoimenpide	Ulkopuoliset toimijat	Pelastus- suunnittelu						
Muut tapahtumat		Sähkölaitteet						
Operatiivinen toimenpide		Toimitilojen siisteys						
Tapaturmat		Vesivahingot						
Väkivalta								

4.8.3 Global trigger tool

Jotta asiakas- ja potilasturvallisuudesta saadaan luotettava kokonaiskuva, on sitä seurattava usealla eri mittarilla. Poikkeamien yleisyyden arvioinnissa voidaan käyttää myös Global trigger tool -analyysiä eli GTT-menetelmää. GTT-menetelmän on luonut Institute for Health Care Improvement (IHI). Menetelmässä otetaan satunnaisotos hoitajaksoja, joista etsitään vihjeitä haittatapahtumista. Analyysi perustuu potilasasiakirjojen strukturoituun tarkasteluun. ”Triggerit” eli löydökset viittaavat mahdolliseen haittatapahtumaan. Tällaisia löydöksiä voivat esimerkiksi olla potilaan paluu sairaalahoitoon 30 päivän kuluessa hänen kotiuttamisestaan. Muita löydöksiä voivat olla kaatuminen, lepositeiden käyttö, tietyt laboratorioarvot kuten INR > 6 ja äkillisesti lopetetut lääkkeet. Käytettävän ajan pituus ja läpikäytävien potilasasiakirjojen määrä on menetelmässä rajattu ja analyysin toteuttavat sairaanhoitajat sekä lääkäri yhdessä. (Griffin & Resar 2009; Olin, Pekonen, Roine, Aaltonen & Kinnunen 2018.)

Analyysien tavoitteena on seurata haittatapahtumien määrää ja niiden muutosta, sekä etsiä tekijöitä, joihin vaikuttamalla asiakas- ja potilasturvallisuutta voidaan parantaa. Tunnusluvuilla kuvataan haittatapahtumien määrää hoitajaksoa, sataa hoitajaksoa tai tuhatta hoitopäivää kohden. Läheltä piti -tapahtumia ei analyysissä huomioida vaan haittatapahtuman vakavuus arvioidaan asteikolla E- lievä tai I- potilas menehtynyt. Lisäksi arvioidaan, olisiko haittatapahtuma voitu ehkäistä ja miten vastaava tapahtuma voidaan tulevaisuudessa estää. Suositeltavaa on, että analyysi tehdään lähellä käytännön työtä, esimerkiksi yksikkö- tai

prosessitasolla, jolloin siitä saadaan paremmin esiin toistuvia haittatapahtumatyyppejä. Kun toistuvien haittatapahtumien juurisyihin paneudutaan, auttaa se ehkäisemään tapatumien toistumista. (Griffin & Resar 2009; Olin ym. 2018.)

GTT-menetelmää käytetään Pohjoismaissa lähes kaikissa akuuttihoitoa antavissa sairaaloissa. GTT-menetelmällä on ruotsissa raportoitu sairaalahoidon aikana haittatapahtuman kokevan 13,4 % potilaista ja Norjassa 13,7 %. Suomessa vastaavaa arviointia ei ole vielä tehty, mutta GTT-menetelmää on käytetty muun muassa Vaasan sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä ja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa jo vuodesta 2009 alkaen. Esimerkiksi Haipro ja Laatuportti perustuvat vapaaehtoisuuteen ja ovat tärkeä osa asiakas- ja potilasturvallisuuden raportointia, mutta niiden perusteella ei kuitenkaan voida päätellä, paljonko haittatapahtumia todellisuudessa tapahtuu. (Griffin & Resar 2009; Olin ym. 2018.)

Tieto asiakas- ja potilasasiakirjoista ei ole riippuvainen henkilökunnan ilmoitushalukkuudesta, vaan se perustuu asiakkaan tai potilaan hoidon aikana tehtyihin kirjauksiin ja siksi antaa oikean ja ajantasaisen kuvan asiakkaiden ja potilaiden kokemista haitoista. Retrospektiivisen potilasasiakirja analyysia, esimerkiksi GTT-menetelmä on hyvä ottaa osaksi asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia. (Skador i vården 2018, Doupi P, Peltomaa K, Kaartinen M & Öhman J 2013; Pasientskader i Norge 2015...3; Olin ym. 2018.) GTT-menetelmän tieteellisistä luotettavuutta on kyseenalaistettu ja arvioitu, mutta turvallisuuden varmistamiseen sekä kehittämiskohteiden identifiointiin organisaatio ja yksikkötasolla sen on havaittu soveltuvan hyvin. (Hibbert, Molloy, Hooper, Wiles, Runciman, Lachman, Muething & Brathwaite 2016.)

4.9 Turvallisuusjohtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Johtamisella tarkoitetaan sitä ohjaavaa ja arvioivaa toimintaa, jota organisaatiossa tehdään yhteisten päämäärien ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Johtamisen tehtävä on tukea organisaation toimintaa ja luoda työn tekemiselle hyvät ja laadukkaat edellytykset. (Työturvallisuuskeskus 2013.)

Johtamisen käsitteet voidaan jakaa ihmisten johtamiseen eli johtajuuteen (leadership) ja asioiden johtamiseen (management). Asioiden johtamisella tarkoitetaan toiminnan ja toimintaprosessien hallintaa sekä niihin liittyvää päätöksentekoa. Johtajuudessa (leadership) on tärkeää työntekijöiden osaaminen ja sen kehittäminen, innostaminen, yhteiset tavoitteet, innovaatiot ja muutos. Asioiden johtamisessa (management) korostuvat strategiat, rakenteet, järjestelmät, vakaus ja ennustettavuus. (Lämsä & Päivike 2013, 207.) Johtajuus on yksinkertaistetusti sitä, että ihminen auttaa toista suoriutumaan paremmin työssään. Se myös nähdään työntekijöiden, esimiesten ja tilanteiden asetettujen päämäärien välisenä prosessina. Johtaminen ei ole yksittäisen johtajan tehtävä, vaan se on ryhmän jäsenien välinen suhde. (Juuti 2013, 13; Kuitunen & Pystynen 2017, 307–309.)

Turvallisuusjohtamisen keskeisiä periaatteita ovat tehokas ja vahva johtaminen, työntekijöiden osallistuminen ja sitouttaminen sekä turvallisuuden jatkuva arviointi ja kehittäminen. Käytännössä sen tarkoittaa sitä, että johto edistää turvallisuutta toimintaympäristön keskeisenä arvona ja viestittää siitä selkeästi työntekijöilleen. Johdolla tulee olla ajantasainen tieto toimintaympäristön riski- ja turvallisuusprofiilista, sekä sen tulee toimia esimerkkinä noudattamalla turvallisuuteen liittyviä lakeja ja määräyksiä. Eri toimijoiden tehtävät ja vastuut riskien ehkäisemisessä ja hallinnassa on selkeästi määritelty ja niitä valvotaan myös sisäisesti. Toimintaympäristöillä tulee olla toimivat turvallisuuden seuranta-, arviointi- ja raportointijärjestelmät, jotka ovat kaikkien työntekijöiden saatavilla. (Työturvallisuuskeskus n.d.)

Turvallisuuden johtaminen on tavoitteiden asettamista sekä suunnittelua, kuinka ja millä keinoin tavoitteet saavutetaan. Se on myös viestintää, toimeenpanoa, sekä toteutumisen seuranta- ja jatkuvaa kehittämistä. Johtajan oma visio, toimintaympäristön asettamat vaatimukset ja tarpeet eivät toimi riittävän tehokkaasti tavoitteiden saavuttamisessa, jos toimintaympäristön turvallisuuskulttuuri ei tue niitä. Tavoitteiden saavuttamiseksi tulee olla yhteinen ymmärrys toiminnan perusteista. Jos sitä ei ole, voi muutos jäädä yksittäisten kehittämisprojektien sisälle tai jopa muuttua valtakamppailuksi. Kehittämistyö saattaa tuolloin kääntyä itseään vastaan ja ilmapiiri muuttuu vain huonommaksi ja syntyy arvovaltakysymyksiä. Hyvässä turvallisuusjohtajuudessa vahvistetaan säännöllisesti yhteistä ym-

määrystä muutoksen perusteista. Turvallisuuden johtamisessa korostuu erityisesti toimintakulttuurin muutoksen johtaminen, jossa johtajuus on suunnan ja merkityksen näyttämistä sekä osoittamista viestinnän ja toiminnallisen esimerkin keinoin. (Heinijoki & Pommelin 2020, 241–243.)

4.10 Turvallisuuskulttuuri

Organisaatiokulttuuri on organisaation tapa toimia kokonaisuutena. Turvallisuuskulttuuri voidaan nähdä organisaatiokulttuurin turvallisuusasioiden osa-alueena ja johtamiskulttuurin johtamisen osa-alueena. Turvallisuuskulttuuri ja johtamiskulttuuri ovat organisaatiokulttuurin alakäsitteitä. Turvallisuuskulttuuri on käsite, jonka kautta hahmotetaan organisaation toimintaa turvallisuudesta käsin kokonaisvaltaisesti ja, jossa sen rakenteelliset edellytykset ovat kytkeytyneet vastavuoroiseen ja kokemusperäisen toiminnan edellytyksiin. (Sunell 2016, 15.)

Organisaation riskien hallinnan perusta on turvallisuuskulttuuri ja turvallisuuskulttuurin perustana toimii organisaatiokulttuuri. Turvallisuuskulttuuri muodostuu organisaatiokulttuurin, johdon ja koko henkilöstön asenteiden, arvojen, näkemysten ja kokemusten perusteella. Ilmiönä organisaatiokulttuuri tuo esiin tavan, miten organisaation ihmiset jakavat keskenään tunteet, havaitsemisen ja ajattelun. Organisaatiokulttuuri vaikuttaa siihen, mitä tietoja ja asioita henkilökunta pitää tärkeänä, miten he ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa sekä, miten he hahmottavat organisaation tavoitteet ja keinot, joilla tavoitteisiin pyritään pääsemään. Organisaation toiminta on turvallista ja tehokasta silloin, kun turvallisuuskulttuuri on avoin, oikeudenmukainen ja esimiehet ovat siihen sitoutuneet.

Riskienhallinta perustuu vahvaan turvallisuuskulttuuriin, jota vahvistavat viestinnän merkityksen korostaminen, turvallisuusosaamisen säännöllinen varmistaminen sekä työpaikan turvallisuudelle myönteisen yhteisöllisyyden kasvattaminen ja tukeminen. Jokaisella organisaatiolla on perustehtävä, joka muodostuu työlle asetetuista tavoitteista, työn kohteen erityispiirteistä sekä organisaation ulkopuolelta tulevista vaikutteista. Sosiaali- ja terveystieteiden toimintayksiköiden perustehtävänä on huolehtia ihmisen terveydestä ja hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveystieteiden

organisaatiolta ja toimintayksiköiltä odotetaan, että ne huolehtivat ihmisen terveydestä ja hyvinvoinnista turvallisesti, laadukkaasti ja kokonaisvaltaisesti. Toimintaympäristöt ovat erilaisia sosiaali- ja terveysalalla, ja palveluiden käyttäjät ovat eri ikäisiä ja heidän palvelutarpeensa ovat erilaisia. Kuten edellä on jo todettu sosiaali- terveysalan toimintaa ohjaa tarkka lainsäädäntö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 8; Lindh, Karttunen & Volanen, 2019, 8; Sunell 2016, 11; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018, 8.)

Turvallisuuskulttuuri on organisaatiossa vallitseva kyky ja tahto ymmärtää, millaisia vaaroja toimintaa liittyy, miten vaaratilanteita voidaan ehkäistä, eli on olemassa ymmärrys siitä, millaista on turvallinen toiminta. Turvallisuuskulttuuri on jatkuvassa muutoksessa oleva tila, jonka luominen ja ylläpitäminen on koko työyhteisön ei ainoastaan johdon tehtävä. Se on tahtoa toimia turvallisesti ja ehkäistä vaarojen toteutumista. (Pietikäinen, Reiman & Oedewald, 2008, 25.)

