

Hakala Marita
LAATUJOHTAMISELLA TURVALLISUUTTA
Potilasturvallisuussuunnitelma sosiaali- ja terveystoimeen

Opinnäytetyö
CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen YAMK
Marraskuu 2013

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaaren yksikkö	Aika Marraskuu 2013	Tekijä/tekijät Marita Hakala
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, YAMK		
Työn nimi LAATUJOHTAMISELLA TURVALLISUUTTA Potilasturvallisuussuunnitelma sosiaali- ja terveystoimeen		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Kukkola		Sivumäärä 53 + 24
<p>Opinnäytetyön tarkoitus oli luoda potilasturvallisuussuunnitelma Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueelle. Potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena oli yhtenäistää ja edistää Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen turvallisuuskulttuuria sekä parantaa potilasturvallisuutta.</p> <p>Opinnäytetyö laadittiin laatujohtamisen näkökulmasta ja toteutettiin konstruktiivisen tutkimuksen lähestymistapaa noudattaen. Kehittämisprosessin alkuvaiheessa suoritettiin strukturoitu kysely hyvinvointi- ja terveystoimintayksiköiden hoitotyöntekijöille ja lääkäreille (n=153). Kyselyyn osallistujat olivat työskennelleet yli puoli vuotta kohdeorganisaatiossa. Kyselyn vastausprosentti oli 50 % (n=77). Tutkimuksen tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Tutkimusaineisto kuvattiin frekvensseinä, prosenttijakaumina sekä ristiintaulukointina. Tulokset osoittivat, että vastaajista 66 %:n mielestä työntekijät sitoutuivat potilasturvallisuuteen. Sen sijaan tiedonkulku ja informaatio eivät toimineet työyksikön sisällä 56%:n mielestä ja eri toimijoiden välillä lähes puolen (48 %) mielestä. Tuloksia hyödynnettiin laadittaessa potilasturvallisuussuunnitelman, joka luotiin yhteistyössä ohjausryhmän kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön johtopäätöksiä voidaan todeta, että laadukas hoitotyö edellyttää esimieheltä selkeää johtamistapaa. Vaaratapahtumat tulee käsitellä yksikkökohtaisesti, sekä niiden pohjalta tulee kehittää toimintatapoja virheiden välttämiseksi. Henkilöstön perehdytys, ohjaus ja osaamisen taso vaativat kehittämistä sekä toiminnan jatkuvaa arviointia. Sekä työyksiköiden sisäinen, että eritoimijoiden välinen informaatio ja tiedon kulku edellyttävät toimenpiteitä potilasturvallisuuden takaamiseksi. Turvallinen lääkehoito edellyttää lääkeshoidonsuunnitelmaa, hoidon vastuuhenkilöä sekä henkilöstön sitoutumista hoidon toteuttamiseksi työyksiköissä. Käytännön projektin onnistumisen kannalta on keskeistä, että ohjausryhmän jäsenten vastuut ja tehtävät on selkeästi määritelty. Opinnäytetyön tuloksia ja -prosessia voidaan soveltaa osin käyttäen vastaavanlaisilla yhteistoiminta-alueilla.</p>		
Asiasanat Laatujohtaminen, potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, potilasturvallisuussuunnitelma		

ABSTRACT

Unit Kokkola - Pietarsaari Unit	Date November 2013	Author Marita Hakala
Degree programme Master of Social and Health Care		
Name of thesis PROMOTING SAFETY BY QUALITY MANAGEMENT Patient Safety Plan for Social- and Health Services		
Instructor Principal Lecturer, D.Sc. Annukka Kukkola		Pages 53 + 24
<p>The purpose of thesis was to make a Patient Safety Plan for Kalajoki Region`s social and health care section. The aim of the Patient Safety Plan was to develop a better safety culture and promote patient safety in Kalajoki Region.</p> <p>The thesis was made from the quality management`s point of view and the method of approach was constructive. At the initial stage of the process a structured enquiry was conducted to the nurses and doctors of the social- and healthcare section. The participants of the enquiry had over 6 months working history in their units. The response rate was 50 % (n 77). The results were analyzed by the SPSS-program. The results indicated that 66 % thought that they were committed to the patient safety. 56 % of the respondents thought that information should be better inside the units and 48 % thought that information should be better between the units.</p> <p>As conclusions one can state that a good care work needs to have a good management. The exchange of information should work between the units and inside the units. The safe medical treatment needs a plan for the medical care and all personnel have to be highly committed.</p>		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLTÖ**

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	3
2.1 Potilasturvallisuuden taustaa	3
2.2 Potilasturvallisuuskulttuuri	6
2.3 Potilasturvallisuutta edistävä lainsäädäntö	7
2.4 Potilasturvallisuuden osa-alueet	8
2.4.1 Hoidon turvallisuus	9
2.4.2 Lääkehoidon turvallisuus	13
2.4.3 Laiteturvallisuus	15
2.5 Potilasturvallisuus osana laatujohtamista	17
2.6 Yhteenvedo opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä	19
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
4 KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS	21
4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö	21
4.2 Konstruktiivinen tutkimus opinnäytetyön lähestymistapana	23
4.3 Aineiston keruu ja analyysi	27
4.4 Tutkimuksen tulokset	30
4.4.1 Vastaaajien taustatiedot	30
4.4.2 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue	32
4.4.3 Hoidon turvallisuus	33
4.4.4 Lääkehoidon turvallisuus	36
4.4.5 Laiteturvallisuus	37
4.5 Potilasturvallisuussuunnitelman laatiminen	37
5 POHDINTA	39
5.1 Kehittämisen prosessin pohdintaa	39
5.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	42
5.3 Oma ammatillinen kasvu	44
6 OPINNÄYTETYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUS- AIHEET	46
LÄHTEET LIITTEET	47

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuustyön yleinen tausta on ilmailun ja riskialttiiden teollisuusalojen turvallisuustyössä. Erityisesti Australiassa, Iso-Britanniassa, USA:ssa, Ruotsissa ja Tanskassa potilasturvallisuustyötä on tehty aktiivisesti 1990-luvulta (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010.) Institute of Medicine (USA) vuonna 1999 julkaisema raportti ”To Err is Human: Building a Safer Health System” herätti kansainvälisen huomion potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseksi. Raportin mukaan noin joka kymmenes potilas kohtaa sairaalahoitonsa aikana jonkin asteisen haittatapahtuman. Useat virheet tapahtuvat järjestelmävirheiden seurauksena (Kohn, Corrigan & Donaldson 2006, 2).

Suomessa potilasturvallisuutta on edistetty suunnitelmallisesti vuodesta 2005. Tuolloin sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä laati valtakunnallisen oppaan lääkehoidosta. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite on saattaa potilasturvallisuus Suomessa korkealle, eurooppalaiset vaatimukset täyttävälle tasolle. Tavoitteen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöt ja organisaatiot pyrkivät kaikessa toiminnassaan edistämään potilasturvallisuutta ja oppimaan sitä vaarantavista tapahtumista. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman kansallisen potilasturvallisuusverkoston avulla kerätään ja välitetään tietoa hyvistä potilasturvallisuuteen liittyvistä toimintatavoista sekä arvioidaan ja koordinoidaan potilasturvallisuustyötä (Kinnunen & Peltomaa 2009, 20-24).

Terveyskeskusten johtavien viranhaltijoiden ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöseminaarissa 18.3.2010 terveydenhuollon haasteiksi määriteltiin mm. tietosuoja- ja tiedon kulku, hoidon saatavuus ja sujuvuus, hoidosta aiheutuvat haitat sekä potilasturvallisuustyökalujen ja -menettelyjen valinta ja käyttöönotto (Lang 2010). Ajankohtaista potilasturvallisuudesta, yhteistyöseminaarissa 3.11.2011 sairaanhoitopiirin strategiaksi vuosille 2010-2015 asetettiin väestön terveyden edistäminen saumattomasti yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottajien kanssa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä potilasturvallisuusyhteistyötä toteutetaan yksilötasolla eri ammattiryhmien kesken ja vuonna 2010 kootussa 27 henkilön potilasturvallisuusyhdyshenkilöverkostossa, sekä vuoden 2011 alusta alkaen yhteisellä HaiPro -järjestelmällä (Lang 2011).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhtenä tavoitteena on luoda potilasturvallisuudesta korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon keskeinen elementti. Eri turvallisuus järjestelmistä saatavan tiedon pohjalta potilasturvallisuutta parannetaan ja kehitetään systemaattisesti. Henkilökunnan perehdytys täydennyskoulutuksineen, ajantasainen työ- ja potilasohjeistus, huolellinen suullinen ja kirjallinen tiedonvälitys tukevat osaltaan hoidon turvallisuutta. Potilaalla ja hänen läheisillään on keskeinen rooli potilasturvallisuuden parantamisessa. Potilaiden toivotaan aktiivisesti tuovan esille hoitoonsa mahdollisesti vaikuttavia asioita tai siinä herääviä kysymyksiä (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri: potilaan oikeudet).

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan potilasturvallisuussuunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta vuoteen 2013 mennessä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a). Lain myötä opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen. Opinnäytetyön aihe valintaan vaikutti kohdeorganisaation tarve potilasturvallisuussuunnitelman laatimiselle, mutta myös oma kiinnostukseni potilasturvallisuutta ja laatujohtamista kohtaan.

Laatujohtaminen on laadukkaaseen toimintaan liittyvien asioiden suunnittelua, suunnitelmien toteuttamista, seuraamista ja tarvittaessa toiminnan parantamista (Pesonen 2007, 66). Tavoitteena on tyytyväinen asiakas, kannattava liiketoiminta ja kilpailukyvyyn säilyttäminen ja kasvattaminen (Silen 2006, 40). Potilasturvallisuuden kehittyminen edellyttää johdon näkyvää sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen ja laadun kehittämiseen sekä johtamiseen (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 57, 103).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia potilasturvallisuussuunnitelma Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueelle. Suunnitelman aluksi selvitettiin henkilöstön käsityksiä potilasturvallisuuden nykytilasta. Saatuja tuloksia hyödynnettiin suunnitelman tekemisessä. Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Kalajoki, Himanka ja Merijärvi. Potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena oli yhtenäistää ja edistää yhteistoiminta-alueen turvallisuuskulttuuria sekä parantaa potilasturvallisuutta. Opinnäytetyössä potilasturvallisuussuunnitelma kuvaa sekä asiakkaan että potilaan potilasturvallisuuden kehittämiseksi laadittavaa suunnitelmaa.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

2.1 Potilasturvallisuuden taustaa

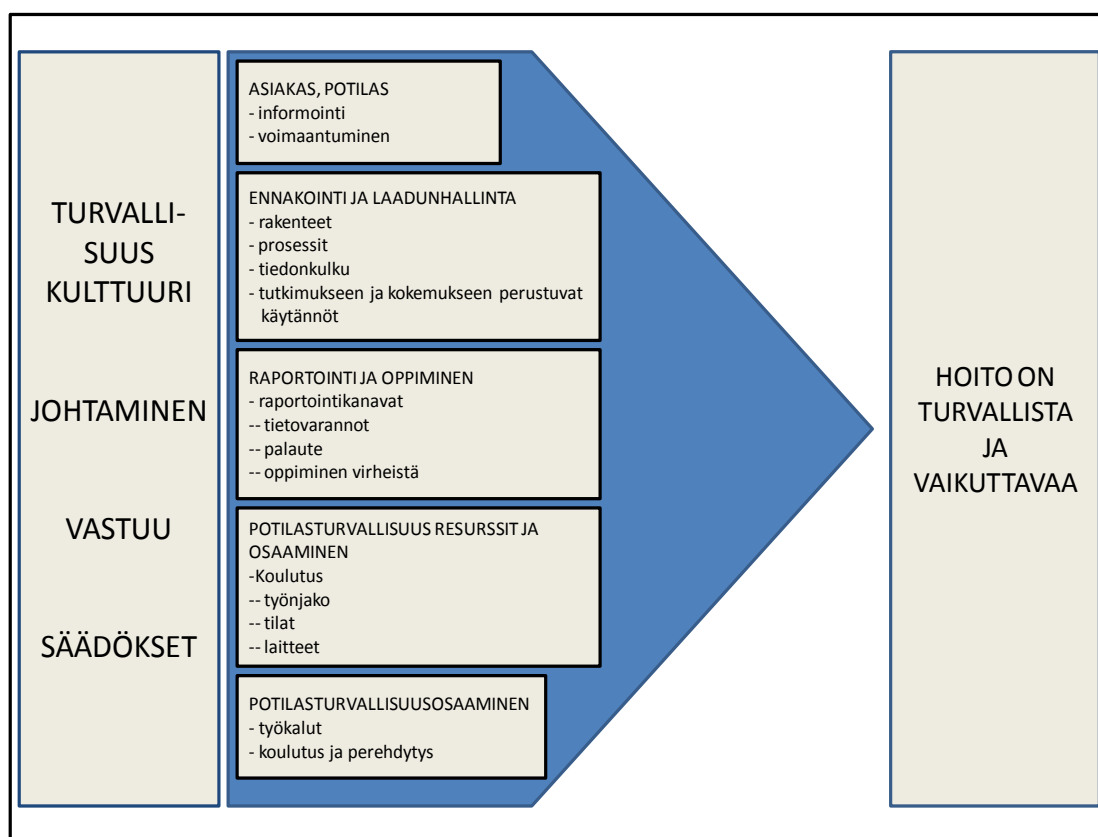
Maailman terveysjärjestö WHO perusti 2004 World Alliance for Patient Safety organisaation luodakseen edellytykset maailman laajuiselle potilasturvallisuustyölle. Organisaation tavoite oli tukea jäsenvaltioiden potilasturvallisuuskulttuurien kehittymistä sekä potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönottoa. Allianssin tavoitteena oli myös edesauttaa reagoimista maailmanlaajuisiin terveysongelmiin ja potilasturvallisuutta vaarantaviin tekijöihin. Pyrkimyksenä oli sitouttaa poliittiset päättäjät potilasturvallisuuden edistämiseen (Helovuomaa ym. 2011, 25). Vuonna 2012 pidetyssä WHO:n 65. yleiskokouksessa määriteltiin potilasturvallisuusstrategia vuosille 2012 - 2015. Strategialla tuetaan poliittisia päätöksiä, jotka edistävät hyviä toimintatapoja sekä potilasturvallisuutta ja laadun parantamista jäsenvaltioissa. Uuden strategian tavoitteita ovat johtajuuden tukeminen, joka keskittyy potilasturvallisuuteen sekä osaamisen hyödyntäminen terveydenhuollon järjestelmässä (Maailman terveysjärjestö WHO:n 65. yleiskokous 2012).

Euroopan Unionin terveyspolitiikan yksi keskeisimmistä painopistealueista on potilasturvallisuus. Euroopan Unionin komissio perusti vuonna 2007 EU:n sisäisen verkostohankkeen EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety). Hanke mahdollisti potilasturvallisuutta koskevan tiedon, kokemusten ja erityisosaamisen integroimisen jäsenvaltioiden kesken. Verkostohankkeen tavoitteeksi asetettiin potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisen yhdenmukaistaminen ja ajantasaistaminen sekä potilasturvallisuusohjelmien käynnistäminen kaikissa jäsenvaltioissa sekä EU:n sisäisten ja yhtenäisten potilasturvallisuusperiaatteiden muodostaminen. Tavoitteena oli myös integroida potilasturvallisuus lääketieteen ja hoitotyön koulutusohjelmiin, sekä toimia samalla koko EU:n kattavana kanavana mahdollisten potilasturvallisuuteen liittyvien välittömien toimenpiteiden aktivoinnissa. (Helovuomaa ym. 2011, 27.) Suomella oli hankkeessa vetovastuuta lääkehoidon turvallisuutta edistävien hyvien käytäntöjen testaamista edistävässä alatyöryhmässä (Kinnunen & Peltonen 2009, 30).

Euroopan Unionin neuvosto antoi 9.6.2009 suosituksen 10120/09 potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta. Suositus perustuu, WHO:n Word Alliance on Patient Safety, Euroopan neuvoston ja Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) tekemään potilasturvallisuutta koskevaan työhön ja suositus täydentää sitä. Komissio määrittelee potilasturvallisuuden keskeiseksi toiminta-alaksi. Suosituksessa kehoitetaan vahvistamaan potilasturvallisuus ensisijaiseksi terveyspolitiikan ja terveysohjelmien tavoitteeksi sekä kansallisella että alueellisella ja paikallisella tasolla (Euroopan Unionin neuvosto,2009).

Vuosien 2006-2009 välillä toteutettiin Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön asettaman ohjausryhmän toimesta potilasturvallisuushanke. Hankkeen loppuvaiheessa ohjausryhmä julkaisi 29.1.2009 ensimmäisen Kansallisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009-2013 (KUVIO 1). Strategian tarkoitus on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Strategialle asetettiin tavoitteeksi, että vuoteen 2013 mennessä organisaatioissa on laadittuna potilasturvallisuus-suunnitelma ja nimetty potilasturvallisuuden edistämistä koordinoivat henkilöt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15). Terveysturvallisuuslain 1326/2010 8§:n myötä tavoitteesta tuli lakisääteinen vaatimus.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) laati ohjeistuksen suunnitelman sisällön asiakokonaisuuksista. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Potilasturvallisuus strategian tavoitteiksi asetettiin myös potilaiden osallistaminen potilasturvallisuuden parantamiseksi sekä potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon koulutuksessa ja tutkimuksessa (Sosiaali- ja terveysministeriön 2011a, 3-4).



KUVIO 1. Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009-2013 keskeinen sisältö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:3)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos nimitti asiantuntijaryhmän vuosiksi 2010-2011 tukemaan Kansallisen potilasturvallisuusstrategian toimeenpanoa kansallisella tasolla. Tehtävän tukemiseksi laadittiin Potilasturvallisuusopas. Asiantuntijaryhmän työlle jatkumona on, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vetämä Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma potilasturvallisuuden edistämiseksi vuosina 2011-2015. Ohjelma toteutetaan yhdessä kansallisten kumppaneiden; Valviran, Fimean, Kuntaliiton, sekä kaikkien keskeisten terveysalan järjestöjen ja potilasliiton, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Ohjelmassa kehitetään palveluja alueellisten toimijoiden tarpeisiin. Ohjelman yleisiä periaatteita ovat mm. syyllistämätön potilasturvallisuuskulttuuri sekä avoimuus, läpinäkyvyys ja käyttäjälähtöisyys. Ohjelman tavoitteena on tukea potilasturvallisuuden käytännön työtä kentällä sekä hoitoon liittyvien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 19-27). Ohjelman yksi keskeinen tavoite on, että jokainen terveydenhuollon ammattihenkilö tietää potilasturvallisuudesta ja ymmärtää, miten se liittyy hänen työhönsä (Autti & Keistinen 2013, 149). Tavoitteisiin pää-

semiseksi työkaluiksi on asetettu riskien haltuun ottaminen yhdessä, johdon selkeä johtaminen, osaamisen kartuttaminen, toimivien työkalujen käyttöön ottaminen, kokemusten ja tiedon kiertoon laittaminen sekä uusien ideoiden soveltaminen ja tutkimukseen ottaminen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009, 28).

Lääkäriliitto on ollut Suomessa edelläkävijä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Lääkäriliiton laatuneuvoston muistiossa 28.10.2004, potilasturvallisuuden TOP SEVEN näkökulmiksi mainittiin mm. hoitoon liittyvien virheiden asiantunteva käsittely, virheistä oppiminen. Tavoitteena on luoda valtakunnallinen ja yhtenäinen terminologia sekä valtakunnalliset toimintaohjeet virhetilanteiden käsittelylle ja että potilasturvallisuuden tulisi kattaa kaikki terveydenhuollon sektorit.

Virolaisen (2012) mukaan potilasturvallisuustutkimus Suomessa on monimuotoista. Tutkimusta tehdään paljon suorittavalla taholla, mutta myös perinteisissä tutkimusyksiköissä. Niitä tehdään sekä julkaistaviksi että organisaatioiden sisäisiin käyttötarkoituksiin. Potilasturvallisuustutkimusten ajankohtaisina aiheina ovat turvallisuuskulttuurin kehittyminen, lääkitysturvallisuus, hoidon turvallisuuden hallinta, potilasturvallisuuden ennakointi ja siitä oppiminen sekä potilastiedon- ja kustannusten hallinta.

2.2 Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilasturvallisuuden yhteydessä puhutaan myös turvallisuuskulttuurista. Kulttuuri muodostuu sekä koko organisaation että yksittäisen työntekijän arvoista ja asenteista sekä toimintaperiaatteista että tavoista. Organisaation toiminta on jatkuvaa vuorovaikutusta, jossa jokainen on oman työnsä kautta rakentamassa avointa ja ennakoivaa turvallisuuskulttuuria (Helovuo ym. 2011, 92). Turvallisuuskulttuuri sisältää potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintamallin, jota tukevat organisaation johtaminen, arvot ja asenteet. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat osa organisaation arkipäiväistä toimintaa (Autti & Keistinen 2013, 145-146). Turvallisuuskulttuuri on koko terveydenhuoltojärjestelmän kulmakivi. (Stievano, Jurado, Rocco & Sasso 2009, 391.)

Turvallisuuskulttuuri rakentuu pitkälti turvallisuusjohtamiselle ja esimiestyölle, jossa välitetään aidosti turvallisuudesta ja kannetaan siitä vastuuta. Johtamisella on merkittävä vaikutus siihen, millaiseksi toimintayksikön kulttuuri muodostuu. Esimiehen tulee vastata laadukkaan työn edellytysten olemassaolosta ja tukea perustyötä käytettävissä olevin keinoin. Hänen avoin suhtautuminen virheisiin oppimismahdollisuuksina, tukee organisaation potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä. (Reiman & Oedewald 2008, 129, 340-341; Firth-Cozens 2006, 130.)

Turvallisuuden kehittäminen täytyy ymmärtää järjestelmälliseksi toiminnaksi, ja koko henkilöstön tulee sitoutua siihen. Hyvää turvallisuuskulttuuria on se, että työntekijä huomioi turvallisuuteen vaikuttavat tekijät jokapäiväisessä työssään. Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja asiakkaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. Turvallisuuden kehittämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa ohjaavat lukuisat lait (Lindh & Heinonen 2012, 10-11; Reiman ym. 2008, 49). Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa, että potilasturvallisuussuunnitelmassa on sovittava avointa turvallisuuskulttuuria tukevista arvoista ja menettelytavoista, mutta myös laadusta ja turvallista toimintaa tukevista henkilöstöjohtamisen periaatteista ja käytännöistä.

Tirkkosen tutkielman (2011) mukaan esimiehet tukivat henkilöstöä myönteisen potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisessä sekä yksiköiden välinen kommunikaatio oli avointa. Potilasturvallisuutta heikentävänä asiana nähtiin henkilöstön työvuoro vaihdokset sekä potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, häntä koskevan tiedon puutteellinen välittyminen.

2.3 Potilasturvallisuutta edistävä lainsäädäntö

Lainsäädännössämme on useita lakeja ja asetuksia joilla terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, vastuuta ja osaamista säädellään sekä potilasturvallisuutta edistetään. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että toiminnan on oltava ammatillista ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaan oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hänen tiedonsaanti- ja itsemäärämisoikeutensa. Lainsäädäntö osallistaa potilaan oman hoidon

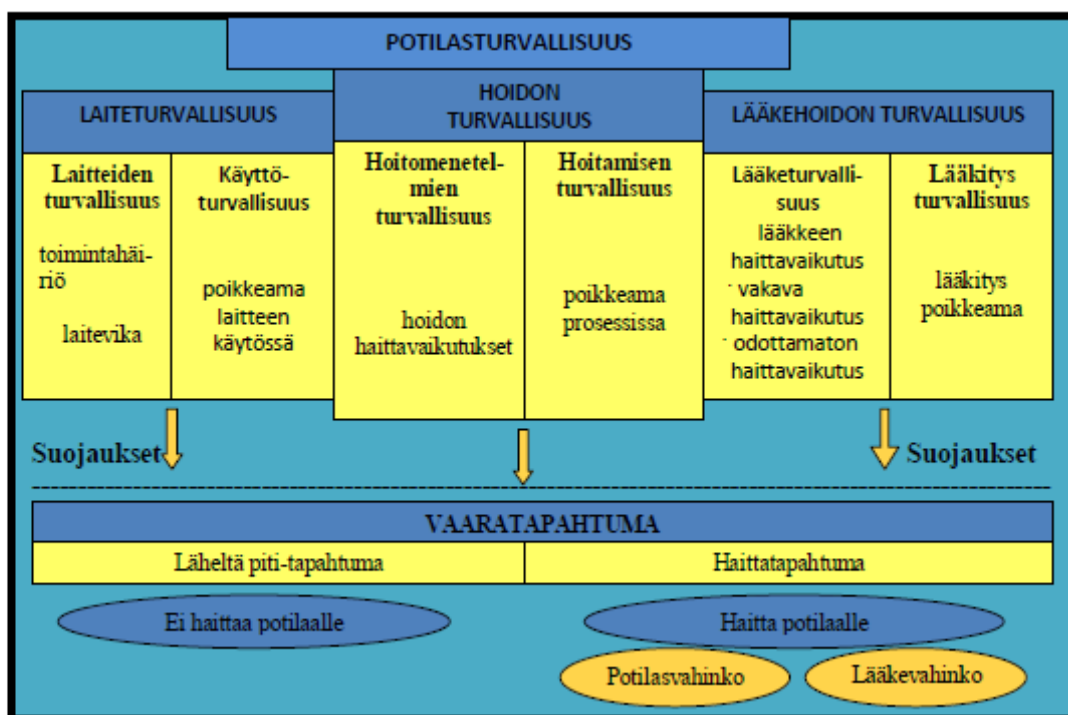
suunnitteluun. Laki sisältää myös pykälän potilasasiakirjoihin sisältyvän tiedon salassapidosta. Laki edellyttää, että toimintayksiköillä on potilasasiamies. Potilasvahinkolaki (585/1986) takaa potilaalle mahdollisen korvauksen potilasvahingon sattuessa. Lääkelain (395/1987) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista käyttöä, sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Turvallinen lääkehoito sisältää yksikön lääkehoitosuunnitelman, joka on keskeinen osa toimintayksikön johtamisjärjestelmää ja laadunhallintaa. Tartuntatautilain (583/1986) mukaan tartuntatautien vastustamistyöhön kuuluu mm. sairaalainfektioiden torjunta, joka on osa potilasturvallisuutta.

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua. Laki sisältää pykälät mm. ammattieettisestä velvollisuudesta sekä salassapito- ja täydennyskoulutusvelvollisuudesta. Asetus potilasasiakirjoista (289/2009) määrittelee asiakirjojen laadinnan, käyttöoikeudet sekä säilytyksen. Pelastuslaki (379/2011) velvoittaa mm. sairaaloita ja vanhainkoteja laatimaan turvallisuussuunnitelman, jossa tulee käydä läpi toimintamallit ja mm. hälytysjärjestelmät erilaisissa onnettomuus-, uhka-, vaara- ja vahinkotilanteissa. Työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa työnantajan tarpeellisin toimenpitein huolehtimaan työntekijäin turvallisuudesta ja terveydestä. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) asettaa terveydenhuollon yksiköille ja siellä toimiville ammattimaisille käyttäjille laitteiden ja tarvikkeiden käyttöön, hallintaan ja ylläpitoon liittyviä vaatimuksia. Yksiköillä tulee olla nimetty vastuhenkilö, joka vastaa laiteturvallisuudesta. Uudistetun lääkintälaitedirektiivin (93/42/EEC) mukaan tietojärjestelmiin liittyvät vaaratilanneilmoitukset tulee ilmoittaa Valviralle.

2.4 Potilasturvallisuuden osa-alueet

Potilasturvallisuusstrategiassa 2009-2013 on määritetty potilasturvallisuus kattamaan hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden sekä lääkehoidon turvallisuuden (KUVIO 2). Hoidon turvallisuus käsittää sekä hoitomenetelmien turvallisuuden, että hoitamisen turvallisuuden. Hoitomenetelmien turvallisuus tarkastelee asiakkaalle tai potilaalle hoitomenetelmissä aiheutuneita haittavaikutuksia. Hoitamisen turvallisuus käsittää poikkeamat asiak-

kaan tai potilaan hoidon prosessissa (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006). Laiteturvallisuus pitää sisällään laitteiden turvallisuuden ja käyttöturvallisuuden. Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 2010/629 velvoittaa terveydenhuollon yksiköitä ylläpitämään luetteloja hallinnassa olevista tai potilaaseen asennetuista laitteista ja tarvikkeista. Lääkehoidon turvallisuus sisältää lääketurvallisuuden ja lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuus keskittyy lääkkeiden farmakologisiin ominaisuuksiin, ja lääkkeistä aiheutuviin haittavaikutuksiin. Lääkitysturvallisuus puolestaan kattaa lääkkeiden käytön ja lääkehoidon toteuttamisen (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011b).



KUVIO 2. Potilasturvallisuuden käsitteistö (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006)

2.4.1 Hoidon turvallisuus

Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus merkitsee sitä, että hän saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. Häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Vehanen 2012, 20). Hänellä on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Valvonnan tarkoituksena on varmistaa, että potilaan oikeudet toteutuvat (Pennanen 2013,169). Näyttöön perustuva lääketiede ja hoitosuositukset edistävät potilasturvallisuutta ohjaamalla vaikuttavaa hoitoa oikeille potilaille ja oikeaan aikaan. Ajantasaiset hoitosuositukset lisäävät ammatt-

henkilöiden tietämystä vaikuttavasta ja turvallisesta hoidosta (Komulainen 2013, 137; Neale 2009, 8). Turvallinen hoitokulttuuri, jossa koko henkilöstö kantaa vastuuta potilasturvallisuudesta, vähentää hoidossa tapahtuvia virheitä (Cosby & Croskerry 2004, 1344).

Potilaan voimaannuttamisen (empowerment) on todettu parantavan hoidon turvallisuutta. Se edellyttää potilaan riittävää tiedonsaantia ja neuvontaa. Tietoisuus hoidon periaatteista ja mahdollisista riskeistä voi auttaa potilasta tunnistamaan riski- ja vaaratilanteita sekä valmistautumaan paremmin hoitotoimenpiteisiin ja hoitoon (Halila 2013, 233-234).

Potilasturvallisuuden edistäminen vaatii järjestelmällisiä toimia sekä pitkäjänteistä kehittämistyötä. Vastuuta turvallisesta hoidosta ei voi laskea vain potilastyössä toimivien harteille, vaan potilasturvallisuuden edistämisen tulisi olla keskitetysti resurssoitua ja koordinoitua, puhuttiinpa sitten toimintayksiköstä, organisaatiosta tai kansallisista viranomais-toimijoista. (Helovuo ym. 2011, 23.)

Johdon toiminta tuottaa edellytykset turvalliselle hoidolle. Tämä vaatii systemaattisia toimintatapoja, joilla potilasturvallisuus huomioidaan päätöksenteossa ja toimintasuunnitelmassa (Helovuo ym. 2011, 57). Henkilöstön osaamisella ja työolosuhteilla on suora yhteys hoidon laatuun ja sen turvallisuuteen. Työn tavoitteet ja sisältö sekä työn sujuvuus muodostavat perustan työssä viihtymiselle. Työn sisältöön, sjuvuuteen ja turvallisuuteen vaikuttavat keskeisesti työolot, laitteet, henkilöstön riittävä määrä ja osaaminen. Johtamisella on keskeinen vaikutus työntekijöiden tavoitteisiin sitoutumiseen. Laadukas perehdyttäminen vaikuttaa työntekijän osaamiseen sekä työn laatuun ja hoidon turvallisuuteen. (Räsänen & Meretoja 2013, 102-105.)

Lupaava tapa lisätä potilasturvallisuutta on integroida hoitosuosituksia sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Potilastietojen sähköiseen käsittelyyn liittyvät kansalliset palvelut – sähköinen resepti ja sähköinen potilastietoarkisto (KanTa-palvelut) – pyrkivät omalta osaltaan lisäämään hoidonturvallisuutta. Sähköinen potilastiedon arkisto mahdollistaa potilastietojen tallentamisen keskitetysti, tietoturvalisesti ja yhdenmukaisella tavalla valtakunnalliseen arkistoon. Potilastiedon arkiston avulla potilasta hoitava ammattihenkilöstö terveydenhuollon eri yksiköissä voi käyttää kaikkia potilasta koskevia tietoja, jos potilas antaa

siihen luvan. Kaiken potilaan terveydentilaa koskevan tiedon saatavuus hoitotilanteessa lisää hoidon turvallisuutta. (Autti & Keistinen 2013, 139, 153.)

Arvola, Pommelin, Inkinen, Väyrynen & Tammelan (2012) mukaan tyypillisimpiä tietojärjestelmiin liittyviä pulmia ovat toimintakatkokset, eri tietojärjestelmien yhteensopimattomuus, tietojen kirjautuminen väärälle potilaalle sekä järjestelmän käyttäjälle tuntemattomat ominaisuudet. Tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat aiheuttavat myös lääkehoitoon liittyviä ongelmia muun muassa kirjaukseen ja seurantaan liittyen.