Hyvää turvallisuuskulttuuria ylläpidetään ja luodaan tarjoamalla työntekijöille koulutusta, menetelmiä sekä välineitä, joilla työtehtävät voidaan suorittaa turvallisesti. Huolehditaan hyvästä ja riittävästä perehdytyksestä. Kannustetaan jokaista työntekijää kehittämään turvallisuuteen vaikuttavia toimintatapoja ja ohjeita, sekä kiinnittämään huomiota oman toimintansa turvallisuuteen. Varmistetaan, että viestintä ja tiedottaminen on tehokasta ja, että se myös saavuttaa kaikki työntekijät. Palautteen antamisesta tulee tehdä helppoa ja kannattavaa, sekä rohkaistetaan kyseenalaistamaan toimintatapoja. (Lindh ym. 2019, 8.)

Turvallisuusosaaminen on osa turvallisuuskulttuuria. Turvallisuusosaamista käytetään käsitteenä turvallisuusalan kirjallisuudessa, mutta varsinaista määritelmää tuolle sanalle on haastavaa löytää. Työelämässä turvallisuusosaaminen on osa ammattitaitoa ja kuuluu jokaiselle työyhteisön jäsenelle (Työturvallisuuskeskus 2014, 21). Itsessään osaamisen johtaminen ei ole yksittäisten osaamisalueiden lisäämistä, vaan strategian mukaisen arkitoiminnan ja työn johtamista. Strategia ohjaa osaamisen kehittämistä. Strategian keskiössä on ydinosaaminen, organisaation yhteinen ja tulevaisuuteen suuntautuva osaaminen.

Osaamisen johtamisen perusedellytys on arjessa mukana kulkeva ja uudistuva strategia. (Tuomi & Sumkin 2012, 14.) Osaamisen johtamisen lähtökohtana on

tieto osaamisen sisällöstä ja siitä, mitä tavoitellaan. Osaamisen sisällön lähtökohdat tulevat kahdesta suunnasta: organisaation strategian tarpeista ja työn edellyttämän ammattitaidon yleisistä vaatimuksista. Osaamisella on organisaatiossa monta merkitystä. Organisaation näkökulmasta se on strategisen kyvyn perusta. Organisaation jäsenten, kollegojen näkökulmasta se on työssä menestymisen perusta. Esimiehen kannalta se on sekä väline tavoitteiden saavuttamiselle, että myös johtamistyön kohde. Kun johtamistyössä suunnataan huomiota ja voimavaroja osaamisen kehittämiseksi, silloin se myös kehittää sitä. (Säntti & Viitala 2010,104.)

Työyhteisön turvallisuuskulttuuri määrittää sen, miten henkilöstö suhtautuu turvallisuuteen ja terveyteen. Suhtautuminen turvallisuusasioihin puolestaan vaikuttaa siihen, miten henkilöstö työssään toimii. Turvallisuuskulttuurin kehittäminen ja muutos lähtevät ylimmästä johdosta, mutta siitä ovat vastuussa kaikki yhteisön työntekijät. Esimiesten tehtävä on toteuttaa ja valvoa, että kaikki sitoutuvat yhteisiin arvoihin. Eteläkorealainen tutkimus on osoittanut, että esihenkilöiden käsitys turvallisuudesta vaikutti merkittävästi turvallisuusilmapiiriin. Jopa 66,9 % välittyi suoraan tiimien työilmapiiriin, 24,1 % työoloihin ja 9,0 % työtyytyväisyyteen. (Työturvallisuuskeskus 2011; Shao-Jen, W., Sheung-Hwan, K. & Chieh-Liang, W. 2016.)

Jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiossa ja yksikössä tulee ymmärtää turvallisuuskulttuurin merkitys. Turvallisuuskulttuurilla on selkeä yhteys asiakas- ja potilastyytyväisyyteen, haittatapahtumiin, hoitoon liittyviin infektioihin, sekä potilaiden kuolleisuuteen. Kansallisen asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian vuosille 2017–2021 yhtenä tarkoituksena ja tavoitteena on edistää yhteistä turvallisuuskulttuuria sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvä turvallisuuskulttuuri tarvitsee turvallisuutta edistävää ja kehittäväää johtamista, arvoja ja asenteita sekä yhteisesti sovittujen, näyttöön ja tutkimukseen perustuvien käytäntöjen soveltamista. Tärkeitä keinoja turvallisuuskulttuurin edistämiseen ovat nopea puuttuminen vaaratilanteisiin, avoin ilmapiiri, moniammatillisuus ja siten jatkuva turvallisen toiminnan kehittäminen. Turvallisuuskulttuurin arvioimiseksi organisaatioissa ja yksiköissä on kehitetty mm. HSOPSC-mittari ja TUKU-kysely. Kuitenkin turvallisuuskulttuurin edistäminen ja kehittäminen, sekä muuttaminen on

kiinni yksilöistä ja heidän asenteistaan, koska jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijä on rakentamassa turvallisuuskulttuuria omalta osaltaan. (Kuismainen, Liukka, Aaltonen, Roine & Kinnunen 2018.)

Canadian patient safety institute CPSI:n (2021) mukaan turvallisuuskulttuurin keskeisimmät osa-alueet ovat: *Tietoon perustuva kulttuuri*, jossa kerätään ja analysoidaan keskeisiä turvallisuuteen liittyviä tietoja ja niiden pohjalta tehdyt kehittämissuositukset toteutetaan. *Raportointikulttuuri* tarkoittaa luottamuksellista ilmapiiriä, missä työntekijöitä rohkaistaan vaaratapahtumien ja kehittämissuositusten raportointiin ilman syyllistämisen pelkoa, niin työntekijöiden kuin asiakkaiden tai potilaiden kehittämissuositukset huomioiden. Kun vaaratapahtumat nähdään oppimiskokemuksina ja mahdollisuuksina ehkäistä uusia vaaroja puhutaan *oppimiskulttuurista*. *Oikeudenmukainen toimintakulttuuri* tarkoittaa, että toimintayksikössä on ymmärrys ja tasapaino yksilö- ja järjestelmänäkökulman (ammattillisen vastuun ja systemisen vaaratapahtuman) välillä. Toimintayksikössä on selvät rajat kielletyn ja hyväksyttävän toiminnan välillä. *Joustavassa kulttuurissa* ihmiset sopeutuvat muuttuviin vaatimuksiin tehokkaasti. (Canadian Patient Safety Institute n.d.)



KUVIO 5. Turvallisuuskulttuurin keskeisimmät osa-alueet

Kanadassa tehdyn tutkimuksen (Squires, Tourangeau, Spence Lanchinger & Doran 2010) mukaan työympäristö ja johtamisen laatu vaikutti suoraan mm. hoitajien uupumukseen sekä lääkehoidon virheisiin. Tutkimus osoitti positiivisen turvallisuuskulttuurin edesauttavan hoitajien pysymistä organisaatiossa. Esihenkilö voi resonanssijohtamisella luoda vahvan, optimistisen ilmapiirin työyhteisössä. (Squires, Tourangeau ym. 2010.) Resonantti esihenkilö on samalla aaltopituudella häntä ympäröivien ihmisten kanssa ja luo yhteyden itsensä ja heidän välilleen. Resonantti esihenkilö kuuntelee henkilöstöään, koska välittää heistä. Henkilöstö puolestaan tuntee esihenkilön välittämisen ja vastaa siihen. Näin esihenkilö yhdessä henkilöstön kanssa luo avoimen dialogin, molemminpuolisen kunnioituksen sekä luottamuksen työyhteisössä. (Boyatzis, Smith, Van oosten & Woolford 2012.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä oli rekisteritutkimus, koska se sopi opinnäytetyön aiheeseen ja luonteeseen parhaiten. Rekistereistä kerättyjen tietojen perusteella on mahdollista saada tietoa erilaisten palvelujärjestelmien toiminnasta tunnuslukuina. Tässä opinnäytetyössä tietoa kerättiin kahden eri organisaation laadunhallintajärjestelmistä. Kun tieteellisessä tutkimuksessa tutkimusaineistona käytetään rekisteritietoja, puhutaan rekisteritutkimuksesta, jossa on omat erityispiirteensä. Kansainvälisellä tasolla rekisteritutkimuksia tehdään erityisen paljon Pohjoismaissa. (Räisänen & Gissler 2012, 63.)

Räisänen ja Gisslerin (2012) mukaan tietorekisteri on yksikötasoinen ja jonkin ryhmän tai joukon käsittävä tietoaaineisto kokonaisuudessaan, jota päivitetään jatkuvasti ja se on yleensä sähköisessä muodossa. Tutkimusaineisto muodostuu rekisteritutkimuksessa kokonaan rekisteritiedoista, jotka saadaan joko yhden tai useamman rekisterin rekisteritietoja yhdistämällä. Myös muilla tavoilla voidaan tutkimuksessa kerätä tietoja, jolloin rekisteritietoja voidaan käyttää tutkimuksen osana. Hoitotieteessä rekisteritutkimus tarjoaa mahdollisuuksia ilmiön tarkasteluun väestö-, potilasryhmä sekä yksilötasolla, lisäksi tutkimuksessa voidaan ottaa tarkastelun kohteeksi esimerkiksi palveluyksikkökohtainen tai alueellinen taso. (Räisänen & Gissler 2012, 63–64, 67.) Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan poikkeamailmoituksia sosiaali- ja terveysalan kahdessa eri palveluyksikössä.

Rekisteritutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta (Vilka 2007, 56–57). Tässä tutkimuksessa otokset olivat laajat; tutkimusaineistoina käytettiin valmiita poikkeamarekistereitä kahdesta organisaatiosta vuosilta 2019–2020. Vilkan mukaan (2015, 163) rekistereiden tekstiaineisto luokiteltiin sisällön erittelyllä, minkä jälkeen luokittelun tuloksia voitiin kuvata ja tarkastella numeerisesti. Sisällön erittely tarkoittaa tekstiaineiston käsittelyä kvantitatiivisesti. Pietilä (1976,53) on määritellyt sisällön erittelyn erilaisiksi menettelytavoiksi, joilla saadaan tutkimusaineistosta havaintoja sekä kerätään tietoa noudattaen tieteellisen tutkimuksen ohjeita. Kun tutkimukseen kerättyä aineistoa käsitellään tilastollisin

menetelmin, tulee tiedon olla luokitellussa muodossa. Sisällön erittely soveltuu rajoitettujen aineistojen tutkimiseen. (Pietilä 1976, 101).

Tutkimuksen kahdessa toimintaympäristössä on eri laadunhallintajärjestelmät käytössä, ja niissä poikkeamien luokitukset erosivat jonkin verran toisistaan. Haittatapahtumia ei siksi voitu suoraan yhdistää. Tutkimuksen tekijät tekivät tutkimusaineistolle sisällönerittelyn, jonka avulla poikkeamat saatiin yhdistettyä samaan taulukkoon. Sisällönerittelyn tavoitteena on järjestää aineisto tiiviiseen, selkeään ja informoivaan muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2018, 140). Aineistolle tehtiin klusterointi eli ryhmiteltiin luokkiin.

Rekisterit, joita opinnäytetyössä käytetään ovat terveydenhuollon yksikön käyttämä HaiPro- ja Wpro järjestelmät. HaiPro-järjestelmää käytetään potilasturvallisuuden poikkeamien käsittelyyn ja WPro-järjestelmää työntekijään kohdistuneen poikkeaman käsittelyyn. Sosiaalihuollon yksikkö käyttää poikkeamien hallintaan Laatuporttia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan analyysimenetelmä, joka antaa tietoa tutkittavasta asiasta. Tässä tutkimuksessa opinnäytetyön tekijät keräävät ensin tiedot laadunhallintajärjestelmistä analysointityökalu Microsoft Excel-ohjelmaan.