Potilasturvallisuuden edistämistä ja laadun parantamista varten on kehitetty erilaisia vaaratapahtumien raportointi- ja oppimisjärjestelmiä. Vuodesta 2006 terveydenhuollossa on ollut käytössä valtakunnallinen ja pakollinen haittavaikutusrekisteri, joka on osa Stakesin hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO). Hoidon haittavaikutus -luokitusta käytetään hoidon haittavaikutusten esiintyvyyden luokittamiseen. Hoidon haittavaikutuksen seuranta mahdollistaa osaltaan potilashoidon laadun ja turvallisuuden tilastoinnin. Hoidon haittavaikutus tarkoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan hoitoon tai suorittamaan toimenpiteeseen liittyvää odottamatonta seuraamusta, joka aiheuttaa normaaliin hoitoon verrattuna potilaalle objektiivista haittaa, hoidon keston pidentymistä ja lisääntyneitä hoitokustannuksia. Operatiivisessa hoidossa haittavaikutus on erityisesti myös myöhempi suunnitteleman samaan vaivaan tai sairauteen liittyvä uusintaleikkaus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011b, 51.)

Rintasen, Hämäläisen, Kailan, Kokkolan ja Vuorekosken (2010) mukaan HILMON kirjatujen haittajaksojen määrä on kymmenessä vuodessa lisääntynyt yli kolmanneksen. Vuonna 2007 sairaaloiden kaikista hoitajaksoista haittavaikutuksellisten jaksojen osuus oli 1,5% ja kaikista toimenpiteellisistä hoitajaksoista 3,5 %. Vuonna 2007 hoidettiin lähes 13 000 eri potilasta jollain haittavaikutusdiagnoosilla tai – toimenpiteellä. Näiden potilaiden määrä on kymmenessä vuodessa kasvanut neljänneksellä 24.5 %. Uusi haittavaikutusjakso rekisteröitiin vuosina 2005-2007 keskimäärin vajaalle 11 500 potilaalle vuodessa.

Potilasturvallisuuden edistämistä ja kehittämistä varten on vuonna 2008 terveydenhuollon yksiköissä otettu käyttöön HaiPro potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. HaiPro -menettelyssä pyritään siihen, että vaaratapah-

tumista ilmoittaminen on vaivatonta, nopeaa ja syyllistämätöntä. Ilmoittaminen perustuu vapaaehtoisuuteen sekä yksilön aloitteellisuuteen ja se tehdään aina anonyymisti (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius 2011, 1036). Kaikentyyppiset läheltäpiti- ja lievää haittaa aiheuttavat potilas- ja työturvallisuustapahtumat voidaan ilmoittaa samaan HaiPro- järjestelmään. Se on yksi hyvinvointiteknologian ratkaisu tiedon keräämiseksi ja analysoimiseksi sekä toiminnan ja hoidon laadun parantamiseksi. Seurantatiedon avulla työyksiköissä voidaan seurata poikkeamia, analysoida niihin johtaneita syitä ja suunnitella tarvittavat toimenpiteet poikkeamien ehkäisemiseksi (Vallimies-Patomäki 2013, 49).

Kurrosen (2011) mukaan tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyviä vaaratapahtumia sattui diagnosoinnin, tutkimusten ja toimenpiteiden yhteydessä sekä hoidon järjestelyjen ja potilastiedon hallinnan yhteydessä. Useimmiten tiedonkulun vaaratapahtumiin liittyvänä tekijänä raportoitiin kiire, joka johtui liian vähäisestä henkilökunta määrästä, suuresta työmäärästä sekä levottomuudesta ja hälinästä osastolla. Myös osastojen loma- ja sulkuajat olivat vaaratapahtumille altistavia tekijöitä.

HaiPro-ilmoitukset käsitellään luottamuksellisesti ja ne tulevat vain erikseen nimettyjen henkilöiden käyttöön. Raportoijalle tulevaa palautetta ja tietoa hyödynnetään suunnitelmallisesti ja tarkoituksenmukaisesti turvallisuuden ja toiminnan kehittämiseksi. Turvallisuutta kehittäviä toimia ohjataan organisaation kehittämiseen sen kaikilla tasoilla. Raportointi on järjestelmällistä ja vastuut ja tehtävät on määritelty organisaatiossa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 12.)

Vaaratapahtumista oppiminen edellyttää henkilökunnan kanssa käytävää keskustelua ilmi tulleista virheistä ja haittatapahtumista. Vain palautteen ja keskustelun avulla henkilökunta voi oppia tehdyistä virheistä ja yksikköön voi syntyä virheitä ennalta ehkäisevä ilmapiiri (Mustajoki 2005, 390). HaiPro- järjestelmä ei takaa virheistä oppimista vaan se toimii vain apuvälineenä. Potilasturvallisuuden edistämiseen tarvitaan kaikkia ammattihenkilöitä, organisaation jokaiselta tasolta. Ydinasioita ovat syyllistämättömyys, avoin ilmapiiri ja toiminnan aito kehittäminen havaittujen virheiden ja läheltäpiti tilanteiden pohjalta. (Kaila 2010, 1083.)

Kinnusen (2010) mukaan työntekijät odottavat johdolta ja esimiehiltä tukea sekä virheen esille tuomiseen että virheistä saatujen tietojen käsittelemiseen ja hyödyntämiseen. Tärkeänä lähiesimiesten tehtävänä pidettiin avoimeen ilmapiiriin ja syyllistämättömyyteen ohjaamista sekä yleisesti kannustamista virheiden ilmoittamiseen. Johtajilla ja esimiehillä on vastuu tehdä oppiminen ja kehittäminen mahdolliseksi työntekijöille. Tutkimuksessa nousi esiin myös potilasturvallisuus ja erityisesti näkökulma siihen, että organisaatiossa on oltava edellytykset kunnossa, että virheistä voidaan oppia.

Kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä tapahtuu virheitä. Valtaosa haitoista olisi esitettävissä mutta se edellyttää virheiden, läheltä piti tapahtumien ja vahinkojen syiden perusteellista kartoitusta. Avoimesti keskustelemalla ja koulutuksen kautta opitaan erehdyksistä ja siten parannetaan hoidon laatua. Virheiden ja vahinkojen rakentava, avoin ja syyllistämätön käsittely esimiesten ja työtoverien kanssa olisi saatava kaikkien työyhteisöjen tavaksi. (Pasternack 2006, 2459; Ransom, Joshi & Nash 2005, 248.)

2.4.2 Lääkehoidon turvallisuus

Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta, ja sen edistäminen on sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa (Taam-Ukkonen & Saano 2012, 13). Lääkehoidon turvallisuus pitää sisällään sekä lääketurvallisuuden, että lääkitysturvallisuuden. Lääketurvallisuus käsittää pääasiassa lääkevalmistukseen liittyvän turvallisuuden. Lääkitysturvallisuus on lääkkeiden käyttöön liittyvää toimintatapojen turvallisuutta, joka kattaa yksiköiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta (Ahonen & Hartikainen 2013, 12, 237-238).

Keskeiseksi lääkehoidon turvallisuutta edistäväksi käytännön toiminnan ohjeeksi on muodostunut Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 julkaisema Turvallinen lääkehoito-Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oppaan tavoitteena on yhtenäistää lääkehoitoon liittyviä käytäntöjä Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2006, 3). Lisäksi opas ohjeistaa lääkehoitosuunnitelman laatimisessa, joka on käytännön työväline lääkehoidon kehittämiseen. Lääkehoidon opas selventää lää-

kehoidon velvollisuuksia, johdon ja työntekijöiden vastuita sekä lupakäytäntöjä terveydenhuollon organisaatioissa ja yksiköissä (Taam-Ukkonen & Saano 2012, 16.)

Turvallista lääkehoitoa ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä lainsäädännöllä sekä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean määräyksillä ja ohjeilla. Turvallinen lääkehoito-opas edellyttää myös edellä mainitun HaiPro- vaaratapahtumien ilmoittamis-, raportointi- ja seurantajärjestelmän käyttöä terveydenhuollon yksiköissä. (Vallimies-Patomäki 2013, 39, 49.) Tehokas, turvallinen, taloudellinen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito on keskeinen osa potilaan hoitoa ja siten myös potilasturvallisuutta. Turvallinen lääkehoito on moniammatillista yhteistyötä, joka edellyttää terveydenhuollon henkilöstöltä lääkityksen eri vaiheiden osaamista ja tunnistamista sekä kokonaisuuden hallintaa ja vastuuta. (Ahonen & Hartikainen 2013, 236.)

Toimintayksiköiden johdolla on vastuu lääkehoitosuunnitelmien laatimisen ja päivityksen organisoinnista sekä lääkehoidon käytäntöjen yhtenäistämisestä ja kehittämisestä. Yksiköiden esimiesten tehtävä on varmistaa, että työyksikössä on edellytykset turvalliselle ja asianmukaiselle lääkehoidolle. Heillä on myös keskeinen rooli hoitohenkilöstön lääkehoidon osaamisen varmistamisessa ja seuraamisessa sekä kehittämisen tukemisessa (Vallimies-Patomäki 2013, 50). Hoitotyöntekijällä on vastuu omasta lääkehoidon osaamisesta, sen ylläpitämisestä sekä jatkuvasta osaamisen päivittämisestä ja kehittämisestä (Sulosaari & Leino-Kilpi 2013, 17).

Turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen kuuluu oleellisena osana potilaan informoiminen ja ohjeistaminen. Se tulee suunnitella, toteuttaa ja arvioida yhdessä potilaan ja mahdollisesti hänen omaistensa kanssa. Ohjauksen tavoitteena on lääkkeiden oikea, turvallinen ja tarkoituksenmukainen käyttö sekä potilaan sitoutuminen hoitoon. Tavoitteena on myös potilaan ohjaaminen ja tukeminen hänen omista lähtökohdistaan niin, että hän itse kykenee tekemään omaa terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä (Heikkinen 2013, 112, 116). Lääkehoidon ohjaus noudattaa hoitotyön prosessia, ja ohjausta annetaan kaikissa hoidon vaiheissa. Erityisen tärkeää on varmistaa, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön ja lääkehoito toteutetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tärkeää on myös varmistaa, että lääkehoito toteutuu suunnitelmallisesti myös potilaan kotiutuessa tai siirtyessä hoitopaikasta toiseen hoitoyksikköön (Taam-Ukkonen & Saano 2012, 152).

Ruuhilehdon ym. (2011) mukaan noin puolet terveydenhuollon yksiköissä ilmoitetuista vaaratapahtumista liittyivät lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. Yleisimmät lääkitystapahtumat olivat kirjaamis-, jako- ja antovirheitä. Tapaturmien ja tiedonvälityksen puutteiden osuus oli yhteensä neljäsosa kaikista ilmoitetuista tapahtumista. Yleensä potilaalle ei aiheutunut haittaa. Vakavia haittoja on liittynyt yhteen prosenttiin ilmoitetuista tapahtumista.

Kuisman (2010) mukaan yleisimmät lääkehoidon vaaratapahtumat olivat anto- ja jakovirhe. Antovirhe koski tilanteita, joissa lääke, neste tai verituote oli jäänyt antamatta potilaalle. Jakovirheet koskivat pääsääntöisesti väärää annosta tai vahvuutta. Tutkimuksen mukaan lääkehoidon antovirhe tapahtui yleisimmin aamuvuorossa ja lääkehoidon jakovirhe tapahtui aamu-, että iltavuorossa. Yövuorossa tapahtui yleisimmin lääkehoidon kirjaamisvirhe.

Malassun (2013) mukaan HaiPro-ilmoituksista 71 % kuvasi potilaille tapahtuneita asioita, joista 53 % liittyi lääke- tai nestehoidon toteuttamiseen, verensiirtoon tai varjoaineen käyttämiseen. Ilmoituksista 14 % liittyi tiedon kulkuun tai -hallintaan. Tapahtumiin myötävaikuttaneista tekijöistä yleisin oli kommunikointiin liittyvä. Tulokset vahvistavat lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen liittyvät kehittämistarpeet sekä kommunikaation keskeisen roolin potilasturvallisuuden vahvistamisessa.

Kansallinen reseptikeskus mahdollistaa lääketurvallisuuden entistä paremman seurannan ja valvonnan. Reseptikeskukseen tallennetut reseptit mahdollistavat lääkärille kokonaislääkityksen tarkastamisen potilaan luvalla. Kokonaislääkitys tarkastamalla voidaan ehkäistä lääkkeiden haitallisia yhteisvaikutuksia ja päällekkäisyyksiä. Kansallinen potilastietoarkiston käyttöön otto vuonna 2014 mahdollistaa potilastietojen ajantasaisen saatavuuden hoitotilanteessa ja huolehtii tietojen sähköisestä säilyttämisestä (Autti & Keistinen 2013, 139).

2.4.3 Laiteturvallisuus

Lain terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 2010/629 tarkoituksena on ylläpitää ja edistää terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden sekä niiden käytön turvallisuutta (Seitsonen 2013, 177). Laki velvoittaa terveydenhuollon yksiköitä ylläpitämään luetteloa hallinnassa olevista, tai potilaaseen asennetuista terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. Käytännös-

sä laiterekisteri toimii lain tarkoittamana luettelona. Yksikössä käytössä olevista laitteista ja tarvikkeista tulee olla tiedot laiterekisterissä. Laki velvoittaa myös organisaatioita nimeämään laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuudesta vastaava henkilö (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010). Lisäksi käytössä olevissa laitteissa on oltava turvallisen käytön kannalta tarpeelliset merkinnät ja käyttöohjeet (Kauppinen & Nihtinen 2008, 20).

Valmistajalla on vastuu laitteen toimivuudesta ja turvallisuudesta laitteen koko elinkaaren ajan. Vastuu pysyy voimassa sillä ehdolla, että ammattimainen käyttäjä noudattaa valmistajan antamia käyttö- ja huolto-ohjeita (Seitsonen 2013, 179). Laitteiden käyttäjillä on velvollisuus noudattaa valmistajan ohjeistusta ja ilmoittaa valmistajalle laitteeseen liittyvistä puutteista. Toimintakuntoiset laitteet on huollettava ja kalibroitava säännöllisesti ja niiden käyttöohjeita tulee noudattaa (Lindh & Heinonen 2012, 16, 32).

Laitteen tai tarvikkeen aiheuttamasta vakavasta vaaratilanteesta on tehtävä vaaratilanneilmoitus sekä laitteen valmistajalle tai sen edustajalle, että sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontaviranomaiselle eli Valviralle (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010). Valviran keskeisenä työvälineenä on laitteista tai tarvikkeista aiheutuvien vaaratilanteiden valvonta ja arviointi vaaratilannejärjestelmän avulla (Kauppinen & Nihtinen 2008, 20).

Esimiehen tulee varmistaa että henkilöllä, joka käyttää terveydenhuollon laitteita, on sen turvallisen käytön vaatima koulutus ja kokemus. Hänen tulee myös järjestää työntekijöille riittävä perehdytys työssä tarvittavien laitteiden ja tarvikkeiden käytöstä ja työmenetelmien hallinnasta. Toimintayksikössä tulee olla selkeä perehdyttämisohjelma sijaisille ja uusille työntekijöille, joka sisältää myös laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyvän perehdytyksen (Kuntaliitto 2011, 12, 25).

2.5 Potilasturvallisuus osana laatujohtamista

Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. Terveysthuollon laadulla tarkoitetaan resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin (Kuntaliitto 2011, 25). Laatujohtamisen kehitykseen ovat vaikuttaneet henkilöstöresurssien ja prosessien johtaminen, muutoksen johtamisen kehittyminen sekä innovatiivisuuden ja strategisen johtamisen uudet näkökulmat ja kehittyminen (Mc Adam & Henderson 2004, 55).

Terveysthuollossa hyvä laatu edellyttää johdon ja koko henkilökunnan sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä saumatonta yhteistyötä eri toimintayksiköiden välillä. Laadun voidaan määrittellä koostuvan niistä piirteistä ja ominaisuuksista, joihin perustuu palvelujärjestelmän, organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008; Helovuori ym. 2011, 15.)