5.1 Aineiston analysointi

Aineiston kuvaamista ohjasivat tämän opinnäytetyön kysymykset, ”Kuinka paljon ja mistä syistä tehtiin asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä työturvallisuuteen liittyviä poikkeamia toimintaympäristön yksiköissä vuonna 2019–2020?” ”Miten poikkeamien riskit on luokiteltu laadunhallintajärjestelmissä?” ”Mitä toimenpiteitä esihenkilöt ovat poikkeamien johdosta tehneet?” Opinnäytetyöhön saadusta aineistosta poimittiin ne asiat, jotka vastasivat opinnäytetyön kysymyksiin. Kysymykseen ”Mitä toimenpiteitä esihenkilöt ovat haittatapahtumailmoituksen johdosta tehneet?” antoi aineisto suppean vastauksen. Opinnäytetyössä tehtiin neljä aineistolähtöistä sisällön erittelyä kysymyksiin: Mistä syistä tehtiin asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä työturvallisuuteen liittyviä poikkeamia toimintaympäristön yksiköissä vuonna 2019–2020? ja Mitä toimenpiteitä esihenkilöt ovat poikkeamien johdosta tehneet?

Sisällön erittely tehtiin määrällisesti ja laadullisesti opinnäytetyön toimintaympäristöjen laadunhallintarekistereistä. Aluksi kävimme läpi laadunhallintajärjestelmistä saadut raportit, joista luimme alkuperäisilmaukset ja luokittelimme ne toimintayksiköittäin analyysityökalu Excel-järjestelmään. Sisällön erittely opinnäytetyössä eteni aineistolähtöisesti ja sisällön erittely eteni siten, että kävimme toimintayksiköiden haittatapahtumailmoituksista läpi alkuperäiset ilmaukset ja luokittelimme ne toimintaympäristön laadunhallintarekistereissä olevien luokkien mukaan.

Etsimme saadusta aineistosta samankaltaisia käsitteitä ja aineiston ryhmittelyssä kävimme tarkasti läpi aineistosta saadut alkuperäiset ilmaukset. Ryhmittelimme yhteen samaan tarkoittavat ilmaukset: mistä syistä ja mitä toimenpiteitä kuvaavat ilmaukset yhdistimme ne samaan luokkaan. Luokat nimettiin laadunhallintajärjestelmistä saaduilla käsitteillä, jotka kuvasivat mahdollisimman hyvin luokan käsitettä. Tässä vaiheessa muodostimme opinnäytetyön kysymysten perusteella pohjan ja saimme vastauksia opinnäytetyön kysymyksiin. Etenimme siis alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja loimme niistä opinnäytetyöhön ja sen kysymyksiin vastaavaa sekä kuvaavaa tilastoa. (Vilkkä 2015, 115; Tuomi & Sarajärvi 2018, 108–111.)

Kysymykseen ”Mistä syistä tehtiin asiakas- ja potilasturvallisuuden sekä työturvallisuuden liittyviä poikkeamia toimintaympäristön yksiköissä vuonna 2019–2020?” saatiin viisi luokkaa koskien työturvallisuuspoikkeamia laadullisen sisällön erittelyn jälkeen. Kun aineisto oli käyty läpi, luokiksi muodostuivat: Ei valittu, Ei tarkennettu, Fysikaaliset vaaratekijät, Tapaturman vaara, Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuormittuminen, Kemiaallinen ja biologinen altistuminen. ”Ei valittu” ja ”Ei tarkennettu” yhdistettiin samaksi luokaksi. Asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamat luokiteltiin kahdeksaan luokkaan laadullisen sisällön erittelyn jälkeen. Aineiston läpikäymisen jälkeen luokiksi muodostuivat: Ei tiedossa, Lääke- ja nestehoitoon liittyvä, Tiedonkulku, Kommunikointi, Tiedon saanti, Aseptiikka, Laitteeseen, tarvikkeeseen tai sen käyttöön liittyvä, tapaturma, Väkivalta, Muuhun hoitoon tai operatiiviseen toimintaan liittyvä.

Raportoitujen poikkeamien ehkäisytoimet ja ehdotukset opinnäytetyön kysymykseen ”Mitä toimenpiteitä esihenkilöt ovat haittailmoitusten johdosta tehneet” saatiin neljä luokkaa koskien sekä työturvallisuus, että asiakas- ja potilasturvallisuus-

poikkeamia laadullisen sisällön erittelyn jälkeen. Kun aineisto oli käyty läpi, luokiksi tulivat: Ei toimenpiteitä, Informoidaan tapahtuneesta, Pidetään silmällä, Riskin pienennys, suunnitellaan kehittämistoimenpide, viedään asia eteenpäin toimenpide välitön. Informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä, riskin pienennys yhdistettiin samaksi luokaksi.

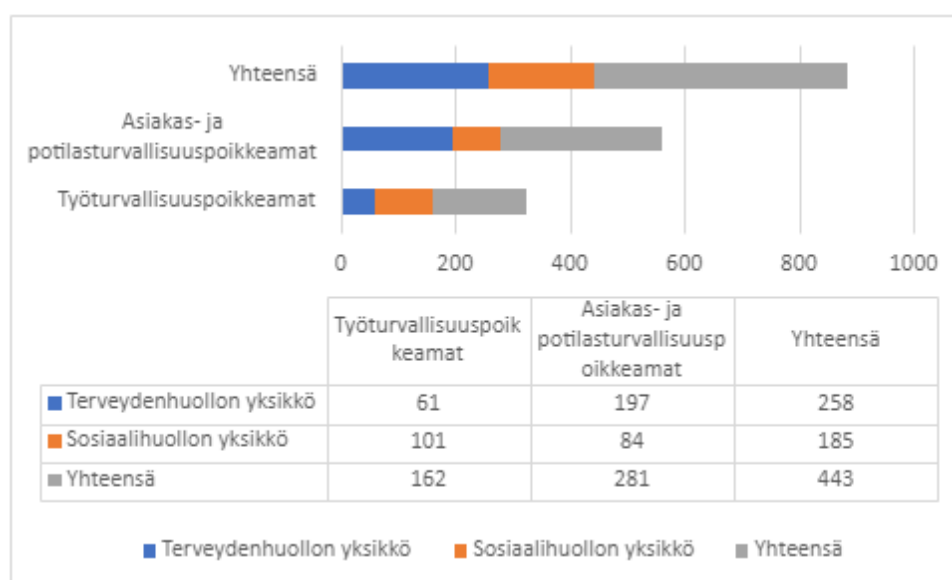
Tutkimuskysymykset ”Kuinka paljon tehtiin asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä työturvallisuuteen liittyviä haittailmoituksia toimintaympäristön yksiköissä vuonna 2019–2020?”, sekä ”Miten haittailmoitusten riskit on luokiteltu laadunhallintajärjestelmissä?” saatiin mitattavaan muotoon suoraan molempien toimintaympäristöjen riskinhallintajärjestelmistä ilman sisällön erittelyä.

6 TULOKSET

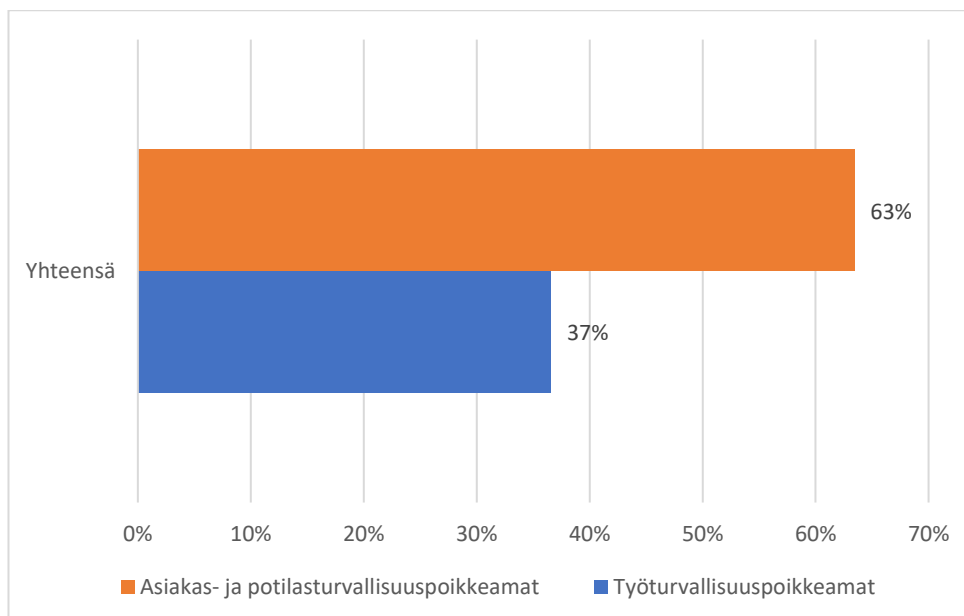
6.1 Poikkeamat yhteensä

Vastauksena tutkimuskysymykseen ”Kuinka paljon ja mistä syistä tehtiin asiakas- ja potilasturvallisuuteen sekä työturvallisuuteen liittyviä poikkeamailmoituksia toimintaympäristön yksiköissä vuonna 2019–2020?” saatiin seuraavaa:

Kaikkiaan poikkeamaan johtavia tapahtumia sattui toimintaympäristöissä yhteensä 443 (100 %) vuosina 2019–2020, joista 162 (37 %) raportoitiin työturvallisuuteen kohdistuneeksi poikkeamaksi ja 281 (63%) tapahtumaa asiakas- ja potilasturvallisuuteen kohdistuneeksi poikkeamaksi (kuviot 6 ja 7). Kun poikkeamat eriteltiin vielä toimintaympäristöjen yksiköiden kesken, tapahtui sosiaalihuollon yksikössä enemmän työturvallisuuteen kohdistuneita poikkeamia kuin terveydenhuollon yksikössä. Vastaavasti asiakas- ja potilasturvallisuuteen liittyneitä vaaratapahtumia tapahtui enemmän terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon yksikössä. Kuviossa 6. on myös eritelty poikkeamien määrät toimintaympäristöittäin.



KUVIO 6. Poikkeamat yhteensä

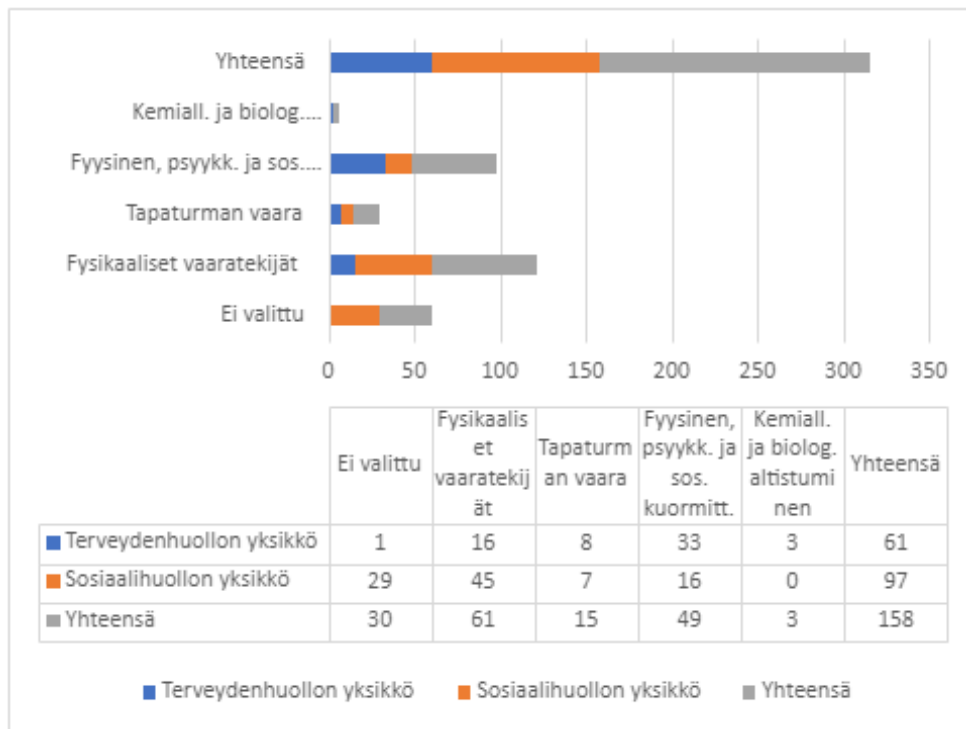


KUVIO 7. Poikkeamien prosentuaalinen osuus

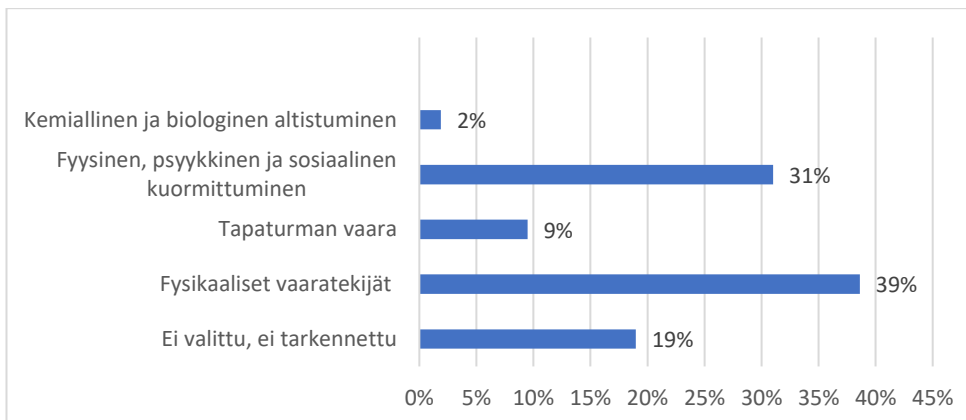
6.2 Työturvallisuuspoikkeamat

Yhteensä työturvallisuuspoikkeamia oli eritelty seuraavasti: fyysiset vaaratekijät 61 tapahtumaa (39 %), tapaturman vaara 15 tapahtumaa (9 %), fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kuormittuminen 49 tapahtumaa (31%), kemiallinen ja biologinen altistuminen 3 tapahtumaa (2%), ei valittu tai ei tarkennettu 30 tapahtumaa (19%) (kuvio 8).

Tässä opinnäytetyössä työturvallisuuden fyysikaalisiin vaaratekijöihin on luokiteltu väkivaltilanteet, sekä aineen, esineen tai ympäristön kuumuus. Tapaturman vaaraan on luokiteltu liikkuvan aiheuttajan osuma tai törmäminen, pisto, viilto, hankauma, putoaminen, kaatuminen, kompastuminen, liukastuminen. "Fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen kuormittuminen" -luokkaan on luokiteltu äkillinen tai pitkäaikainen fyysinen, psyykkinen tai sosiaalinen kuormittuminen. "Kemiallinen ja biologinen altistuminen" on luokiteltu vaaralliset aineet iholle tai silmiin, sekä tartuntavaara. "Ei valittu, ei tarkennettu" -luokitteluun kuuluu ei valittu, en osaa sanoa ja muu, ei tarkennettu. Työturvallisuuspoikkeamat on esitetty kuvioissa 8 ja 9, joissa ne on myös eritelty toimintaympäristöittäin.



KUVIO 8. Työturvallisuuspoikkeamat



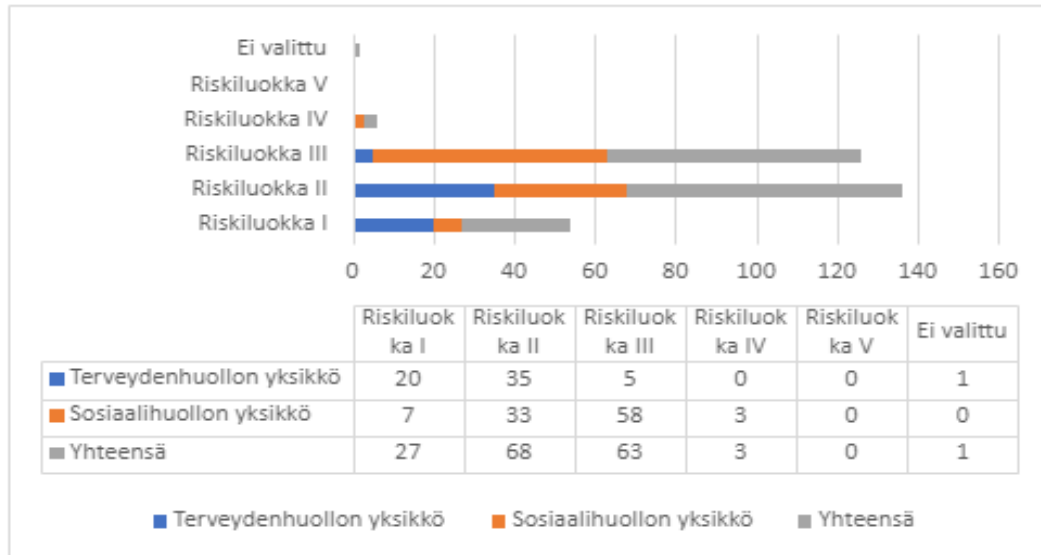
KUVIO 9. Työturvallisuuspoikkeamat yhteensä prosentuaalisesti

6.3 Työturvallisuuden riskiluokat

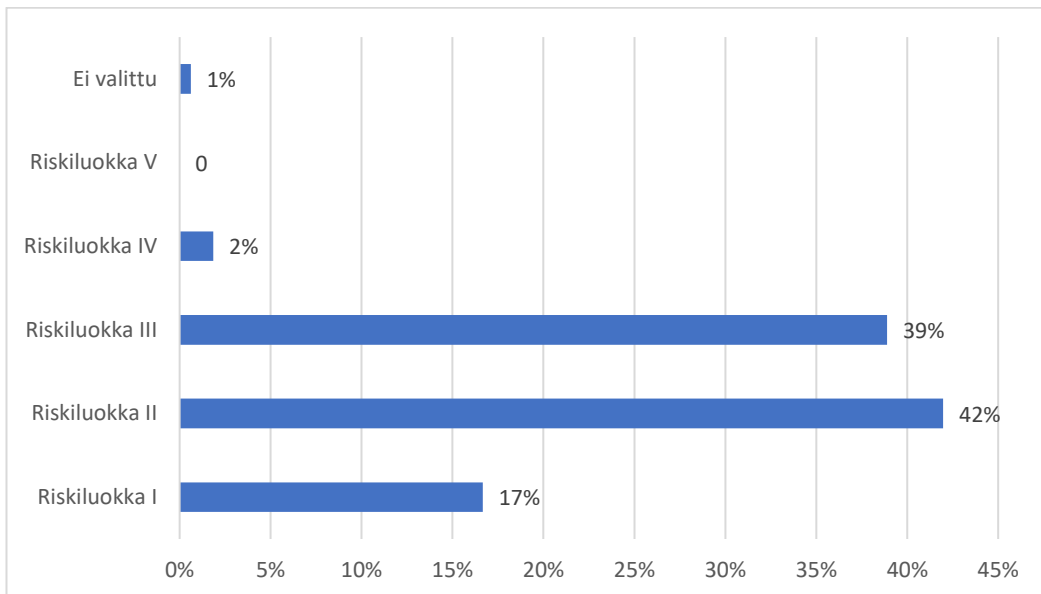
Riskiluokka I tarkoittaa merkityksetöntä riskiä. Riskiluokka II tarkoittaa vähäistä riskiä, Riskiluokka III on kohtalainen riski ja Riskiluokka IV merkittävä riski, riskiluokka V on vakava riski. (HaiPro n.d; Qreform 2021; WPro 2021) Raportoiduissa työturvallisuushaittatapahtumissa riskiluokat oli luokiteltu seuraavasti; Riskiluokka I 27 (17 %) tapahtumaa, riskiluokka II 68 (42 %) tapahtumaa, riskiluokka III 63 (39 %) tapahtumaa, riskiluokka IV 3 (2 %) tapahtumaa,

riskiluokka V 0 (0 %) tapahtumaa ja riskiluokkaa ei valittu 1 (1 %) tapahtuma (kuvio 8).

Työturvallisuuspoikkeamien riskiluokat on esitetty kuviossa 10, jossa myös riskiluokat eritelty toimintaympäristöittäin.



KUVIO 10. Työturvallisuuspoikkeamat riskiluokittain

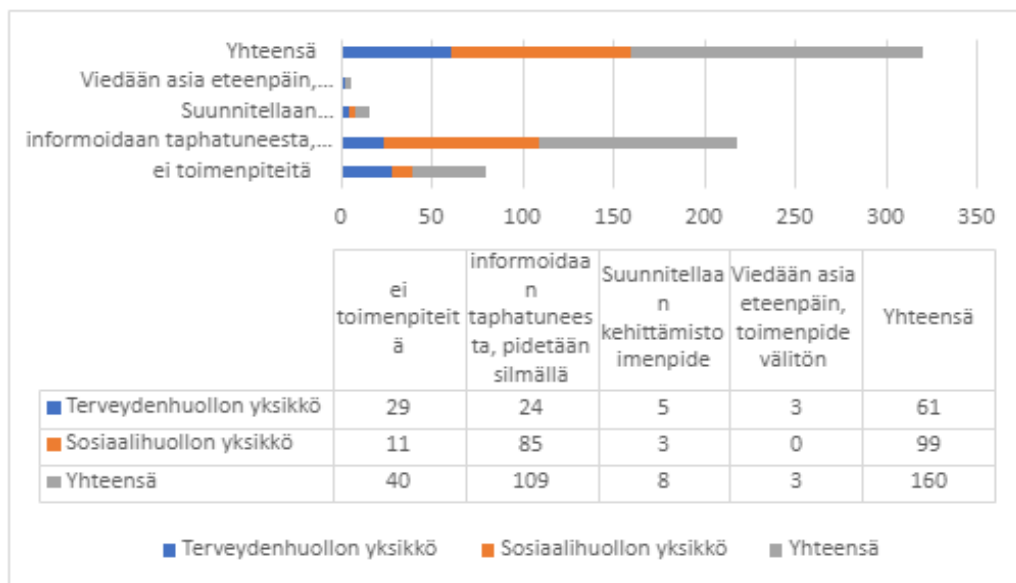


KUVIO 11. Työturvallisuusriskiluokat yhteensä prosentuaalisesti

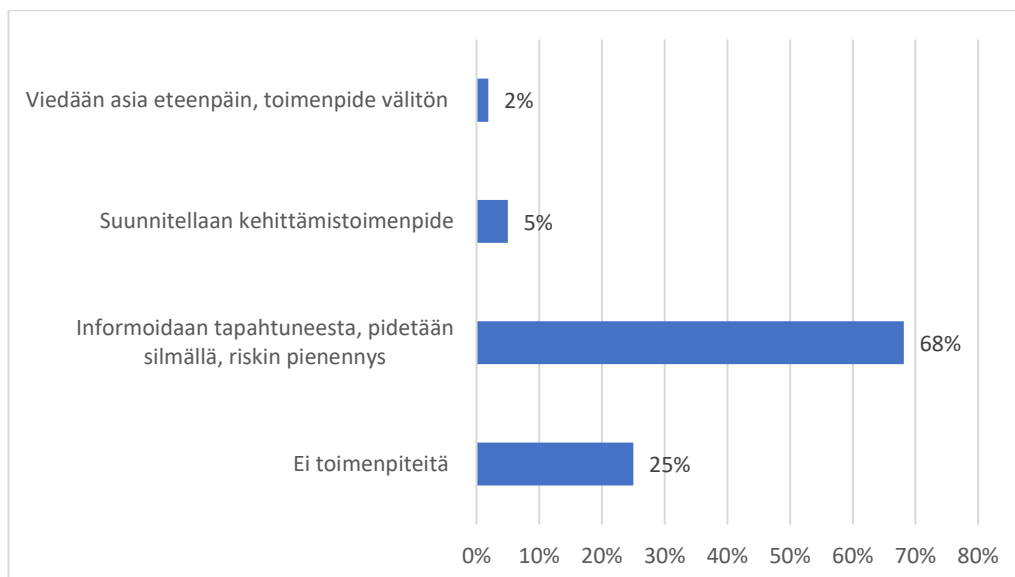
6.4 Työturvallisuus; ehdotus toimenpiteiksi tapahtuman toistumisen estämiseksi

Työturvallisuuspoikkeamat, ehdotuksia toimenpiteiksi oli kirjattu raportointijärjestelmiin; ei toimenpiteitä 40 tapahtumaan (25 %), Informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä, sekä suoritetaan riskin pienennys 109 (68 %). Suunnitellaan kehittämistoimenpide 8 (5 %). Viedään asia eteenpäin, toimenpide välitön 3 (2 %) (kuvio 12).