Laatujohtaminen on laadukkaaseen toimintaan liittyvien asioiden suunnittelua, suunnitelmien toteuttamista, laadun onnistumisen seuraamista ja tarvittaessa toiminnan parantamista. Se on osaamisen kehittämistä, hallintaa ja johtamista sekä henkilöstön motivaation ylläpitämistä (Pesonen 2007, 66; Räsänen & Meretoja 2013, 105). Laatujohtamisen ja turvallisuuden kehittämisen tulee alkaa organisaation johdosta ja ulottua organisaation kaikkiin toimijoihin ja toimintoihin. Se on riskienhallintaa, jossa osataan hyödyntää henkilöstön erilaisuus ja osaamisen eritasot. Henkilöstön inhimillisiä voimavaroja kehitetään osallistamalla innovointiin ja laadun systemaattiseen kehittämiseen organisaation strategian, vision ja arvojen pohjalta. Henkilöstön tiedollisesta, taidollisesta ja kokemuksellisesta osaamisesta ja ammattitaidosta huolehditaan. Laatujohtaminen edellyttää saumatonta yhteistyötä sekä informaation kulkua. Laatujohtaminen keskittyy yhteisön ydinosaan ja sen kehittämiseen muutosherkkyys säilyttäen (Hokkanen & Strömberg 2006, 157-158; Mauch 2009, 45).

Tonin (2010) tutkimuksen mukaan tyytyväisyys lähiesimiehen johtamistapaan luo todennäköisyyttä sille, että työpaikan ilmapiiri koetaan kannustavaksi ja motivoivaksi sekä tiedonkulku onnistuneeksi. Laadukas hoitotyö edellyttää ammattitaitoista henkilöstöä sekä saumatonta informaation kulkua sekä työyksikössä että eri toimijoiden välillä.

Laatujohtamisen tavoitteena on tyytyväinen asiakas, kannattava liiketoiminta ja kilpailukyvyyn säilyttäminen ja kasvattaminen. Tavoitteena on myös palvelun jatkuva parantaminen, muuttuvan yhteiskunnan ja ympäristön vaatimusten huomioonottaminen sekä palveluntuottamisen tehokkuus (Silen 2006, 40, 68). Laatujohtamisen työkaluja ovat mm. erilaiset laatujärjestelmät, joiden avulla laatua ja sen kehittymistä mitataan säännöllisesti. Laatujohtamisen avulla mm. toimintatavat yhdenmukaistuvat sekä henkilöstön laatutietoisuus lisääntyy. (Andersson, Hiltunen & Villanen 2004, 24.) Laadunhallinnassa asiakkailta tuleva palaute on tärkeää oman toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä. Palaute voi tulla spontaanisti esim. hoitotilanteessa tai kyselyjen ja palautteiden kautta. Vuosittaiset potilasturvahinkoilmoitukset tulee organisaatiossa käsitellä ja analysoida systemaattisesti. Analyysin pohjalta etsitään ratkaisuja toimintatapojen kehittämiseksi ja laadun parantamiseksi. (Mustajoki 2005, 393-395.)

Jopa puolet potilashoitoon liittyvistä haittatapahtumista voidaan ehkäistä laatua parantamalla, riskejä analysoimalla, hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita korjaamalla sekä virheistä oppimalla (Snellman 2009, 33). Potilasturvallisuuden edistäminen vaatii järjestelmällisiä toimia sekä pitkäjänteistä kehittämistyötä. Sen johtaminen ei voi olla irrallaan toiminnan muusta johtamisesta. Se on osa laajempaa organisaation turvallisuusjohtamista ja kokonaisvaltaista riskien hallintaa. Potilasturvallisuuden kehittyminen edellyttää johdon näkyvää sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen sekä laadun kehittämiseen ja johtamiseen. Johdon on aktiivisesti viestitettävä potilasturvallisuudesta henkilöstölle ja ylläpidettävä sitä organisaation toiminnassa. Johto luo pohjan organisaation arvoille, asenteille sekä toimintatavoille. Kriittisenä menetystekijänä nähdään johdon aktiivinen osallistuminen kehittämiseen (Helovuori ym. 2011, 23, 57, 103, 111; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Hirvosen (2005) mukaan laatujohtaminen on kehittynyt laaduntarkkailun, laadun varmistamisen ja parantamisen sekä laadunhallinnan kautta koko prosessin kattavaksi laatujohtamiseksi. Laatujohtaminen käsittää laadun parantamisen lisäksi koko organisaation kehittämisen ja strategisen suunnittelun. Hirvosen mukaan laatujohtamiselle oleellista on laaja-alainen laatuksisuus, jonka keskeisiä toimintoja ohjaavia arvoja ovat asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys sekä koko henkilökunnan sitoutuminen ja osallistuminen prosessien jatkuvaan kehittämiseen. Avaintekijänä pidetään johdon sitoutumista laadun kehittämiseen.

2.6. Yhteenveto opinnäytetyön keskeisistä käsitteistä

Potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12). Potilasturvallisuus muodostuu yhdessä hoidon tarpeen, hoidon vaikuttavuuden ja hoidon saatavuuden kanssa terveydenhuollon toiminnan perustan, joka kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä laiteturvallisuuden (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006).

Potilasturvallisuuskulttuurissa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit (Kinnunen & Peltomaa 2009, 65). Se on osa koko organisaation toimintakulttuuria, jota pidetään tärkeänä arvona ja sitä edistetään systemaattisesti. Potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu sekä koko organisaation että yksittäisen työntekijän arvoista ja asenteista, toimintaperiaatteista ja toimintatavoista. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 18.)

Potilasturvallisuussuunnitelma on lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin sekä hyvään hoitokäytäntöön perustuva vaaratilanteita ennaltaehkäisevä ja potilasturvallisuutta parantava organisaation suunnitelma. Suunnitelmassa huomioidaan potilasturvallisuusstrategian sisältämät näkökulmat sekä Euroopan Unionin komission antamat suositukset potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Potilasturvallisuussuunnitelma on säännöllisesti päivitettävä asiakirja (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Laatujohtaminen on toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Laatujohtaminen ja -ajattelu tulee alkaa organisaation johdosta ja ulottua organisaation kaikkiin toimintoihin. (Kuntaliitto 2011). Laatujohtaminen käsittää laadun jatkuvan kehittämisen lisäksi koko organisaation kehittämisen ja suunnittelun (Hokkanen & Strömberg 2006, 46). Potilasturvallisuuden edistäminen ja johtaminen ovat keskeinen osa laatujohtamista (Helovuori ym. 2011, 103).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda potilasturvallisuussuunnitelma Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueelle. Potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena oli yhtenäistää ja edistää Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen turvallisuuskulttuuria sekä parantaa potilasturvallisuutta. Kehittämisprosessin aluksi selvitettiin henkilöstön käsityksiä potilasturvallisuuden nykytilasta kohdeorganisaatiossa. Saatuja tuloksia hyödynnettiin potilasturvallisuussuunnitelman tekemisessä.

Potilasturvallisuussuunnitelma laadittiin yhteistyössä ohjausryhmän kanssa, joka koostui hyvinvointi- ja terveystalveluysiköiden esimiehistä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten potilasturvallisuus toteutuu Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueella henkilöstön arvioimana?
2. Millainen potilasturvallisuussuunnitelma tukee Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen turvallisuuskulttuurin yhtenäistymistä ja kehittymistä?

4 KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

4.1 Opinnäytetyön toimintaympäristö

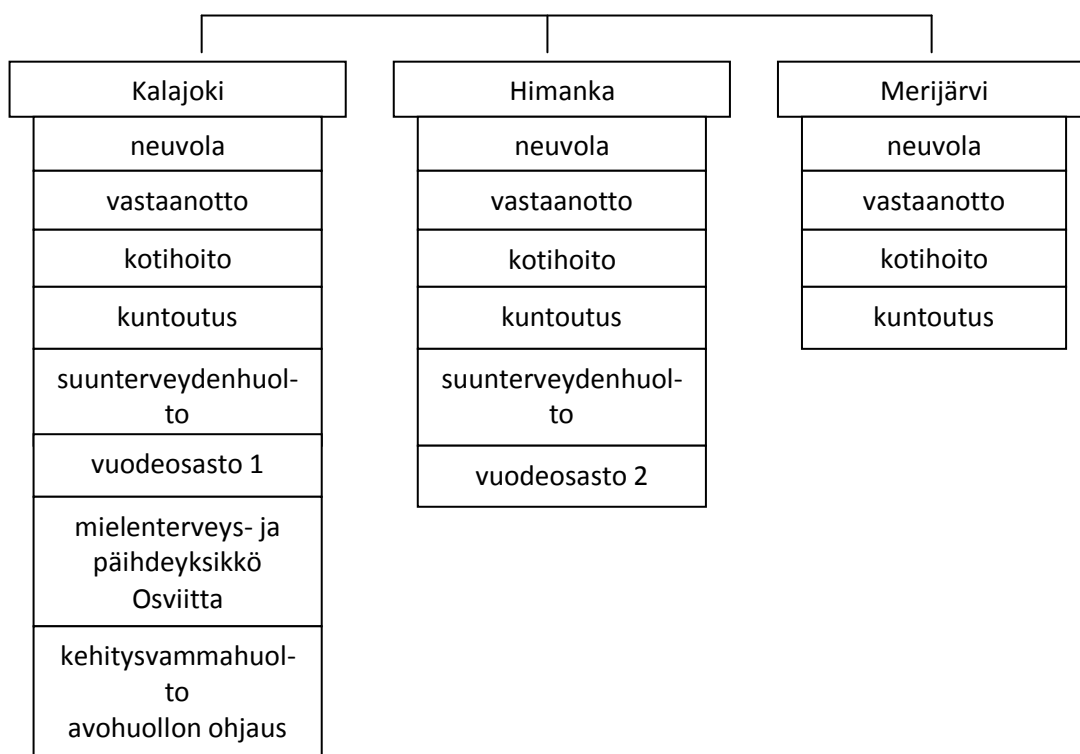
Opinnäytetyön toimintaympäristönä oli Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alue (KUVIO 3). Vuonna 2010 Himangan kunta liittyi kuntaliitoksella Kalajoen kaupunkiin, joka on vuodesta 2009 järjestänyt myös Merijärven sosiaali- ja terveystoimen isäntäkuntaperiaatteella. Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueella on kolme toimipistettä, jotka sijaitsevat Kalajoella, Himangalla ja Merijärvellä (Kalajoen kaupungin työryhmä 2011).

Kalajoen perusturvapalvelut tuotetaan laadukkaasti, taloudellisesti ja potilas- ja asiakasturvallisuutta noudattaen. Palveluiden laatua ja turvallisuutta kehitetään toimintaa ja riskejä arvioiden sekä ehkäisevillä ja korjaavilla toimenpiteillä. Perusturvapalveluiden tavoitteena on tukea asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä edistää ja ylläpitää toimintakykyä eri elämäntilanteissa laadukkaasti ja taloudellisesti. Ennaltaehkäisevällä ja avohoitopainotteisella toiminnalla lisätään kuntalaisten elinvoimaisuutta ja omatoimisuutta. (Kalajoen kaupungin strategia 2009.) Perusturvapalvelut koostuvat hyvinvointipalveluista, terveystoimipalveluista, varhaiskasvatuspalveluista ja ympäristöterveydenhuollon palveluista. Perusturvapalveluissa työntekijöitä on yhteensä n. 541 henkilöä. Toimintaympäristön ulkopuolelle jätettiin varhaiskasvatuksen- ja ympäristöterveydenhuollon palvelut. (Kalajoen kaupungin talousarvio 2013.)

Hyvinvointipalveluihin kuuluvat vammaispalvelut, sosiaalipalvelut, kotiin annettavat palvelut sekä palveluasuminen. Hyvinvointipalveluiden tavoitteena on kehittää ennaltaehkäiseviä palveluja ja avohoidon tukitoimia. (Kalajoen kaupungin talousarvio 2013.) Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen ikäpoliittisen ohjelman 2012-2020 tavoitteiksi on kirjattu: omasta kunnosta huolehtiminen, yhteisöllisyyden säilyttäminen sekä tuottaa monipuoliset ja oikea-aikaiset palvelut kotona asumisen tukemiseksi (Kalajoen kaupungin työryhmä 2011).

Terveyspalveluina tuotetaan vastaanotto toiminta Kalajoen terveyskeskuksessa sekä Himangan ja Merijärven terveysasemilla, laboratorio, röntgen ja välinehuoltopalvelut, kuntoutus-, neuvola- ja suun terveydenhuoltopalvelut, vuodeosasto toiminta sekä mielenterveys- ja päihdetyö ja perheneuvolatoiminta. Terveyspalveluiden tulosalue vastaa myös erikoissairaanhoidon palveluiden ostosta. Terveyspalveluiden tavoitteena on järjestää asiakaslähtöiset, oikea-aikaiset ja tasapuoliset palvelut laadukkaasti ja taloudellisesti. (Kalajoen kaupungin talousarvio 2013.)

Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alue



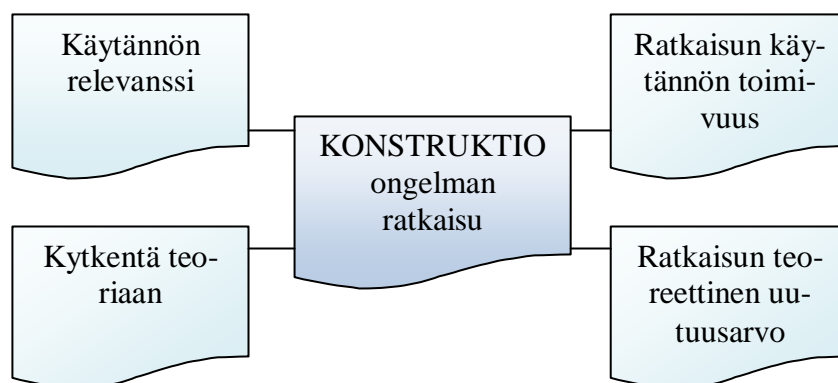
KUVIO 3. Opinnäytetyön toimintaympäristö

4.2 Konstruktiivinen tutkimus opinnäytetyön lähestymistapana

Opinnäytetyö toteutettiin konstruktiivisena tutkimuksena. Tutkimustavan valintaan vaikutti konstruktiivisen tutkimuksen tavoite luoda uusi konstruktio eli jokin konkreettinen tuotos relevantin käytännön ongelman ratkaisuksi. Tässä opinnäytetyössä se oli potilasturvallisuussuunnitelma. Uuden konstruktion luomiseksi tarvitaan sekä jo olemassa olevaa tutkimustietoa että uutta empiiristä eli käytännöstä kerättävää tietoa. Konstruktiiviselle lähestymistavalle luonteenomainen piirre on tiivis vuoropuhelu käytännön ja teorian välillä. Se korostaa tutkimuksen hyödyntäjien ja toteuttajien välistä vuorovaikutusta ja kommunikointia. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 38, 65.)

Konstruktiivinen tutkimus on luonteeltaan soveltavaa tutkimusta, jossa on määritelty haluttu päämäärä. Tutkimusmenetelmään kuuluu päätös siitä, millaista uutta todellisuutta halutaan rakentaa ja miten se tehdään. Konstruktiivinen tutkimus koostuu rakentamisesta ja arvioinnista. (Järvinen & Järvinen 2004, 47.) Se korostaa tutkimuksen käytännöllistä merkitystä ja tosielämän ongelman ratkaisua (Virtanen 2006, 47). Lisätäkseen käytännön toteutuskelpoisuutta, tutkijan tulee pyrkiä tekemään innovoidusta konstruktiosta merkityksellinen, yksinkertainen ja helppokäyttöinen (Kasanen, Lukka & Siitonen 1991, 301-329).

Kasanen, Lukka ja Siitonen 1991 kuvaavat tuotetun konstruktion yhteyttä käytännön relevanssiin sekä teoreettisiin sidoksiin ja vastaavasti konstruktion toimivuutta käytännössä, sekä tuotetun konstruktion teoreettista uutuusarvoa (KUVIO 4).



KUVIO 4. Konstruktiivisen tutkimuksen osat. (Kasanen, Lukka & Siitonen 1991, 306.)

Konstruktivisessa tutkimuksessa, tutkijan rooli on usein voimakkaasti kohdeympäristöön vaikuttava. Tutkimuksen empiirisessä vaiheessa tutkijalta edellytetään organisaation prosessien perusteellista ymmärtämistä ja toimimista organisaation henkilöstön oppimisprosessin tukihenkilönä (Kasanen ym. 1991, 301-329). Käytännönläheisen osallistumisen lisäksi tutkija tuo organisaatioon tieteellistä teoriaa ja oman osaamisensa ongelman ratkaisemiseksi (Virtanen 2006, 48). Opinnäytetyön tekijä toimi työntekijänä kohdeorganisaatiossa. Tätä kautta hänellä oli ymmärrys organisaation prosesseista sekä käytännön toiminnasta. Käytännön toimijat, kuten organisaation johto osallistuvat uuden tuotoksen laatimiseen. Keskeinen osa tutkimusta ovat kehitetyn ratkaisun toteuttaminen ja käytännön toimivuuden sekä hyödyllisyyden arviointi (Ojasalo ym. 2009, 65-66).

Opinnäytetyössä mukailtiin konstruktiviselle tutkimusotteelle tyypillistä tutkimusprosessia, jossa on kuusi vaihetta ja joka etenee askel askeleelta. Jokaiselle askeleelle on asetettu päämäärä. Mikäli päämäärä saavutetaan, voidaan konstruktio todeta käyttökelpoiseksi. (Kasanen ym. 1991, 306; Rohweder 2008, 11.)

Konstruktivinen tutkimus- ja kehittämisprosessin ensimmäisessä vaiheessa määritellään käytännöllisesti ja tutkimuksellisesti tärkeä relevantti ongelma eli aihe, jossa on mahdollista luoda myös uutta teoriaa. Opinnäytetyön aihe syntyi kohdeorganisaation käytännön tarpeesta tehdä potilasturvallisuussuunnitelma. Aihe on hyvin käytännön läheinen ja ajankohdainen. Terveystoimien laki velvoittaa sosiaali- ja terveystoimen organisaatioita laatimaan potilasturvallisuussuunnitelma vuoteen 2013 mennessä. Kohdeorganisaatio oli nimennyt seitsemänhenkisen työryhmän potilasturvallisuussuunnitelman laatimiseksi. Työryhmä ei ollut tehtävää aloittanut, kun tiedustelin opinnäytetyön aihetta työnantajaltani. Perusturva-johtajan päätöksellä sain kyseisen aiheen opinnäytetyölleni ja työryhmä nimettiin opinnäytetyöni ohjausryhmäksi. Ohjausryhmään nimettiin kahdeksas jäsen sosiaalitoimesta. Tämä koettiin tarpeelliseksi terveydenhuoltolain edellyttäessä laatimaan potilasturvallisuussuunnitelma yhteistyössä sosiaalihuollon palveluiden kanssa.

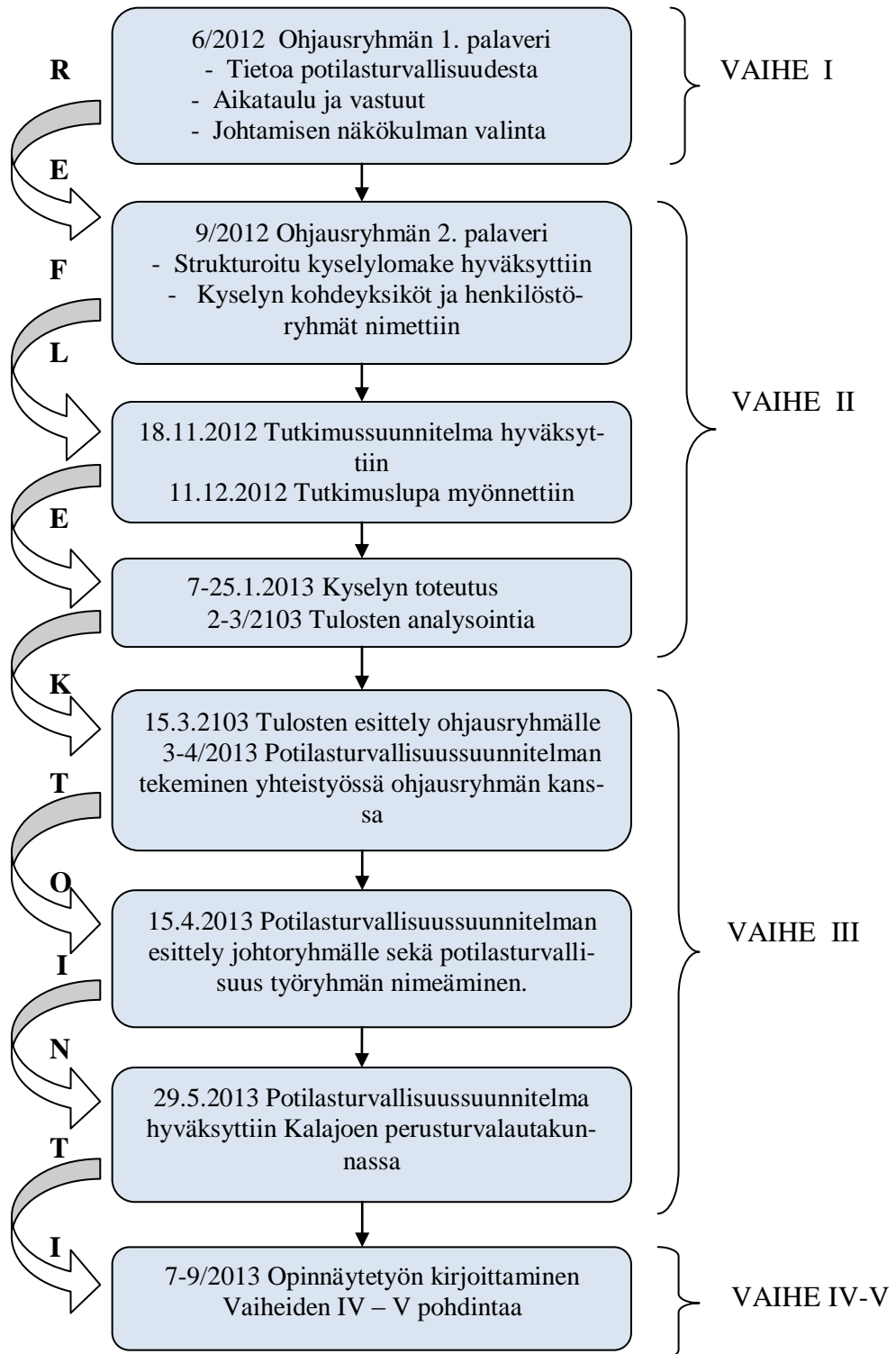
Konstruktivisen tutkimusprosessin toisessa vaiheessa hankitaan esiymmärrystä tutkimuskohteesta. Syyskuussa 2012 ohjausryhmässä hyväksyttiin strukturoitu kyselylomake, jonka avulla hankittiin empiiristä esiymmärrystä tutkimuskohteesta henkilöstölle kohdennetulla kyselyllä. Kysely toteutettiin tammikuussa 2013 ja sillä kartoitettiin henkilöstön käsityksiä

potilasturvallisuuden nykytilasta. Lisäksi perehdyin laajasti ja syvällisesti potilasturvallisuuden liittyvään teoriaan, tutkittuun tietoon sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaan lainsäädäntöön ja asetuksiin sekä kohdeorganisaation toimintaan.

Tutkimusprosessin kolmas vaihe on innovaatiovaihe. Tässä vaiheessa ratkaisumalli konstruoidaan. Toimin aktiivisena hankkimani tiedon välittäjänä ohjausryhmälle. Esittelin tutkimuksen tulokset ohjausryhmälle maaliskuussa 2013. Ohjausryhmän kanssa saatua tietoa käsiteltiin ja dialogia käyden muokattiin perustaksi potilasturvallisuussuunnitelmaan, jonka laatimisessa päävastuu oli minulla. Potilasturvallisuussuunnitelma esiteltiin huhtikuussa 2013 sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmälle. Opinnäytetyössä potilasturvallisuussuunnitelma (LIITE 4) laadittiin teorian ja käytännöstä hankitun tiedon avulla. Potilasturvallisuussuunnitelman laadinnassa noudatettiin terveydenhuoltolain (1326/2010) velvoitetta sekä Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen ohjeistusta.

Tutkimusprosessin neljännessä vaiheessa konstruktion oikeellisuus osoitetaan eli potilasturvallisuussuunnitelman toimivuus käytännössä testataan. Potilasturvallisuussuunnitelma laadittiin yhteistoiminta-alueelle Kalajoki, Merijärvi, Himanka. Toimintaympäristön laajuuden vuoksi kuluu useampi vuosi testata potilasturvallisuussuunnitelman toimivuus käytännössä. Ohjausryhmä nimettiin kohdeorganisaation potilas- ja asiakasturvallisuus työryhmäksi, jonka tehtäväksi määriteltiin mm. potilasturvallisuussuunnitelman päivittäminen ja ylläpitäminen. Potilasturvallisuussuunnitelma hyväksyttiin toukokuussa 2013 Kalajoen kaupungin perusturvalautakunnassa minkä jälkeen se julkaistiin Kalajoen kaupungin intrassa, sekä käsiteltiin kaupungin henkilöstön infotilaisuudessa. Potilasturvallisuussuunnitelma liitettiin osaksi yksiköiden perehdytysmateriaalia.

Tutkimusprosessin viidennessä vaiheessa näytetään käytetty teorian tieto sekä osoitetaan ratkaisun uutuusarvo. Uutuusarvon osoittaa laadittu potilasturvallisuussuunnitelma, joka on kohdeorganisaatiolle uusi konstruktio. Potilasturvallisuussuunnitelmassa käytetty teorian tieto todennetaan opinnäytetyössä. Tutkimusprosessin kuudennessa vaiheessa tarkastellaan ratkaisun soveltamisalueen laajuutta. Opinnäytetyön sovellettavuutta tarkasteltiin teoreettisesti, koska tutkimusprosessin neljännen vaiheen testaaminen ja siitä saatu käytännön palaute puuttuivat. Opinnäytetyöprosessin eteneminen edellä esiteltyjen vaiheiden mukaan on kuvattu seuraavassa kuviossa. (KUVIO 5).

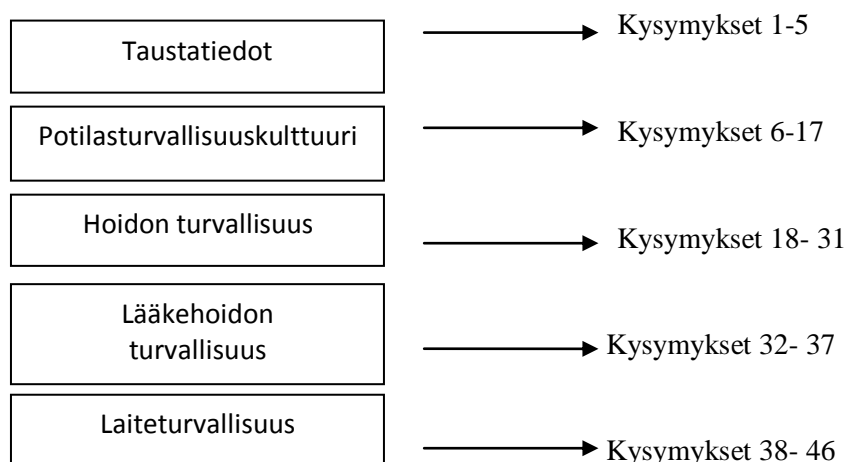


KUVIO 5. Opinnäytetyöprosessin eteneminen konstruktivisen tutkimuksen eri osaluokkien mukaisesti (Kasanen, Lukka & Siitonen 1991, 300).

4.3 Aineiston keruu ja analyysi

Potilasturvallisuuden nykytilan kartoitus eli vastauksen hakeminen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. (LIITE 2) Kyseessä oli kvantitatiivinen tutkimus. Potilasturvallisuuteen liittyviä kyselyjä on tehty aiemminkin ja saatavilla oli useita eri aiheeseen liittyviä kyselylomakkeita. Tässä opinnäytetyössä kyselylomake muokattiin hyödyntäen VTT:n erikoistutkija, Elina Pietikäisen ja osastonhoitaja Jukka Kivistön aiheeseen liittyviä kyselylomakkeita. Heiltä oli lupa kyselylomakkeen käyttöön. Kyselylomake muodostettiin siten, että sillä saatiin vastaus tutkimusongelmaan. Kyselylomakkeen kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu, jolloin kaikilta vastaajilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. (Vilka 2009, 86, 93.)

Kyselylomake perustuu aiheeseen liittyvään teoretiseen potilasturvallisuudesta. Kyselylomake jaettiin viiteen osioon (KUVIO 6). Kyselylomakkeelle laadittiin turvallisuuskulttuuriin, hoidonturvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja laiteturvallisuuteen liittyviä kysymyksiä 41 ja taustatietoihin liittyviä kysymyksiä viisi. Kysymysten yhteismääräksi tuli 46. Vastaajien taustatekijöiksi ohjausryhmä valitsi viisi kysymystä. Kysymykseen henkilöstöryhmät katsottiin ammattikorkeakoulututkinnon tai vastaavan johtavan esim. sairaanhoitajan, fysioterapeutin tai suuhygienistin tutkintoon sekä kouluasteen tutkinnon tai vastaavan johtavan esim. lähihoitajan, kehitysvammahoitajan tai kodinhoitajan tutkintoon. Vastausvaihtoehtoja oli kuusi, joista pyydettiin valitsemaan vain yksi vaihtoehto. Jos kysyttävä asia ei soveltunut yksikön toimintaan, sille oli oma vastausvaihtoehtonsa.



KUVIO 6. Kyselylomakkeen rakenne

Strukturoidun kyselyn etuja ovat selkeiden vastausten saaminen, vastaaminen on nopeaa ja tulosten tilastollinen käsittely on helppoa. Strukturoitujen kysymysten huono puoli on, että vastaukset voidaan antaa harkitsematta, ”en osaa sanoa” vaihtoehto houkuttelee sekä luokittelun epäonnistumista on vaikea korjata. (Heikkilä 2004, 50-51; Ojasalo ym. 2009, 108.) Strukturoitu kysely sopii kehittämistyössä lähtötilanteen selvittämiseen (Ojasalo ym. 2009, 41).

Ohjausryhmä hyväksyi kyselylomakkeen lopullisen muodon. Kyselylomake esitettiin neljällä työntekijällä tehostetun palveluasumisen yksikkö Mainingissa. Lomakkeen kriittinen tarkastelu ja esitelmä voivat nostaa esiin virheitä, jotka ovat korjattavissa ennen varsinaista kyselyn toteuttamista (Mäkinen 2006, 93; Vilka 2007, 78). Esitelmästä saadun palautteen perusteella kyselylomakkeeseen ei ollut tarvetta tehdä muutoksia.

Kyselylomakkeelle laadittiin saatekirje (LIITE 1), jossa tutkimukseen osallistuville tiedotettiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen tekijä ja hänen lähtökohtansa tutkimuksen tekemiselle, tavoitteet sekä aineiston käyttö (Kuula 2011, 30, 88, 172). Lisäksi selvitettiin tutkimusmenetelmä ja tulosten analysointi, sekä miten tutkittavien anonymiteetti turvataan koko tutkimuksen ajan (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 59). Saatekirjeessä annettiin myös ohjeistus kyselyn vastaamisesta (Ojasalo ym. 2009, 118).

Kysely toteutettiin LimeSurvey-tilasto-ohjelman avulla, koska ohjelma oli tutkimusorganisaatiossa käytössä. Tilasto-ohjelman käyttöä tuki myös työyksiköiden hajautettu sijainti. LimeSurvey-tilasto-ohjelma soveltuu hyvin kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston analyysimenetelmäksi. Aineisto saadaan valmiiksi sähköisessä muodossa tilastolliseen ohjelmaan. Ohjelman käyttäminen opinnäytetyössä mahdollisti työnantajan it-tukipäällikön antama ohjaus ja neuvonta.

Opinnäytetyön kohderyhmä eli perusjoukko muodostui koko sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöistä (N=541) joista kysely kohdennettiin työntekijöille ja esimiehille, jotka olivat olleet yli puoli vuotta sijaisina tai vakituisina työntekijöinä. Työntekijöillä tarkoitetaan hoitotyöntekijöitä ja lääkäreitä. Kohderyhmän eli näytteen (n= 153) valitsi ohjausryhmä. Tutkimusyksiköiden valintaan vaikutti sekä niiden sijainti, että tutkimuksesta saatavan palautteen kattavuus, yksiköiden ollessa sekä sosiaalitoimesta, että terveystoimesta. Sosi-

aali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen vuodeosastot, suunterveydenhuolto sekä kuntoutus toimivat vain Kalajoella ja Himangalla.

Alueen mielenterveys- ja päihdeyksikön sekä kehitysvammahuollon avohuollon ohjauksen palvelut järjestetään Kalajoella. Vastaanoton, kuntoutuksen ja neuvolan henkilökunta määrät olivat pieniä, ja koostuivat sekä vakituisista että pitkäaikaisista sijaisista. Tutkimukseen otettiin mukaan yli puolivuotta sijaisena olleet henkilöt, jotta pienten yksiköiden tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden määrää voitiin nostaa ja näin turvata vastaajien anonymiteetti. Kohderyhmän valinnan myötä kyseessä on harkinnanvarainen näyte.