Ei toimenpiteitä luokkaan kuuluvat tiedostetaan ei toimenpiteitä, sekä ei valittu. Informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä, riskin pienennys luokkaan kuuluvat informoidaan tapahtuneesta, keskustellaan tapahtuneesta, riskiä pidetään silmällä sekä riski pienennetään. "Suunnitellaan kehittämistoimenpide" -luokkaan kuuluu myös toimenpiteet aloitettava heti. Viedään asia eteenpäin, toimenpide välitön luokkaan kuuluvat viedään asia ylemmälle tasolle, toimenpiteet aloitettava välittömästi. Kuviossa 12 on esitetty ehdotukset toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toistuminen estetään, jossa ne myös eritelty yksiköittäin.



KUVIO 12. Työturvallisuus; Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toistuminen estetään.



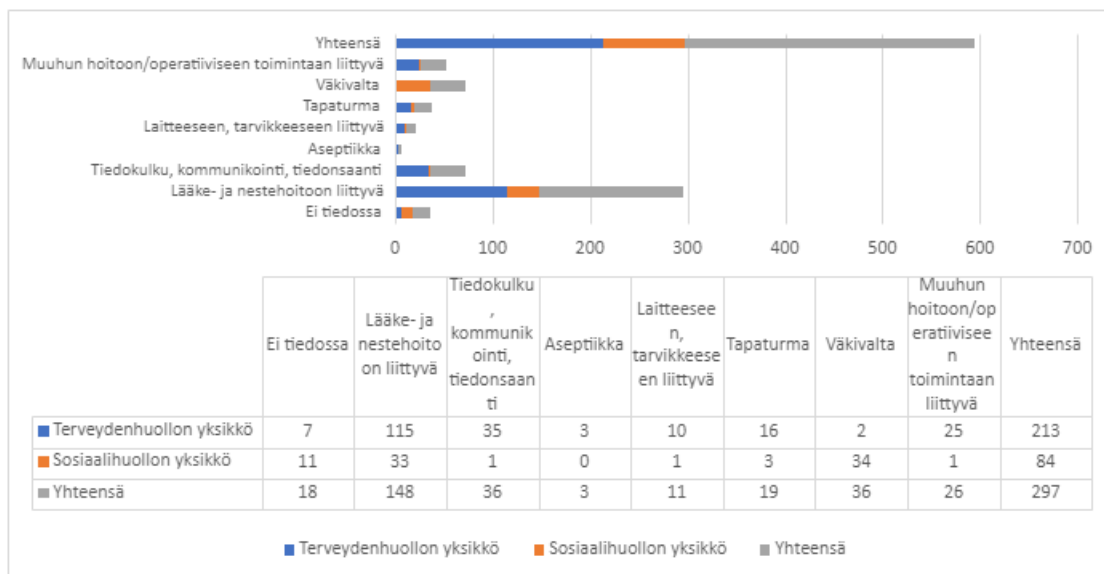
KUVIO 13. Työturvallisuus; Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toistuminen estetään yhteensä prosentuaalisesti

6.5 Asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamat; tapahtumien luonne

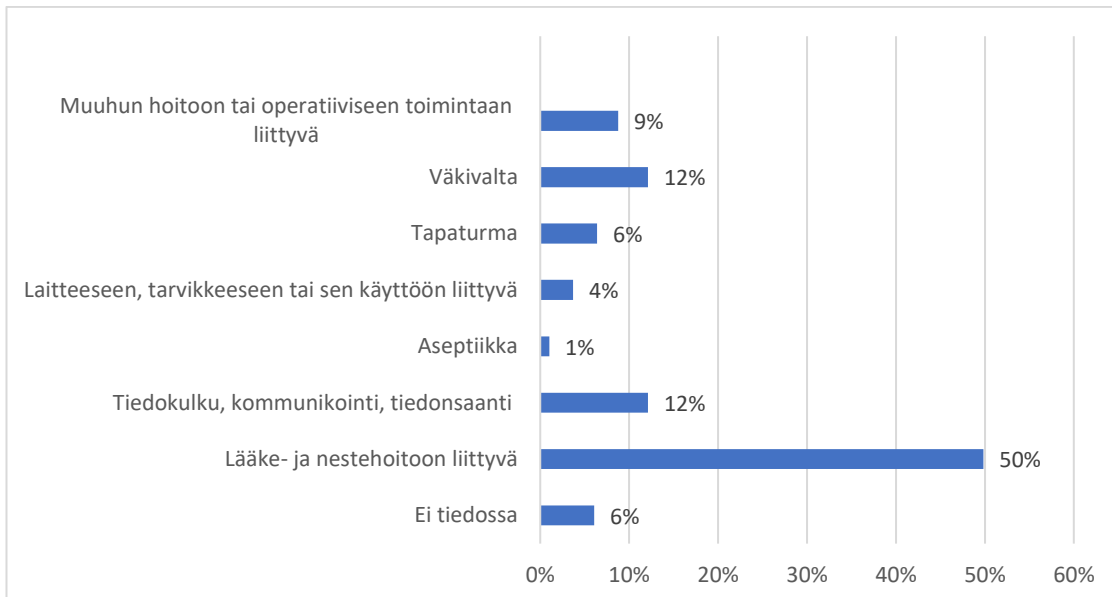
Lääke- ja nestehoitoon liittyviä tapahtumia 148 (50 %). Tiedonkulku, kommunikointi, tiedonsaanti 36 tapahtumaa (12 %). Laitteeseen, tarvikkeeseen tai sen käyttöön liittyvä 11 tapahtumaa (4 %). Tapaturma 19 tapahtumaa (6 %). Väkivalta 36 tapahtumaa (12 %). Muuhun hoitoon, tai operatiiviseen toimintaan liittyvä 26 tapahtumaa (9 %). Tapahtumien määrä on suurempi kuin raportoituja tapahtumia yhteensä, mikä selittyy sillä, että yhden haittatapahtuman voi luokitella useampaan tapahtumien luonnekohtaan. Asiakas- ja potilasturvallisuuden haittatapahtumia oli luokiteltu seuraavasti: Lääke- ja nestehoitoon liittyviä tapahtumia 148. Tiedonkulku, kommunikointi, tiedonsaanti 36 tapahtumaa. Laitteeseen, tarvikkeeseen tai sen käyttöön liittyvä 11 tapahtumaa. Tapaturma 19 tapahtumaa. Väkivalta 36 tapahtumaa. Muuhun hoitoon, tai operatiiviseen toimintaan liittyvä 26 tapahtumaa (kuvio 14).

Ei tiedossa luokitteluun kuului myös En osaa sanoa. Lääke- ja nestehoitoon liittyvä luokittelu oli sama molemmissa toimintaympäristöissä. Tiedonkulku, kommunikointi, tiedonsaanti oli sama molemmissa toimintaympäristöissä. Aseptiikka oli käytössä vain Hai-pro-järjestelmässä ja tämä luokka pidettiin omanaan, koska

sisällöllisesti aseptiikkaa ei saatu minkään muun luokan alle Laitteeseen tarvikkeeseen tai sen käyttöön liittyvä kuului myös laitteet ja niiden käyttö. "Tapaturma" ja "väkivalta" -luokittelu oli käytössä molemmissa toimintaympäristöissä. Muuhun hoitoon tai operatiiviseen toimintaan liittyvä kuului myös muu.



KUVIO 14. Potilas-/asiakasturvallisuuspoikkeamat luokittain

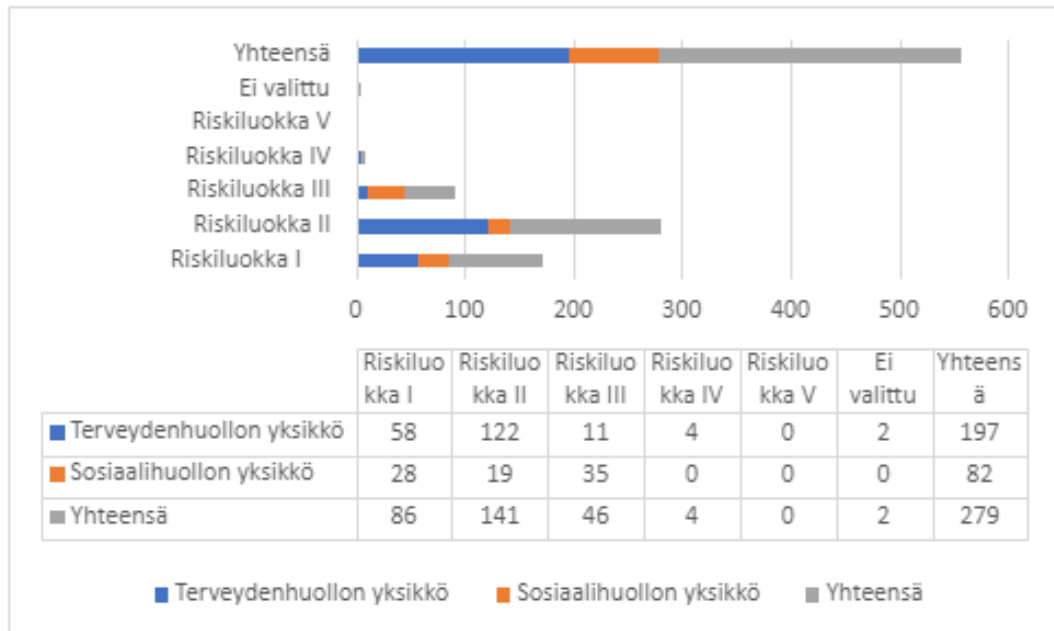


KUVIO 15. Asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamien tapahtumien luonne

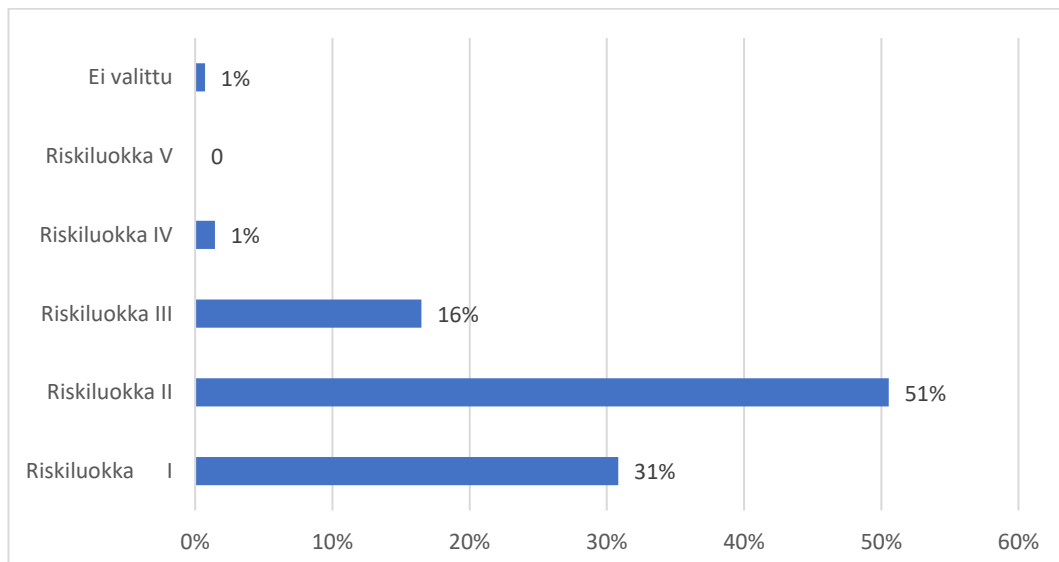
6.6 Asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamien riskiluokat

Riskiluokka I 86 tapahtumaa (31 %). Riskiluokka II 141 tapahtumaa (51 %). Riskiluokka III 46 (16 %). Riskiluokka IV (1 %). Riskiluokka V O. Riskiluokkaa ei

valittu 2 tapahtumaa (1 %) (kuviot 16. ja 17.)). Riskiluokka I tarkoittaa merkityksentöntä riskiä. Riskiluokka II tarkoittaa vähäistä riskiä, Riskiluokka III on kohtalainen riski ja Riskiluokka IV merkittävä riski, riskiluokka V on vakava riski. (HaiPro n.d; WPro 2021; Qreform 2021.) Riskiluokkien määrät on kuvattu kuviossa 16, jossa riskiluokat eriteltty myös toimintaympäristöittäin.



KUVIO 16. Asiakas- ja potilasturvallisuus häiritsevien tapahtumien riskiluokat



KUVIO 17. Asiakas- ja potilasturvallisuus häiritsevien tapahtumien riskiluokat.

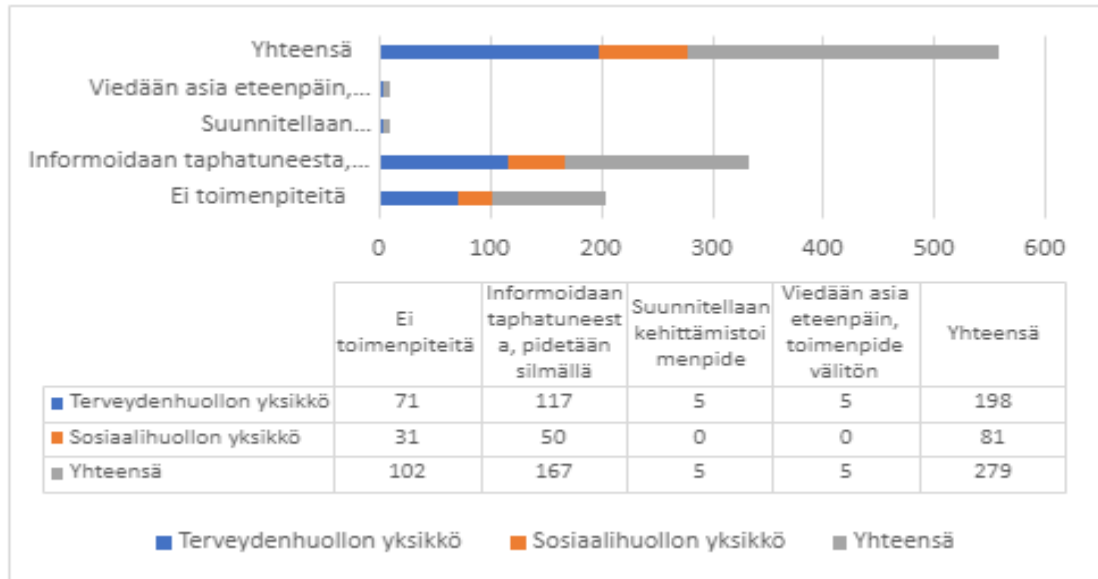
6.7 Asiakas- ja potilasturvallisuus; Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtumien toistuminen estetään

Asiakas - ja potilasturvallisuuden luokittelu Ehdotukset toimenpiteiksi on esitetty kuviossa 18 ja niiden prosentuaalinen osuus kuviossa 19. Ei toimenpiteitä 102 (37 %). Informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä, sekä riskin pienennys 167 (60 %). Suunnitellaan kehittämistoimenpide 5. (2 %) Viedään asia eteenpäin, toimenpide välitön 5 (2 %).

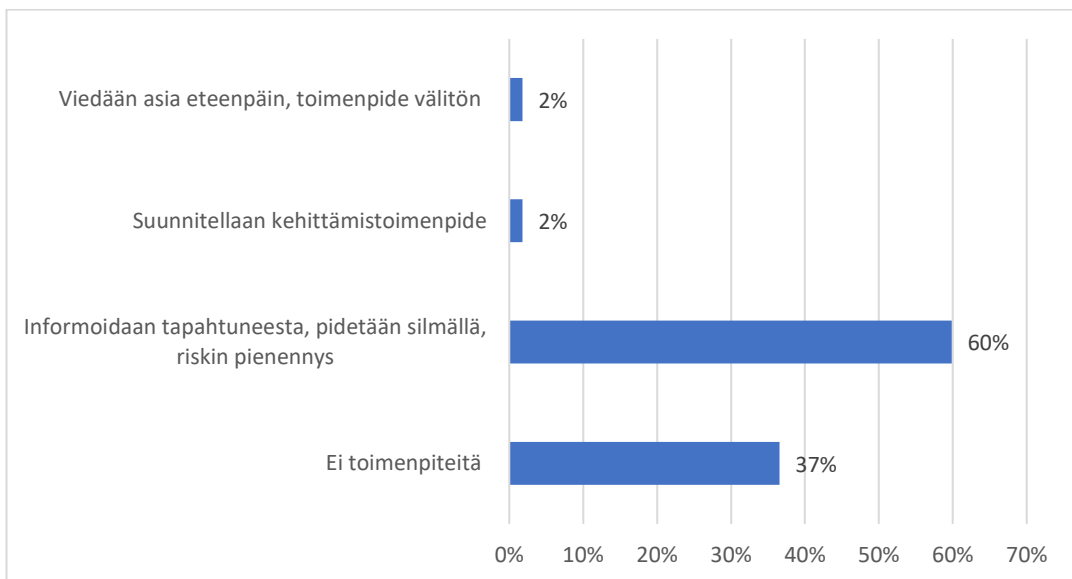
Viedään asia eteenpäin, toimenpide välitön luokkaan kuuluu lisäksi käsite, viedään asia ylemmälle tasolle. "Suunnitellaan kehittämistoimenpide" -luokkaan kuuluu lisäksi käsite toimenpiteet aloitettava heti. Informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä sekä riskin pienennys, ei toimenpiteitä luokkaan kuuluvat käsitteet informoidaan, keskustellaan tapahtuneesta, riskiä pidetään silmällä, riskiä pienennetään. "Ei toimenpiteitä" -luokkaan kuuluu lisäksi käsite "tiedostetaan".

Kuviossa 18 on eritelty luokittelu Ehdotukset toimenpiteiksi, joilla tapahtumien toistuminen estetään toimintayksiköittäin. Kysymykseen "Mitä toimenpiteitä esihenkilöt ovat haittailmoitusten johdosta tehneet" antoivat raportit laadunhallintajärjestelmistä suppeita vastauksia, koska laadunhallintajärjestelmissä oli mahdollista valita valmiit vastaukset; ei toimenpiteitä, informoidaan tapahtuneesta ja suunnitellaan kehittämistoimenpide. Opinnäytetyön tulosten mukaan poikkeamaraporttien tekijät ja ilmoitusten käsittelijät eivät hyödynnä laadunhallintajärjestelmissä olevia vapaakirjoituskenttiä. Toimenpide-ehdotukset ja toteutukset poikkeamaraportteihin saattoivat olla kirjoitettuna vapaakirjoituskenttiin kohdissa "informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä, riskin pienennys" tai "ei toimenpiteitä" kohdissa. Osassa raporteissa, jotka olivat luokiteltu kohtaan "suunnitellaan kehittämistoimenpide" ei ollut kirjoitettu lainkaan kuvausta tai suunnitelmaa, miten toimenpide tullaan toteuttamaan.

"Viedään asia eteenpäin, toimenpide välitön" -luokkaan kuuluu lisäksi käsite, viedään asia ylemmälle tasolle. "Suunnitellaan kehittämistoimenpide" -luokkaan kuuluu lisäksi käsite toimenpiteet aloitettava heti. Informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä sekä riskin pienennys, ei toimenpiteitä luokkaan kuuluvat käsitteet informoidaan, keskustellaan tapahtuneesta, riskiä pidetään silmällä, riskiä pienennetään. "Ei toimenpiteitä" -luokkaan kuuluu lisäksi käsite "tiedostetaan".



KUVIO 18. Asiakas- ja potilasturvallisuus haittatapahtumat, ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtumien toistuminen estetään.



KUVIO 19. Asiakas- ja potilasturvallisuus haittatapahtumat, ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtumien toistuminen estetään.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tämän tutkimuksen teossa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeita ja periaatteita. Tutkimukselle haettiin tutkimusluvut molemmista mukana olleista organisaatioista. Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta pohdittiin koko tutkimuksen teon ajan ja sen jokaisessa vaiheessa. Teoreettisen aineiston keruussa viitattiin aina alkuperäiseen lähteeseen. Erityistä pohdintaa aiheutti toisen tutkimusentekijän esihenkilönä toimiminen toisessa opinnäytetyön toimintaympäristössä. Kyseinen esihenkilö toimi opinnäytetyön kohdeajankohdana poikkeamatapahtumien käsittelijänä toisessa toimintaympäristössä. Koska tutkimuksen tiedot poimittiin suoraan toimintaympäristöjen laadunhallintajärjestelmistä ilman muokkauksia, ei rekistereistä saadun tiedon manipuloinnin vaaraa ollut. Asiasta keskusteltiin myös tutkimuksen ohjaajan kanssa.

Tutkimusperinteen eettiset ulottuvuudet, yksityisyyden suoja sekä itsemääräämisoikeus eivät vaarantuneet missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksen rekistereistä poimituista tutkimustiedoista ei käynyt ilmi henkilötietoja eikä mitään, mistä olisi voinut tunnistaa yksilöitä. Rekisterien tietoja ei ole siirretty missään vaiheessa mihinkään tallennusformaattiin siirtämistä varten, joten tietoturvariskiä ei tutkimuksen mihinkään vaiheeseen myöskään liittynyt. Tutkimustulosten keräämisessä, analysoinnissa sekä raportoinnissa noudatettiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) tunnustamia toimintatapoja.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostaa reliabelius sekä validius. Reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä eli mittaustulos säilyy samana joka kerran huolimatta siitä, kuka on mittauksen tekijä. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksen oli tarkoitus mitata. Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Toisin sanoen, miten tutkija on onnistunut saamaan teoreettiset käsitteet arkikielen tasolle eli miten onnistuneesti tutkija on kyennyt siirtämään tutkimuksessa

käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden lomakkeeseen eli mittariin. Tutkimuksen validiteetin katsotaan olevan hyvä, jos tutkija ei ole joutunut tutkimukseen sisältyvien käsitteiden kanssa harhaan ja systemaattiset virheet puuttuvat. (Vilkkä 2007, 149–152.)

Tässä tutkimuksessa tiedot saatiin rekistereistä suoraan, jolloin siinä työvaiheessa ei ollut virheen mahdollisuutta. Kahden eri rekisterin tietoja yhdistettäessä tutkijat työskentelivät yhdessä ja laskivat tuloksia yhdessä ja useaan kertaan, jolloin virheen mahdollisuus on jäänyt mahdollisimman pieneksi. Tutkimuskysymykset muotoutuivat tutkimuksen tekijöiden tietämyksen kasvaessa tutkimuksen edetessä vastaamaan niihin asioihin, joita haluttiin tutkia. Tiedon ja ymmärryksen myötä myös tietojen luokittelu ja kahden eri laadunhallintajärjestelmän tietojen yhdistäminen mahdollistui, ja siten pystyttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin.

8 POHDINTA

Tähän opinnäytetyöhön kerättiin tietoja yhden terveydenhuollon yksikön ja yhden sosiaalihuollon yksikön haittatapahtumailmoituksia toimintaympäristöjen riskienhallintajärjestelmistä vuosilta 2019–2020. Raportoitujen poikkeamatapahtumien määrästä niiden luonteen perusteella oli selkeästi nähtävissä poikkeamiin johtavien tapahtumien erilaisuus kahdessa eri toimintaympäristössä. Terveydenhuollon yksikön poikkeamaraportointiin johtaneet tapahtumat olivat fyysiseen ja psyykkiseen kuormittumiseen sekä lääkehoitoon liittyviä. Sosiaalihuollon yksikössä tehtiin ilmoituksia eniten liittyen väkivaltatapahtumiin.