Tutkimukseen osallistuville (n=153) lähetettiin sähköpostitse kyselyn saatekirje, jossa oli linkki kyselylomakkeelle. Vastausaikaa annettiin 14 päivää. Kaikkia tutkimukseen osallistuvia ei tavoitettu sähköpostitse. Heille kyselylomake lähetettiin paperiversiona vastauskuoren ohessa. Paperiversioita lähetettiin 25 henkilölle. Tilasto-ohjelmassa oli käytössä ominaisuus, joka mahdollisti tutkimukseen osallistuvien vastausaktiivisuuden seurannan. Seurantaa käytettiin riittävän vastausprosentin saamiseksi. Yksiköiden esimiehet aktivoivat henkilöstöään osallistumaan kyselyyn.

Vastausprosentti vaikuttaa suoraan tutkimustulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen (Kuula 2011, 173-174). Kyselylomakkeella toteutetun tutkimusaineiston keräyksen haitta voi olla vastausprosentin alhaisuus eli tutkimusaineiston kato. Kattavan otoksen saamiseksi, tutkija voi joutua lähettämään muistutuksia vastaamisesta, jotka tuovat viivettä tutkimuksen etenemiselle. (Vilka 2007, 68, 106.) Vastausprosentin ollessa 45 % 14 päivän jälkeen tutkimuksen aloittamisesta, päätettiin tutkimusta jatkaa vielä 7 päivällä. LimeSurvey ohjelman kautta lähetettiin muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta.

Kyselyyn vastasi 81 henkilöä, joista paperilomakkeella 23 henkilöä. Tilasto-ohjelman kautta vastanneista kolme jouduttiin hylkäämään kyselyn jäätyä kesken. Myös yksi lomakkeelle täytetty kysely hylättiin sen ollessa puutteellisesti täytetty. Hyväksytyjä vastauksia oli 77, tällöin kyselyn vastausprosentiksi tuli 50 %. Kyselyyn ei saatu vastauksia yhdestä työyksiköstä lainkaan. Työyksikkö on henkilöstö määrältään pieni ja mielestäni tällä ei ollut vaikutusta tutkimuksen tuloksiin tai luotettavuuteen. Muista työyksiköistä vastauksia saatiin tasaisen kattavasti. Tutkimusaineiston katoon mahdollisesti vaikutti työntekijöiden

sitoutumattomuus potilasturvallisuuteen, joka nousi esille tuloksissa. Mielestäni tutkimusaineisto oli riittävän kattava osoittamaan tuloksista keskeiset potilasturvallisuuteen liittyvät asiat.

Kyselyyn paperilomakkeilla vastanneiden vastaukset syötettiin LimeSurvey-tilasto-ohjelmaan, minkä jälkeen saatiin käsiteltäväksi koko vastausaineisto. Tutkimusaineisto siirrettiin LimeSurvey-tilasto-ohjelmasta SPSS-ohjelmaan valmiiksi havaintomatriisiksi. Aineisto analysoitiin kvantitatiivisia analyysimenetelmiä käyttäen. Tutkimusaineisto kuvattiin frekvenssinä, prosenttijakaumina sekä ristiintaulukointina. Prosenttijakauma kertoo kuinka monta prosenttia vastaajista saa tietyn arvon. Frekvenssi tarkoittaa esiintymiskertojen lukumäärää (Heikkilä 2004, 123). Ristiintaulukoinnilla haettiin vastauksia taustatietojen yhteydestä tutkimuskysymyksiin. Työyksikön ja sen sijainnin tuottamia tuloksia ei opinnäytetyössä kuitenkaan julkaistu vastaajien anonymiteetin turvaamiseksi.

4.4 Tutkimuksen tulokset

Seuraavassa tulososassa on esitetty potilasturvallisuussuunnitelmassa huomioidut asiat. Taustamuuttujissa on kuvattu koulutuksen yhteyttä vastaajien mielipiteisiin, joka nousi esille taustamuuttujien ristiintaulukoinnissa. Opinnäytetyön liitteenä (LIITE 3) esitetään muiden väittämien tulokset yhtenäisenä taulukkona, jossa vastaukset esitetään frekvensseinä ja prosenttijakaumina.

4.4.1 Vastaajien taustatiedot

Lähes puolet (44 %) vastaajista kuului ikäryhmään 46-55 vuotta, ja viidennes vastaajista (14 %) oli alle 35 vuotiaita. Työkokemuksen suhteen vastaajista yli puolella (56 %) oli alan työkokemusta yli 20 vuotta. Lähes puolet (44 %) vastaajista kuului henkilöstöryhmältään ammattikorkeakoulun suorittaneisiin, lääkäreitä oli vajaa viidennes (13 %), ja esimiehiä vastanneista oli 7:n %. Reilun viidenneksen (23 %) työyksikkö oli vuodeosasto ja (22 %) kotihoito. Vastanneista viidennes (20 %) työskenteli vastaanotolla, vajaa viidennes (14 %) suunterveydenhuollossa ja 10:n % kuntoutuksessa. Vastanneista 8:lla % työyksikkö oli

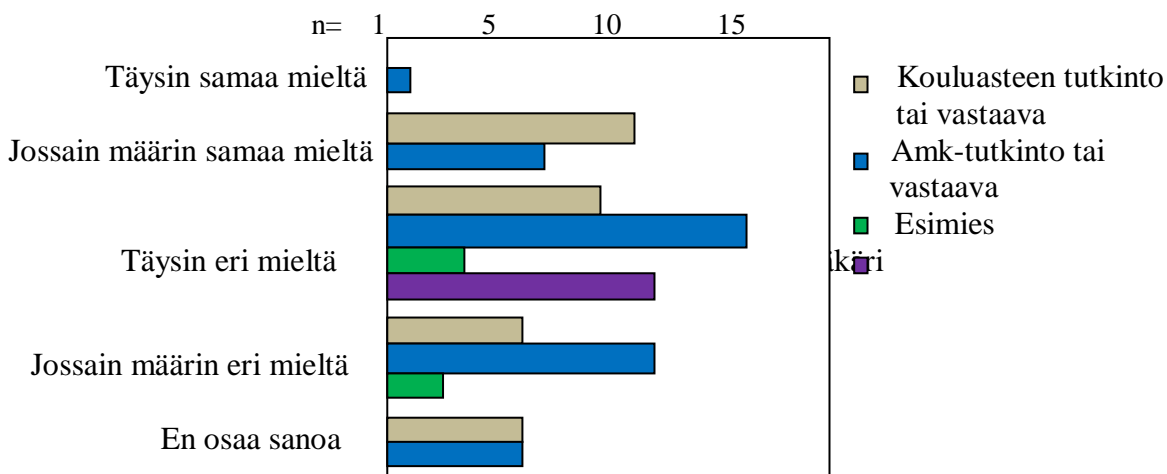
neuvola ja 3:lla % kehitysvammahuolto. Vastanneiden taustatiedot on kuvattu taulukossa 1 (TAULUKKO 1).

Taulukko 1. Vastanneiden taustatiedot

Muuttuja	f	%
n = 77		
Ikäjakauma vuosina		
<35	11	14
36-45	15	20
46-55	34	44
>56	17	22
Työkokemus sosiaali- ja terveysalalta vuosina		
<3	4	5
3-10	9	11
11-20	21	28
>20	43	56
Henkilöstöryhmä		
Kouluasteen tutkinto	27	35
Amk-tutkinto	34	44
Ylempi ammattikorkeakoulu	1	1
Esimies	5	7
Lääkäri	10	13
Työyksikkö		
Vastaanotto	15	20
Neuvola	6	8
Suunterveydenhuolto	11	14
Vuodeosasto	18	23
Kuntoutus	8	10
Kotihoito	17	22
Kehitysvammahuolto	2	3
Mielenterveys- ja päihdeyksikkö	0	0

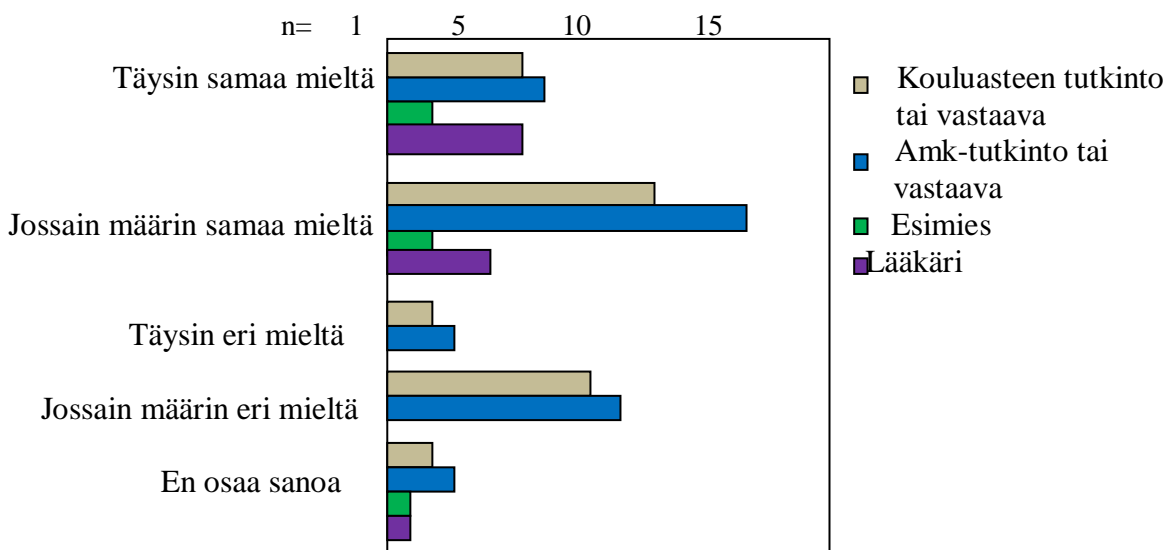
4.4.2 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alue

Yli puolet (66 %) kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että työyksikössä työntekijät ovat riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen, kun taas viidenneksen (21 %) mielestä kaikilla työntekijöillä ei ole riittävää sitoutuneisuutta. Loput (13 %) eivät osanneet sanoa mielipidettään. Koulutuksen yhteys vastauksiin on kuvattu kuviossa 7 (KUVIO 7).



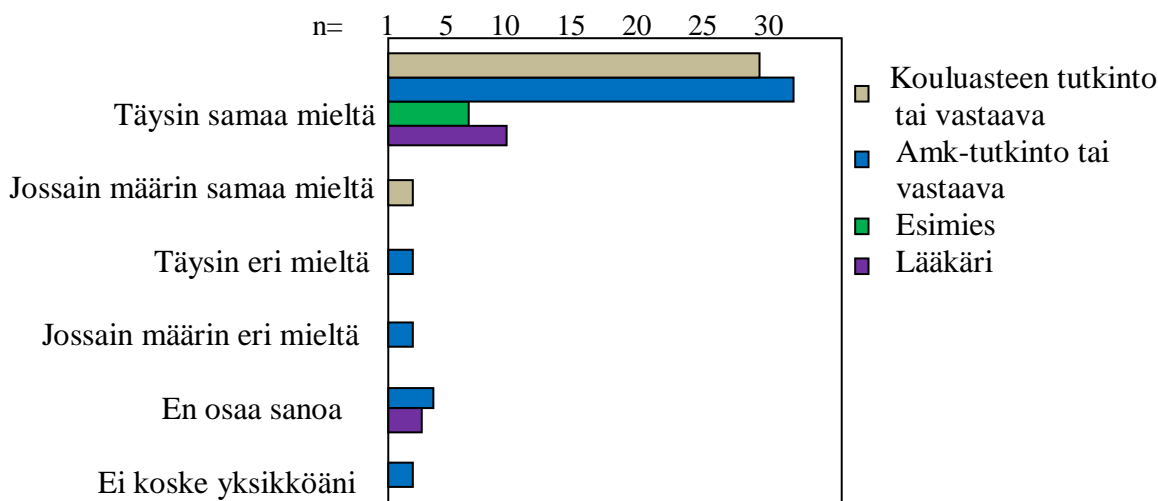
KUVIO 7. Koulutuksen yhteys potilasturvallisuuteen sitoutumiseen (n=77)

Kaikista vastaajista yli puolen (61 %) mielestä työyksikön johtamistapa luo hyvät edellytykset laadukkaalle hoitotyölle, reilu neljännes (29 %) oli eri mieltä väitteestä ja kymmenesosa ei osannut sanoa mielipidettään. Koulutuksen yhteys vastauksiin on kuvattu kuviossa 8 (KUVIO 8).



KUVIO 8. Johtamistavan edellytykset laadukkaalle hoitotyölle (n=77)

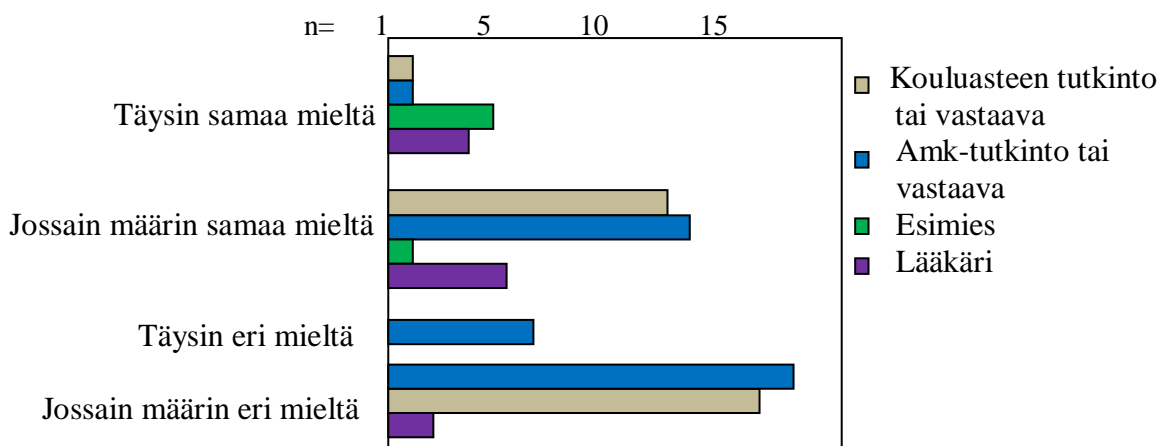
Kaikista vastaajista suurin osa (90 %) vastasi työyksikössä olevan käytössä HaiPro –järjestelmä, kysymykseen mielipidettään ei osannut sanoa seitsemän prosenttia vastaajista. Eri mieltä väitteestä oli kaksi prosenttia ja ”ei koske työyksikköäni” vastasi prosentti. Kuviossa 9 (KUVIO 9) on kuvattu koulutuksen yhteys vastauksiin.



KUVIO 9. HaiPro -järjestelmä on käytössä työyksikössä (n=77)

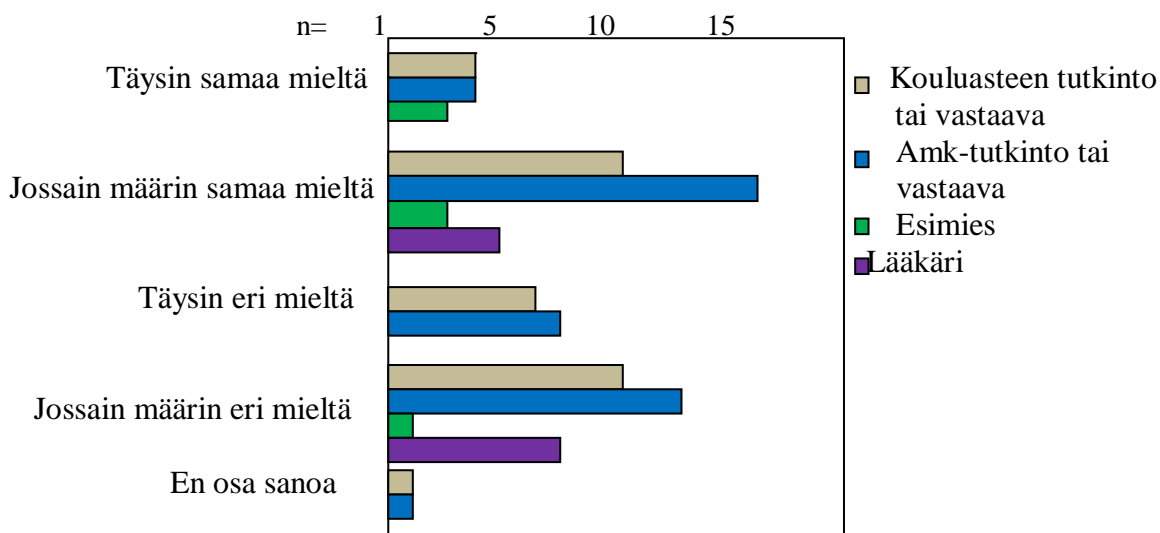
4.4.3 Hoidon turvallisuus

Suunnitelmallisen perehdytyksen ja ohjauksen toteutuminen jakoi mielipiteet lähes tasan, sillä 51 % mielestä perehdytys ja ohjaus eivät toteutuneet ja vastaajista 49:n % mielestä ne toteutuivat. Koulutuksen yhteys annettuihin vastauksiin on kuvattu kuviossa 10 (KUVIO 10).



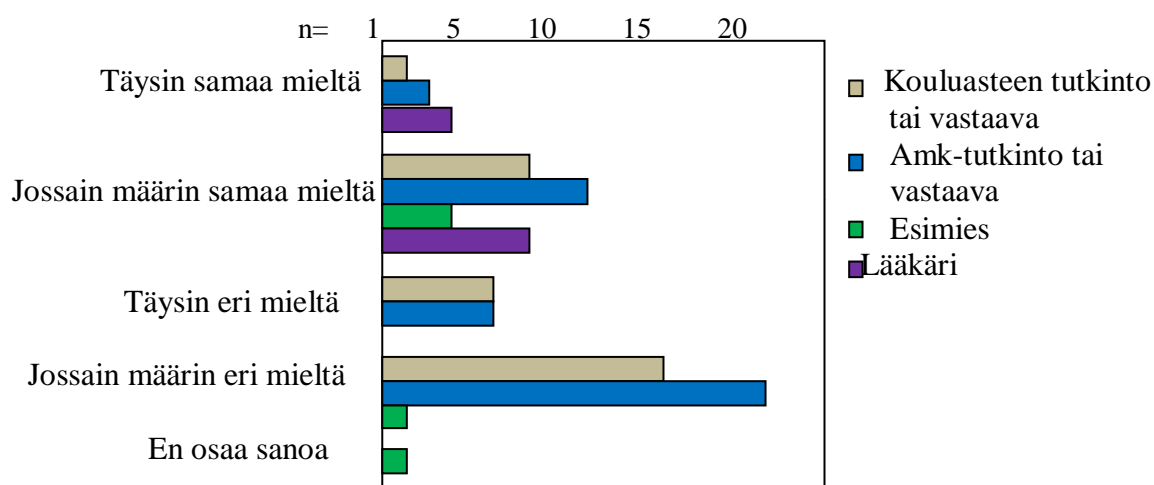
KUVIO 10. Suunnitelmallisen perehdytyksen ja ohjauksen toteutuminen (n=77)

Myös henkilökunnan ammattitaito potilasturvallisuuden takaamiseksi jakoivat mielipiteet lähes tasan. Vastaajista lähes puolen (49 %) mielestä henkilökunnalla ei ole tarvittavaa ammattitaitoa ja 48:n % mielestä tarvittava ammattitaito on. Kuviossa 11 (KUVIO 11) on kuvattu koulutuksen yhteys vastauksiin.



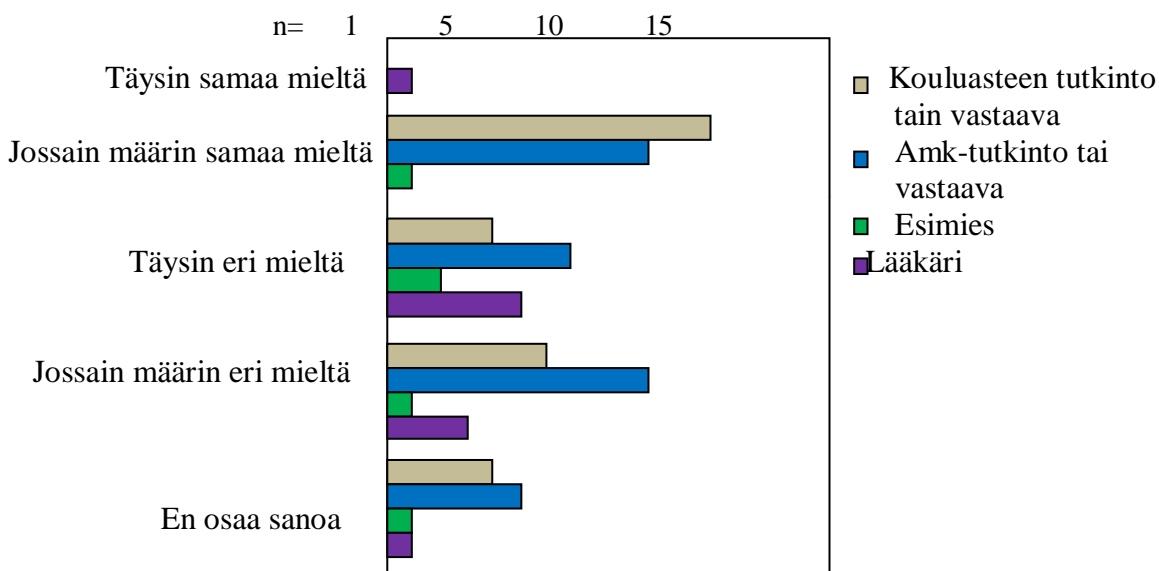
KUVIO 11. Henkilökunnan ammattitaito potilasturvallisuuden takaamiseksi (n=77)

Kaikista vastaajista yli puolen (56 %) mielestä tiedonkulku ja informaatio eivät toimineet työyksikössä ja 43:n % mielestä toimivat. Koulutuksen yhteys vastauksiin on kuvattu kuviossa 12 (KUVIO 12).



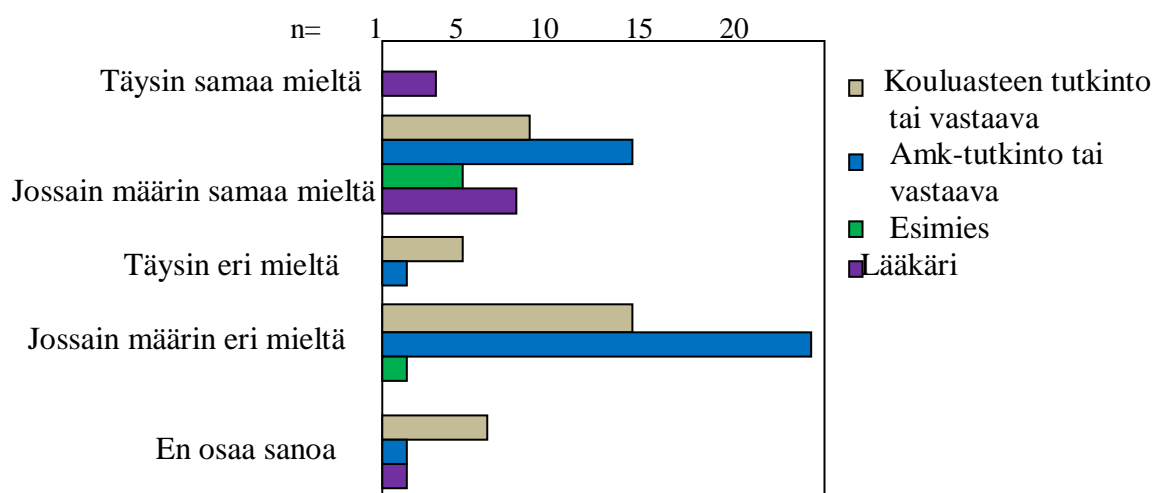
KUVIO 12. Tiedonkulun ja informaation toimivuus työyksikössä (n=77)

Yli puolet (52 %) kaikista vastaajista ei ollut huolestunut potilasturvallisuudesta hoitotyön osalta, kun taas neljännes (26 %) vastasi olevansa huolissaan potilasturvallisuudesta. Viidennes (22 %) ei osannut sanoa mielipidettään. Kuviossa 13 (KUVIO 13) on kuvattu koulutuksen yhteys vastauksiin.



KUVIO 13. Huolestuminen potilasturvallisuudesta hoitotyön osalta (n=77)

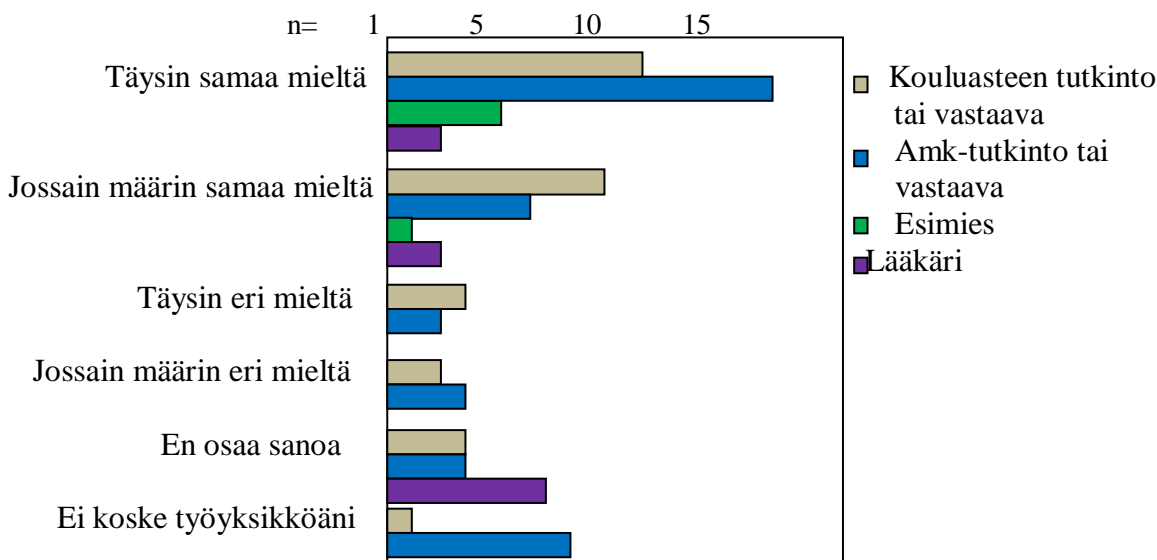
Vastaajista lähes puolen (48 %) mielestä eri toimijoiden välinen informaation ei toiminut. 43:n % mielestä informaatio oli toimivaa. Koulutuksen yhteys vastauksiin on kuvattu kuviossa 14 (KUVIO 14).



KUVIO 14. Eri toimijoiden välisen informaation kulku (n=77)

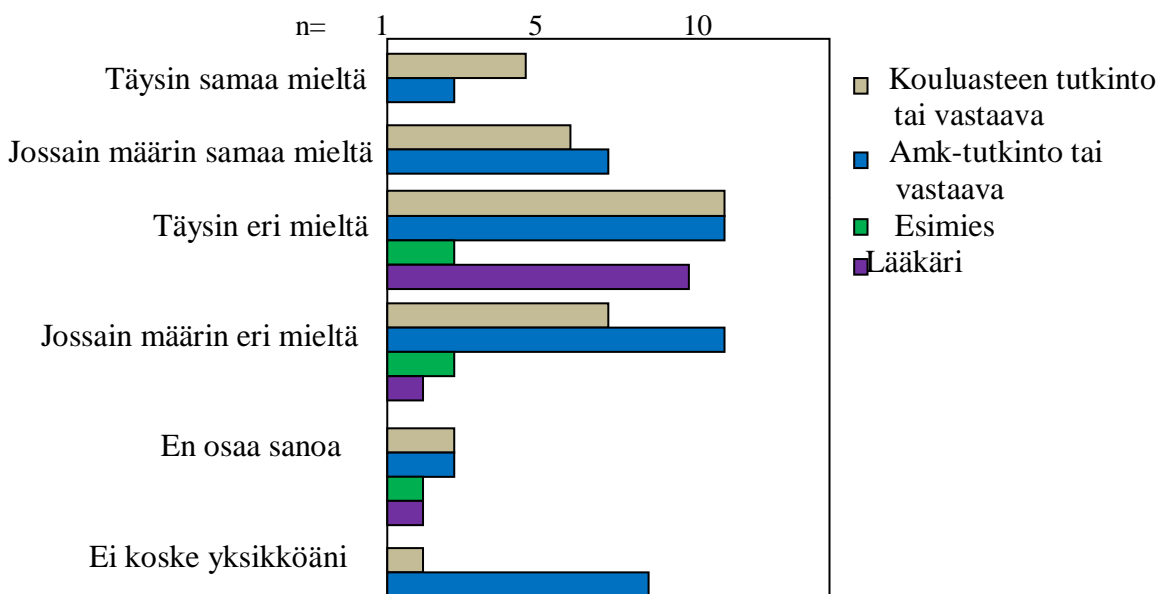
4.4.4 Lääkehoidon turvallisuus

Tietoisuus työyksikön lääkehoitosuunnitelmasta hajautti mielipiteet. Yli puolet (61 %) kaikista vastaajista tiesi lääkehoitosuunnitelman olevan työyksikössä käytössä, kun taas eri mieltä väitteestä oli kolmetoista prosenttia vastaajista. ”Ei koske työyksikköäni” vastasi kymmenesosa vastaajista. Kuviossa 15 on kuvattu koulutuksen yhteys vastauksiin.



KUVIO 15. Työyksikössä on lääkehoidon suunnitelma (n=77)

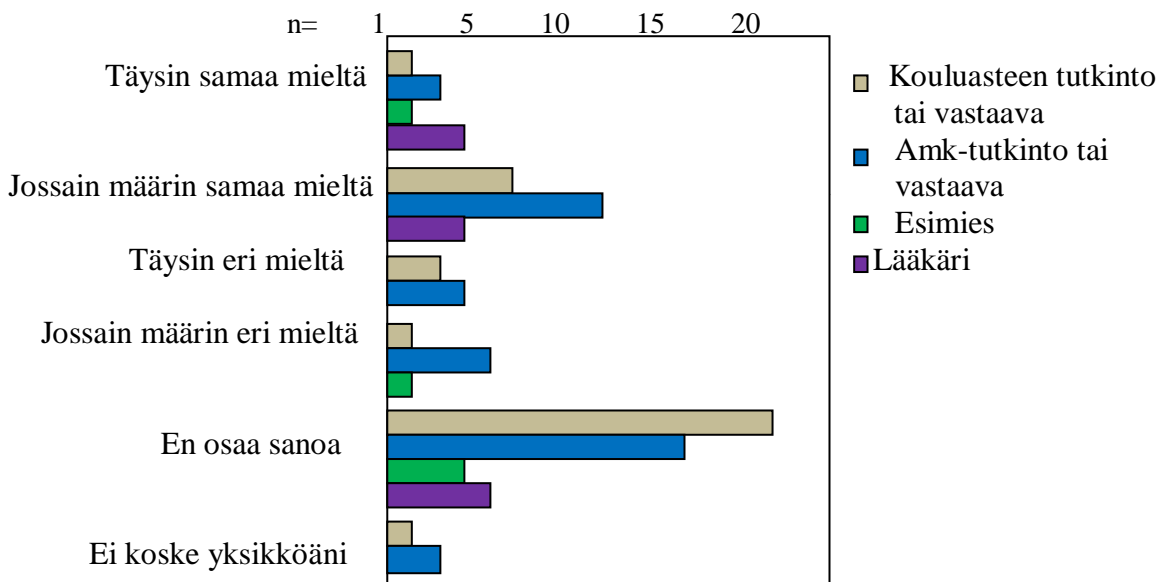
Yli puolet (60 %) kaikista vastaajista ei ollut huolestunut työyksikössä tapahtuvista potilas-turvallisuutta vaarantavista lääkityspoikkeamista ja reilu viidennes (22 %) ilmaisi huolestumisensa. Koulutuksen yhteys vastauksiin on kuvattu kuviossa 16 (KUVIO 16).



KUVIO 16. Huolestuminen potilasturvallisuutta vaarantavista lääkityspoikkeamista (n=77)

4.4.5 Laiteturvallisuus

Kaikista vastaajista lähes puolet (49 %) ei osannut sanoa, onko työyksikössä ajantasainen laiterekisteri. Kolmannes (33 %) vastasi laiterekisterin olevan ajantasainen. Kuviossa 17 on (KUVIO 17) kuvattu koulutuksen yhteys vastauksiin.