Luokitteluja analysoitaessa havaittiin myös poikkeamien luokitteluissa olevat vaikeudet. Poikkeaman luokittelun tekee ensin henkilö, joka poikkeaman raportoi. Esihenkilö tai muu ilmoituksen käsittelijä voi vielä muuttaa luokittelua poikkeaman käsittelyprosessin edetessä. Sama poikkeamatapahtuma on myös mahdollista raportoida moneen eri kategoriaan, jolloin yksi tapahtuma voidaan luokitella moneksi erilaiseksi poikkeamaksi. Lisäksi on huomioitava inhimillinen tekijä, niin ilmoituksen teossa kuin käsittelyssä. Poikkeamien aiheuttamien toimenpiteiden raportointia ei aina ollut tehty, joten tutkimusaineistosta ei saatu selville, mitä jatko-toimenpiteitä tai kehittämistoimia oli tehty.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat todeksi jo työn alussa todetun tilastotiedon sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tekemien työturvallisuuspoikkeamien yleisimmistä syistä. Tapaturmavakuutuskeskuksen (2020) mukaan eniten poikkeamia tehtiin liittyen henkilön putoamiseen, liukastumiseen, hyppäämiseen tai kaatumiseen. Toiseksi yleisin syy toimintaympäristöjen työturvallisuuspoikkeamissa oli fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kuormittuminen ja kolmanneksi yleisimmäksi syyksi nousi puolestaan väkivaltaan liittyvä. (Tapaturmavakuutuskeskus 2020.)

Terveydenhuollon yksikön työturvallisuuspoikkeamia eniten oli fyysisen ja psyykkisen kuormittumisen luokassa, sen jälkeen poikkeamia tapahtui eniten fysikaalisten tapahtumien luokassa. Asiakas- ja potilasturvallisuuspoikkeamia oli eniten

lääkehoidon luokassa. Opinnäytetyön alussa myös todettiin erityisesti sosiaalialan ammattiryhmissä sattuvan väkivaltaan liittyviä työtapaturmia. Myös tämä todettiin yhteneväiseksi tässä opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella. Sosiaalihuollon toimintaympäristön yleisin poikkeaman raportointiin johtava syy oli väkivalta sekä asiakas- että työturvallisuuspoikkeamissa.

Opinnäytetyötä ja tulosten osiota voidaan hyödyntää toimintayksiköissä työturvallisuuden sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden osa-alueiden kehittämiseen. Opinnäytetyön aineiston perusteella tulee toimintayksiköissä kehittää työturvallisuuden osalta fyysisiä vaaratekijöitä, joihin liittyviä poikkeamia oli raportoitu yhteensä 61. Toinen kehittämisen kohde toimintaympäristöissä työturvallisuuden alueella on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kuormittuminen, joihin liittyviä poikkeamia raportoitiin yhteensä 49. Opinnäytetyön toimintaympäristöjen asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen kohteiksi nousee selkeästi lääke- ja nestehoito, joihin liittyviä poikkeamia raportoitiin 148. Toiseksi kehittämisen kohteeksi nousevat väkivalta sekä tiedonkulku, kommunikointi tiedonsaanti, joissa oli yhteensä 36 poikkeamaa.

Tämän opinnäytetyön tulokset vahvistivat yhdysvaltalaisen tutkimuksen tulosta, jossa painotettiin hoitohenkilökunnan ja esihenkilöiden koulutuksen tärkeyttä väkivaltaisten asiakkaiden ja potilaiden kanssa toimimiseen ja väkivaltatilanteiden ehkäisemiseksi. (Wolf, L. Delao, Altair, M. & Perhats, C. 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.) Esihenkilön tulee osata johtaa henkilökunnan turvallisuusosaamista ja sen kehittämistä esimerkiksi tarjoamalla työntekijöille perehdytystä, ja koulutusta erilaisiin menetelmiin ja välineisiin. Tiedottamisen ja viestinnän tulee olla selkeää ja sen tulee saavuttaa kaikki työntekijät. Työntekijöitä kannustetaan kyseenalaistamaan ja kehittämään turvallisia toimintatapoja sekä antamaan palautetta. Turvallisuusosaaminen ja sen johtaminen on osa turvallisuuskulttuuria. (Säntti & Viitala 2010, 104; Lindh ym. 2019,8.)

Kansallisesti asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa vuosille 2017–2021 on painotettu yhtenäisen turvallisuuskulttuurin edistämistä ja kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Jatkotutkimusaiheena voidaan ajatella opinnäytetyön toimintaympäristöihin tehtäväksi TUKU-kysely turvallisuuskulttuurin arvioimiseksi,

jonka tarkoituksena on saada tietoa toimintaympäristöjen nykytilanteesta ja kehityssuunnasta turvallisuuden näkökulmasta. (Kuosmanen ym. 2018.) Eteläkoorealainen tutkimus (Shao-Jen, W., ym. 2016.) osoitti, että esihenkilöiden käsitys turvallisuudesta vaikutti merkittävästi turvallisuusilmapiiriin, jonka taas voi ajatella vaikuttavan siihen, millainen turvallisuuskulttuuri toimintaympäristössä vallitsee. Esihenkilöiden turvallisuuskäsityksestä välittyi jopa 66,9 % suoraan tiimien työilmapiiriin. Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa työympäristö ja johtamisen laatu vaikuttivat suoraan hoitajien uupumiseen ja lääkehoidon virheisiin. Sama tutkimus osoitti myös, että positiivinen turvallisuuskulttuuri edesauttoi hoitohenkilökunnan pysymistä organisaatiossa. Yhteisesti sovitut käytänteet, jotka perustuvat näyttöön ja tutkimukseen sekä hyviin käytännön kokemuksiin, edistävät turvallisuuskulttuuria. Avoin, moniammatillinen toimintatapa, asiakas- ja potilasturvallisuuskulttuurin säännöllinen seuranta ja arviointi, sekä ripeä puuttuminen poikkeamiin, ovat turvallisen toiminnan kehittämisen kannalta olennaisia tehtäviä toimintaympäristön esihenkilöille. (Squires ym. 2010; Kuosmanen ym. 2018)

Koska poikkeamien ilmoittaminen perustuu vapaaehtoisuuteen, tulee opinnäytetyössä ja sen tuloksissa huomioida se, että kaikkia mahdollisia poikkeamia ei ole laadunhallintajärjestelmiin ilmoitettu. Global trigger tool eli GTT-menetelmää on jo jonkin verran Suomessakin käytetty, mutta verrattain vähän verrattuna muihin Pohjoismaihin. GTT-menetelmä on hyvä ottaa osaksi asiakas- ja potilasturvallisuuden arviointia opinnäytetyön toimintaympäristöjen organisaatioissa. (Olin ym. 2018.)

Poikkeamia seuraaviksi toimenpiteiksi eniten käytetty oli "Informoidaan tapahtuneesta, pidetään silmällä + riskin pienennys". Tällöin ei kirjata mitään ehdotuksia korjaaviksi toimenpiteiksi. Toimintaympäristöjen työntekijöiden ja potilaiden/asiakkaiden turvallisuuden kehittämiseksi ja edistämiseksi tulee kehittämistoimenpiteen suunnittelu kirjata laadunhallintajärjestelmään.

Yhteenvedona voidaan siis ajatella, että haitta- ja vaaratapahtumien ilmoittaminen on tärkeää, koska tapahtumista ja niiden pohjalta voidaan kehittää ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, ettei vastaavia tilanteita syntyisi ja niistä voidaan myös oppia. Järjestelmien kautta voidaan tunnistaa vaaroja sekä tehdä riskien arviointia. Lähtelä piti -tilanteita tarkastelemalla voidaan tunnistaa muun muassa asioita, jotka

estivät vaaraa tapahtumasta, tai ne voivat osoittaa haitan ja vaaran syntymekanismiin. Turvallisuusilmoitukset tulee myös käsitellä ja analysoida, pelkkä ilmoitusten tekeminen ei riitä. Kun ilmoitukset käsitellään, annetaan ilmoituksen tekijälle samalla palautetta sekä hänelle osoitetaan, että epäkohtiin ja mahdollisiin ongelmiin puututaan. Järjestelmät auttavat tunnistamaan tarvittavien turvallisuustoimenpiteiden määrittämistä ja vastuun jakamista. Järjestelmien kautta saadaan organisaatiolle yhteisen alusta riskien arviointiin ja lakisääteisiin selvityksiin. Järjestelmien kautta luodaan laaja-alaisia raportteja ja tilastoja turvallisuustoimijoille, esihenkilöille, työterveyshuollolle, työhyvinvoinnista vastaaville sekä johdolle. (HaiPro n.d; Qreform 2021; WPro 2021.).

LÄHTEET

Awanic: Wpro. 2021. Luettu 15.9.2021. <https://awanic.fi/tuotteet/#wpro>

Boyatzis, E., Smith, M., Van Oosten, E. & Woolford L. 2012. Developing resonant leaders through emotional intelligence, vision and coaching. Luettu 18.10.2021. [http://prd-medweb-cdn.s3.amazonaws.com/documents/nursingoap/files/APRN%20Leadership%20Retreat%202015%20Developing%20resonant%20leaders%20-%20Boyatzis%20et%20al%20\(2013\).pdf](http://prd-medweb-cdn.s3.amazonaws.com/documents/nursingoap/files/APRN%20Leadership%20Retreat%202015%20Developing%20resonant%20leaders%20-%20Boyatzis%20et%20al%20(2013).pdf)

Canadian Patient Safety Institute. n.d. Patient safety and Incident Management Toolkit. Luettu 20.10.2021. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx>

Esperi Care Oy; Hoitokoti Kastanja. <https://www.esperi.fi/hoitokodit-kehitysvammaisille/esperi-hoitokoti-kastanja-ylojarvi>

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A. 2010. Aggression and violence against health care workers in Germani – a cross sectional retrospective survey. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837654/>

Griffin FA & Resar RK. 2009. IHI Global trigger tool for Measuring Adverse Events, Second Edition. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts; Institute for Healthcare Improvement. Luettu 3.10.2021. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>

HaiPro. n.d. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Luettu 26.7.2021 <https://awanic.fi/haipro/>

Heinijoki, V-M. & Pommelin, P. 2020. Potilasturvallisuustaito. Helsinki: Books on Demand GmbH.

IHI Global trigger tool and patient safety monitoring in Finnish hospital, Current experiences and future trends. 2013. Report 19/2013. Luettu 3.10.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110704/URN_ISBN_978-952-245-999-2.pdf?sequence=1

International Labour Organization. n.d. World Statistic. The enormous burden of poor working conditions. Luettu 24.1.2021. https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249278/lang--en/index.htm

Juuti, P. 2006. Organisaatiokäyttäytyminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Juuti, P. 2013. Jaetun johtajuuden taito. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Knuutila, J, Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Helsinki: Lääkelaitos. Luettu 3.8.2021. https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf

Kuitunen, M. & Pystynen, J. 2017. Johtaminen palveluna – Miten muuttaa työntekijät johtamisen kohteista johtamisen kuluttajiksi? Teoksessa Martela, F. & Järnko, K. 2017. Itseohjautuvuus. Miten organisoitua tulevaisuudessa? Helsinki: Alma Talent, 307–309.

Kuosmanen, A., Liukka, M., Aaltonen, L-M., Roine, R. P., & Kinnunen, M. (2018). Pääsyy vai syytä - potilasturvallisuuskulttuuri ratkaisee. Suomen lääkärilehti, 73(8), 518–519. Luettu 15.10.2021. <http://www.laakarilehti.fi/pdf/2018/SLL82018-518.pdf>

Kurki, T., Jylhä, V. & Kekoni, T. (toim.), 2021. Asiakasturvallisuus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus.

Lindh, P., Karttunen, A & Volanen, C. 2019. Sosiaali- ja terveysalan turvallisuusopas. Helsinki: Suomen palopäällistöliitto. Suomen Painomagneetti Oy.

Lämsä, A-M. & Päivike, T. 2013. Organisaatiokäyttämisen perusteet. 1.-6. painos. Helsinki: Edita Publisihing.

Markörbaserad journalgranskning. Skador i vården – utveckling 2013–2017. Nationell nivå. Sveriges Kommuner och Landsting, 2018. Luettu 3.10.2021. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/matningavskadorivarden/markorbaseradjournalgranskning.4633.html>

O'Rourke, M., Wrigley, C. & Hammond, S. 2018. Violence within mental health services: how to enhance risk management. Julkaistu 12.9.2018. Luettu 5.10.2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6143650/>

Pasientskader i Norge 2015 målt med Global Trigger Tool. Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7. Helsedirektoratet, 2016. Luettu 3.10.2021. https://www.itryggehender24-7.no/resultater/rapporter/_/attachment/inline/548cce14-01de-423c-8c11-346499537f1e:9852490ca4b5d48953dbb6ce3b31408d8d7159ea/pasientskader-i-norge-2015-malt-med-gtt.pdf

Pelastuslaki 29.4.2011/379.

Peter D. Hibbert, Charlotte J. Molloy, Tamara D. Hooper, Louise K. Wiles, William B. Runciman, Peter Lachman, Stephen E. Muething, Jeffrey Braithwaite, The application of the Global Trigger Tool: a systematic review, International Journal for Quality in Health Care, Volume 28, Issue 6, December 2016, Pages 640–649. Luettu 4.10.2021. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw115>

Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT Tiedotteita 2456. Helsinki: Edita Prima Oy. Luettu 29.7.2021. <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf#search=turvallisuuskulttuurikysely>

Pietilä, V. 1976. Sisällön erittely. Toinen painos. Helsinki: Gaudeamus.

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2020. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:1. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Helsinki. Luettu 20.11.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM_2020_1_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Potilasvakuutuskeskus. 4.3.2019. Vuosiraportti 2019. Luettu 20.11.2020. <https://www.pvk.fi/templates/vinha/services/download.aspx?fid=419824&hash=0affa4c2723b13323e3d6336e59ce10adacc66512de02d4fa453702f8424cc12>

Qreform. 2021. Laatuportti; vaaratapahtumien ja poikkeamien raportointi. Luettu 25.8.2021. <https://www.qreform.com/laatuportti/vaaratapahtumien-raportointi>

Räisänen, S. & Gissler, M. 2012. Rekisteritutkimus- mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 24(1) /2012, 62–69.

Shao-Jen, W., Sheung-Hwan, K. & Chieh-Liang, W. 17.11. 2016. Underlying influence of perception of management leadership on patient safety climate in healthcare organizations- A mediation analysis approach. *International Journal for quality in health care* 29(1) /2017, 111–116. Luettu 31.01.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö; Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Tampere: Juvenes Print Tampereen Yliopistopaino. Luettu 2.8.2021. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72811/URN%3aNBN%3afi-fe201504226148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö; Työturvallisuussäännöksiä valmisteleva neuvottelukunta. Väkivallan uhka työelämässä; Väkivallan uhka- jaoston raportti. 2014. Helsinki. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74694/RAP2014_17_v%C3%A4kivallan_uhka.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö; Työsuojeluvalvonnan ohjeita 1/2020. Fyysisen väkivallan ja sen uhan valvonta. Tampere. <https://www.tyosuojelu.fi/documents/14660/198601/Fyysisen+v%C3%A4kivallan+ja+sen+uhan+valvonta/e97b4ea9-d470-4060-b5b3-4f77a94e23ea>

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18; Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset. Raportointityövaliokunta 2006–2009. Luettu 5.8.2021. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72183/URN%3ANBN%3Afi-fe201504224053.pdf?sequence=1>

Squires, M., Tourangeau, A., Spence Lachinger, H. & Doran, D. 2010. The link between leadership and safety outcomes in hospitals. Luettu 18.10.2021. <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01181.x>

Sunell, O.2016. Turvallisuuskulttuuri julkisen hallinnon organisaatiossa vuoteen 2025 tultaessa. Nykytilan kartoitus ja neljä skenaariota. Tampereen teknillinen yliopisto, Teollisuustalouden laitos. Väitöskirja. Tampere: Tampereen teknillisen yliopiston julkaisu.

Suomen perustuslaki 731/1999

Stakes. Outinen, M. (toim.) 2005. Riskit hallintaan – Miten lähdän riskienhallinnan polulle? Riskienhallinnan kehittämisprojekti sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille 2004–2005. Stakesin monistamo. Helsinki. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76078/Tp12-2005.indd.pdf?sequence=1>

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto; Työpapereita 28/2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki. Luettu 26.7.2021. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>

Säntti, R. & Viitala, R. 2010. Strategisen osaamisten ymmärtäminen organisaatiossa. Teoksessa Uotila Timo-Pekka (toim.): Ikkunoita osaamisen johtamisen systeemiseen kokonaisuuteen. Tutkimuksia 293 Liiketaloustiede 106 Johtaminen ja Organisaatiot. Vaasan yliopiston julkaisuja 2010. Luettu 24.11.2020. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-313-4.pdf

Tapaturmavakuutuskeskus. 2020. Analyyseja nro 24; Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille sattuu vuosittain noin 13 000 työpaikkatapaturmaa. Luettu 28.11.2020. <https://www.tvk.fi/document/154131/08E6627A0B707A956DB8CE46E4F7C64A938807FF58AB7B9C267D9AF886C570C5>

Tapaturmavakuutuskeskus. 2021. Analyyseja nro 30. Yksityisen terveys- ja sosiaalipalvelutoimialan työtapaturmatilanne huononi edelleen vuonna 2020. <https://www.tvk.fi/document/185439/A70BB6EB7EA2F0F354855A8E3E556C11F3A9F468CC0012D16B44345CB6C116D7>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Turvallisia sote-palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Sosiaali- ja terveysministeriö. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136360/URN_ISBN_978-952-343-089-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. n.d. Potilasturvallisuusopas, potilasturvallisuuslainsäädännön ja – strategian toimeenpanon tueksi. Luettu 22.11.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Luettu 20.7.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Tuomi, L. & Sumkin, T. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen- organisaation oppimisen oivalluksia. Sanoma Pro. Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Työsuojeluhallinto. Työsuojelun yhteistoiminta. Sivu päivitetty 9.9.2016. Luettu 29.11.2020. <https://www.tyosuojelu.fi/tyosuojelu-tyopaikalla/tyosuojelun-yhteistoiminta>

Työterveyslaitos. Työturvallisuus ehkäisee tapaturmia. Luettu 20.11.2020. <https://www.ttl.fi/perehdytys-tyohyvinvointiin-tyoterveyteen-ja-tyoturvallisuuteen/tyoturvallisuus-ehkaisee-tapaturmia/>

Työturvallisuuskeskus. Esimiehen työsuojeluopas. 2014. Luettu 28.1.2021. https://ttk.fi/files/6400/Esimiehen_tyosuojeluopas_netti.pdf

Työturvallisuuskeskus. Työturvallisuuden johtaminen. Luettu 26.11.2020. https://ttk.fi/tyoturvallisuus_ja_tyosuojelu/tyoturvallisuuden_perusteet/tyoturvallisuuden_johtaminen

Työturvallisuuskeskus. 2011. Työturvallisuuden perusasiat kuntoon. Luettu 29.11.2020. https://ttk.fi/files/4998/tyoturvallisuuden_perusasiat_kuntoon_netti.pdf

Työturvallisuuslaki 738/2002. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L1P1>

Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta 5.5.2011/407.

Vihanto, S. palvelupäällikkö. 2021. Haastattelu 14.5.2021. Haastattelija Heikkinen, T. Lempäälä

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Lahti. PS-kustannus.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Lahti. Luettu 29.11.2020. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

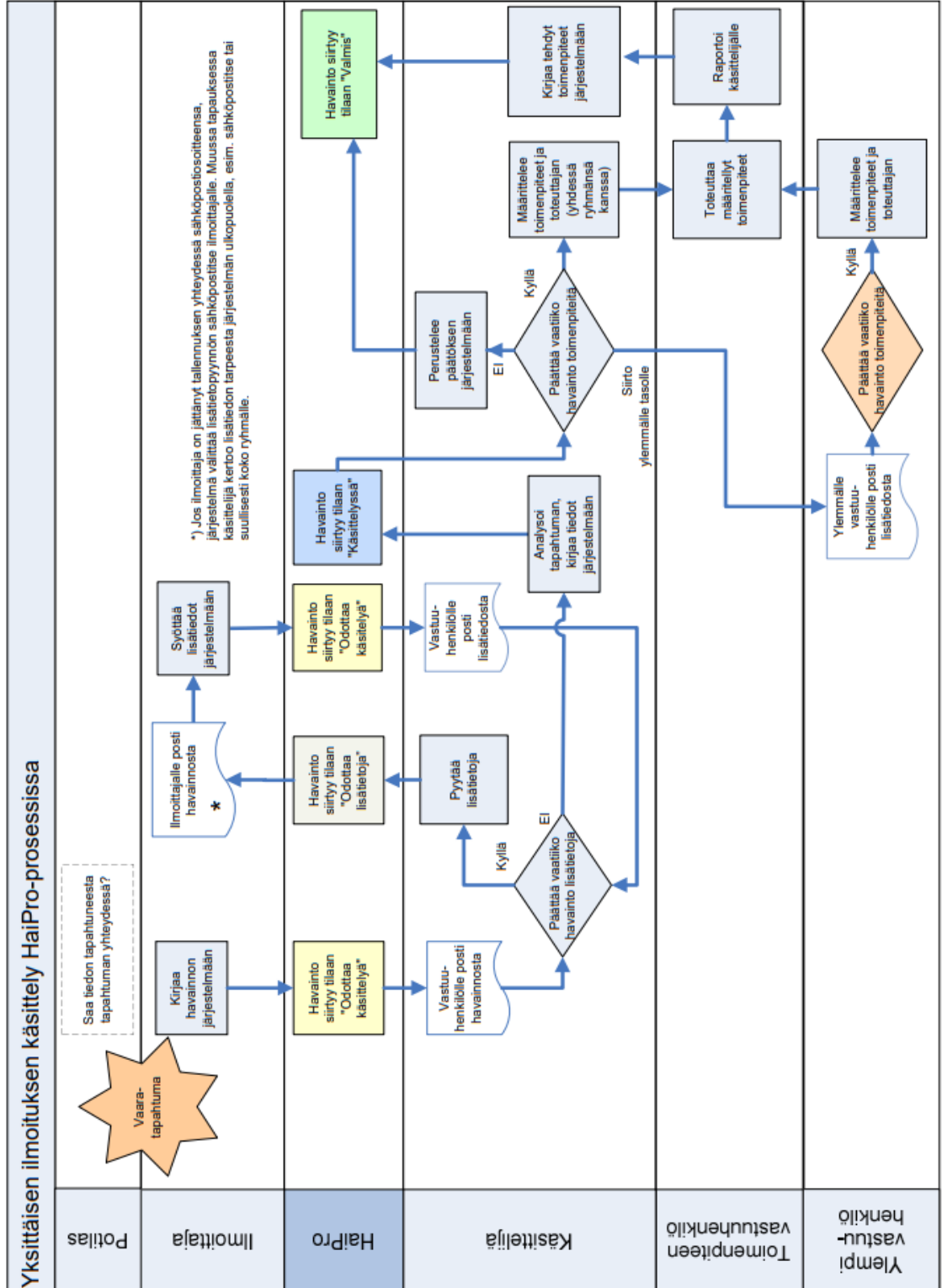
Volmanen, P. & Alahuhta, S. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? Finnanest 48(4), 332–333. Luettu 28.12.2020. http://www.finnanest.fi/files/volmanen_alahuhta_olemmeko_potilasturvallisuuden_edistamisen_eturintamassa.pdf

Wolf, L. Delao, Altair, M. & Perhats, C. 2014. Nothing Changes, Nobody Cares: Understanding the Experience of Emergency Nurses Physically or Verbally Assaulted While Providing Care. Journal of emergency nursing 40(4)/2014, 305-310. Luettu 31.1.2021.

World Health Organisation. Patient Safety. Global patient safety action plan 2021-2030. Towards Zero Patient Harm in Health Care. August 2020. Luettu 24.11.2020. https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4

LIITTEET

Liite 1. Yksittäisen Ilmoituksen käsittely HaiPro- järjestelmässä



Liite 2. Poikkeamailmoituksen käsittely Laatuportti-järjestelmässä