KUVIO 17. Ajantasainen laiterekisteri (n=77)

4.5 Potilasturvallisuussuunnitelman laatiminen

Tutkimustulosten analysoinnin jälkeen alkoi varsinainen kehittämistyö, potilasturvallisuussuunnitelman laatiminen. Olin tutustunut muun muassa Kouvolan kaupungin, Kallion kuntayhtymän, Kokkolan ja Kruunupyyn sosiaali- ja terveystoimen sekä Wiitaunionin yhteistoiminta-alueen laatimiin potilasturvallisuussuunnitelmiin. Esittelin suunnitelmien rakenteet ohjausryhmälle maaliskuussa 2013 pidetyssä palaverissa. Kokkolan ja Kruunupyyn sosiaali- ja terveystoimen potilasturvallisuussuunnitelman rakenne tuki ajatustamme oman suunnitelmamme sisällöstä, sekä noudatti Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen antamaa ohjeistusta (2011a) suunnitelman laatimisesta. Yhteistyössä ohjausryhmän kanssa päädyimme hyödyntämään heidän suunnitelman rakennetta omassa potilasturvallisuussuunnitelmassamme.

Potilasturvallisuussuunnitelma laadittiin yhteistyössä ohjausryhmän kanssa 2013 maaliskuuhun aikana. Olimme sopineet, että opinnäytetyöntekijänä valmistelin suunnitelmaa ohjeiden mukaisesti ja lähetän sen ohjausryhmän jäsenille sähköpostitse kommentoitavaksi, jonka jälkeen teen heidän ehdotustensa mukaiset korjaukset. Suunnitelmassa hyödynnettiin hankkimaani teoriatietoa muun muassa potilasturvallisuudesta ja suunnitelmaa koskevista vaatimuksista. Kohdeorganisaatiota koskevaa tietoa sain muun muassa perusturvajohtajalta. Ohjausryhmän kanssa yhteistyössä sovimme, mitkä tutkimustuloksista esille nousseet epäkohdat huomioitiin potilasturvallisuussuunnitelmassa.

Huhtikuun alussa lähetin perusturvan johtoryhmän jäsenille version potilasturvallisuussuunnitelmasta tutustumista varten. Olimme sopineet perusturvajohtajan kanssa, että 15.4.2013 pidetyssä johtoryhmän kokouksessa esittelen potilasturvallisuussuunnitelman, jota täydennetään ja korjataan yhteistyössä. Kokouksessa nimettiin potilasturvallisuustyöryhmän jäsenet, määriteltiin heidän vastuunsa ja tehtävänsä, sekä laadittiin tutkimustuloksista esiin nousseille epäkohdille korjaavat ja kehitettävät toimenpiteet. Nämä on kirjattu potilasturvallisuussuunnitelmaan (LIITE 4) potilas- ja asiakasturvallisuutta edistäviksi menettelytavoiksi. Sopimuksen mukaan kokouksen jälkeen kirjoitin potilasturvallisuussuunnitelman puhtaaksi, jonka jälkeen lähetin sen perusturvajohtajalle. Hän esitteli suunnitelman perusturvalautakunnan kokouksessa 29.5.2013, jossa se hyväksyttiin.

5. POHDINTA

Tässä kappaleessa tarkastellaan opinnäytetyön kehittämisprosessia, jonka jälkeen käydään läpi luotettavuuden ja eettisyyden toteutuminen opinnäytetyössä. Opinnäytetyöntekijän oma ammatillista kasvua tarkastellaan suhteessa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kompetensseihin sekä opinnäytetyön tavoitteisiin.

5.1 Kehittämisprosessin pohdinta

Tämä opinnäytetyö oli työelämälähtöinen kehittämisprosessi, jonka tarkoituksena oli luoda potilasturvallisuussuunnitelma Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueelle. Potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena oli yhtenäistää ja edistää Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen turvallisuuskulttuuria sekä parantaa potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyö toteutettiin konstruktivisena tutkimuksena, jonka luonteeseen kuuluu tiivis yhteistyö kohdeorganisaation kanssa (Ojasalo ym. 2009, 65). Yhteistyö ohjausryhmän kanssa toteutui aika ajoin hyvin. Ensimmäisessä ohjausryhmän palaverissa jäsenet olivat kiinnostuneita aiheesta ja sitoutuneita annettuun tehtävään, potilasturvallisuussuunnitelman laatimiseen. Mielestäni osan jäsenten sitoutuneisuus ja kiinnostus tehtävää kohtaan laskivat työn etenemisen myötä. Tähän on todennäköisesti osasyynä se, että hajautetussa organisaatiossa muun muassa ohjausryhmän kokoon saaminen palavereiden ajaksi osoittautui haasteelliseksi. Ohjausryhmän jäsenillä oli työkiireitä, lomiamia tai muita palavereita samanaikaisesti. Tästä johtuen ohjausryhmän kokoonpano sekä osallistumisaktiivisuus vaihtelivat hyvin suuresti. Jälkeenpäin mietittynä ensimmäisessä ohjausryhmän palaverissa olisi pitänyt selkeästi jakaa jäsenille vastuut ja tehtävät. Mielestäni tämä olisi sitouttanut jäsenet annettuun tehtävään ja palavereiden osallistumisaktiivisuus olisi sen ohessa noussut.

Haasteeksi osoittautui tutkimuksen suorittamisen yhteydessä kyselylomakkeen saaminen henkilöstölle sähköpostin kautta. Organisaatiossa oli tulossa sähköpostiohjelman vaihdos. Osalla vastaajista olivat tunnukset vanhentuneet tai unohtuneet. Ohjelmavaihdoksen myö-

tä, uusia tunnuksia vaihtuvaan sähköpostiin ei hankittu vaan heille lähetettiin kyselylomake paperiversiona. Näin toimimalla voitiin taata, että kaikki tutkimukseen valitut henkilöt saivat mahdollisuuden vastata kyselyyn. Tämä sekä vastausten syöttäminen LimeSurvey-tilasto-ohjelmaan teettivät suunnittelematonta työtä, jonka olisi voinut välttää siirtämällä kysely toteutettavaksi kuukautta myöhemmin.

Henkilöstölle suunnatulla kyselyllä tutkimuksen alkuvaiheessa vastaajat joutuivat miettimään organisaation potilasturvallisuuden nykytilaa. Potilasturvallisuus on läsnä työssä kaiken aikaa. Mielestäni kyselyn myötä vastaajien näkemys potilasturvallisuudesta, sekä käsitteestä että tietoisuus oman työn vaikutuksesta turvallisuuteen laajenivat. Tämän on asetettu tavoitteeksi myös Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelmaan 2011-2015.

Potilasturvallisuuden kehittyminen sekä laatujohtaminen edellyttävät johdon näkyvää sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen ja laadun kehittämiseen ja johtamiseen. Se tulee alkaa organisaation johdosta ja ulottua organisaation kaikkiin toimijoihin (Helovuom. 2011, 23,57; Hokkanen & Strömberg 2006, 157). Turvallisuuden kehittäminen täytyy ymmärtää järjestelmälliseksi toiminnaksi, ja koko henkilöstön tulee sitoutua siihen (Lindh & Leinonen 2012, 10).

Turvallisuuskulttuuri rakentuu pitkälti esimiestyölle. Esimies kantaa vastuun työyksikön potilasturvallisuudesta ja turvallisuuskulttuurin kehittymisestä. Hänen tulee huomioida turvallisuus yksikön kaikessa toiminnassa ja toiminnan suunnittelussa, sekä vastata laadukkaan työn edellytysten olemassaolosta. Hänen tulee aktiivisesti informoida henkilöstöä turvallisuuden liittyvistä asioista. Hän viestii henkilöstölle omalla esimerkillään turvallisuuskulttuurin tärkeydestä ja vastuun kantamisesta työyksikössään.

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistuksen mukaan organisaatioon nimettiin potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmä potilasturvallisuussuunnitelman esittelyn yhteydessä. Työryhmän jäseniksi nimettiin ohjausryhmän jäsenet. Heidän tehtävikseen määriteltiin potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittäminen ja ohjaaminen sekä seuranta ja arviointi. Työryhmä huolehtii myös yleisen tiedottamisen ohessa, turvallisuuden liittyvien asioiden tiedottamisesta sekä koulutusten järjestämisestä. Työryhmä päivittää potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman vuosittain ja kokoontuu tarvittaessa.

Mielestäni tehtävät on mahdollista toteuttaa, jos turvallisuuden kehittäminen nostetaan näkyvästi osaksi organisaation strategiaa ja tavoitteet asetetaan organisaation yhteisiksi tavoitteiksi. Sitoutumista turvallisuuden kehittämiseksi organisaation kaikilla tasoilla voidaan nostaa mm. koulutusten avulla. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on 2012 asettanut tavoitteeksi kaikilla organisaatiotasoilla kaikkien ammattiryhmien osallistuminen potilasturvallisuuskoulutukseen vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteeseen pääsemiseksi sairaanhoitopiiri on tehnyt hankeyhteistyösopimuksen THL:n kanssa verkkokoulutusohjelman toteuttamiseksi Potilasturvallisuutta taidolla –ohjelman puitteissa. Tavoitteeksi on asetettu myös, että potilasturvallisuuteen liittyvä kouluttautuminen olisi jatkuvaa. Nämä tavoitteet tukevat myös tämän opinnäytetyön tavoitteiden toteutumista.

Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittymisen seurannan ja arvioinnin yhdeksi työkaluksi olisi mahdollisuus ottaa henkilöstölle suunnattu turvallisuuskulttuurikysely toteutettavaksi vuosittain. Useissa terveyden- ja sosiaalihuollon organisaatioissa vuosittain toteutettava kysely on osa laadun kehittämis-, seuranta- ja arviointiohjelmaa. Potilasturvallisuuden toteuttamisesta vastaavat esimiehet sekä organisaation johto. Potilasturvallisuuden kehittäminen on kuitenkin jokaisen työntekijän vastuulla. Työntekijällä on velvollisuus kehittää osaamistaan ja ylläpitää ammattitaitoaan, sekä omalta osaltaan kantaa vastuuta työyksikön turvallisuuskulttuurin kehittymisestä.

Johtoryhmässä asetettiin tavoitteeksi, että laadittu potilasturvallisuussuunnitelma jatkossa ohjaa Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen potilasturvallisuustyötä. Se antaa raamit potilasturvallisuuden kehittämiseksi, sekä laadukkaalle turvallisuusjohtamiselle. Laaditun potilasturvallisuussuunnitelman arviointi tapahtuu tulevana vuosina potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän toimesta. Potilasturvallisuussuunnitelman laatimisen ja työryhmän nimeämisen myötä opinnäytetyön tarkoitus toteutui, sekä kohdeorganisaatiossa täyttyi Terveydenhuoltolain 1326/2010 vaatimus, sekä Potilasturvallisuusstrategian 2009-2013 tavoite. Opinnäytetyön tuloksia ja -prosessia voidaan soveltavin osin käyttää vastaavannlaisilla yhteistoiminta-alueilla.

5.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä periaatteita, jotka tutkimuksen tekijän on otettava huomioon. Periaatteiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää että sen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsijärvi, Remes & Saajavaara 2008, 23). Opetusministeriön vuonna 1991 asettama eettinen neuvottelukunta (ETENE) ohjaa terveydenhuoltoon kohdistuvaa tutkimusta. Sen ohjeiden lähtökohtana on ajatus siitä, että tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden takaa parhaiten hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen (Vilkkä 2009, 30). Työelämälähtöisessä kehittämistyössä korostuvat niin tieteen tekemisen kuin yritysmaailmankin eettiset säännöt. Kehittämistyön tavoitteiden tulee olla korkean moraalin mukaisia, työ tulee tehdä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti, ja seurausten on oltava käytäntöä hyödyttäviä. Tieteellisen tutkimuksen normit koskevat myös työelämälähtöisiä kehittämistöitä tutkimusetiikassa (Ojasalo ym. 2009, 48). Tieto joka syntyy kehittämistoiminnan yhteydessä, on oltava todenmukaista ja hyödyllistä (Toikko & Rantanen 2009, 121). Tässä opinnäytetyössä on noudatettu hyviä tieteellisiä menettelytapoja. Työ on tehty rehellisesti ja huolellisesti, tarkkuutta noudattaen.

Eettisesti luotettava tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja, läpinäkyvyyttä niin tutkimuksen teossa kuin sosiaalisesti tiedeyhteisössä ja suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan. Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. On kunnioitettava tutkittavien ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta, sekä noudatettava sopimuksia ja lupauksia joita tutkittavien kanssa tehdään. Tutkittavien tulee tietää muun muassa tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet, aineiston käytön, aineiston käyttäjän, käyttöajan sekä aineiston säilytyksen. (Kuula 2011, 30, 34, 88, 172.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin alueita ovat tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa, että mitataan sitä mitä tulisi mitata. Tutkimuksen ollessa validi se on luotettava ja pätevä. Tutkimuksen validiteetti toteutettiin tarkoin suunnitellulla kysymystenasettelulla, oikeita asioita yksiselitteisesti mittaavalla ja koko tutkimusongelman kattavalla kyselylomakkeella. (Heikkilä 2004, 29; Mäkinen 2006, 87; Toikko & Rantanen 2009, 122.) Kyselylomake rakennettiin aiempia tutkimuslomakkeita hyödyntäen sekä tutkittuun tietoon perehtyen.

Kysymykset valittiin yhdessä ohjausryhmän kanssa ja ne muokattiin kohdeorganisaation tarpeita vastaaviksi. Kyselyyn vastaajat rajattiin tarkasti. Tutkimuksen luotettavuutta paransi kyselylomakkeen kysymysten muoto, jotka oli standardoitu eli vakioitu, jolloin kaikilta vastaajilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilka 2009, 86, 93). Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyn suorittaminen LimeSurvey-tilasto-ohjelman avulla mahdollisti tutkimukseen osallistuvien anonyymiteetin. Tutkimukseen vastattiin nimettömänä. Vastauksien jäljittäminen vastaajiin ei ole mahdollista.

Reliabiliteetti kuvaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia, vaan ovat toistettavissa. Tutkimuksen reliabiliteetti toteutettiin tiedottamalla kyselyn saatekirjeessä tarkasti vastaajille mm. tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet, tutkimustulosten käyttö, aineiston käyttäjä sekä tutkimusmenetelmä ja miten tutkittavan anonyymiyys turvataan. (Kuula 2011, 100, 105). Kyselylomake esitettiin ennen tutkimuksen toteuttamista.

Tutkimustulokset käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti henkilötietolain 22.4.1999/523 edellyttämää huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa noudattaen. Tutkijalta vaaditaan tunnollisuutta, rehellisyyttä ja perusteellista perehtymistä jo olemassa olevaan tietoon tutkimusaiheesta (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2009, 160). Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita vastaajista oli yksi. Hänen vastauksensa yhdistettiin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden vastauksiin anonyymiteetin turvaamiseksi. Työyksikköä ja työyksikön sijaintia ei yhteistuloksissa julkaistu vastaajien anonyymiteetin turvaamiseksi.

Opinnäytetyössä on edetty suunnitelman mukaan. Tutkimusprosessi on kuvattu perusteellisesti ja tulokset raportoitu rehellisesti niihin mitään lisäämättä tai niistä mitään pois jättämättä. Tutkijan tulee noudattaa koko tutkimusprosessin ajan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkijan tiedonhankintamenetelmät ja tutkimusmenetelmät tulee olla eettisesti kestäviä (Vilka 2009, 31). Opinnäytetyössä käytetyt tiedonhankintamenetelmät olivat eettisesti kestäviä. Tietoperusta oli mahdollisimman tuoretta ja sen hankkimisessa että käyttämisessä käytettiin kriittistä arviointia. Kirjallisuushaut on kuvattu ja ne on mahdollista toistaa. Kirjoitettuun tekstiin lähdeviitteet kirjattiin tarkasti, sekä lähdeluetteloon. VTT:n erikoistutkija Elina Pietikäisen pyynnöstä lähdeluetteloon ei kirjattu viitettä hänen kyselylomakkees-

taan, jota käytettiin tässä opinnäytetyössä. Raportin kirjoittamisessa noudatettiin huolellisuutta ja avoimuutta.

5.3 Oma ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellista sekä ajallisesti että työmäärältään. Siviili- ja työelämän sekä opiskelun yhteen sovittaminen ovat edellyttäneet organisointitaitoja sekä selkeää tavoitteiden asettelua ja päämäärätietoista etenemistä tavoitteiden saavuttamiseksi. Aikataulun ja tavoitteiden asettaminen opiskelun alkuvaiheessa ovat auttaneet työn eteenpäin viemisessä. Kohdeorganisaation osoittama luottamus potilasturvallisuussuunnitelman laatimiseksi velvoitti myös tavoitteellista työskentelytapaa. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut pitkäjänteistä ja suunnitelmallista työskentelyä, sekä osoittanut sen, että tehtävä ei aina etene omien suunnitelmien mukaisesti.

Opinnäytetyöprosessi on opettanut paljon, mutta se on antanut myös samalla mahdollisuuden kokeilla ja soveltaa ylemmän ammattikorkeakoulun opintojen myötä saatuja tietoja ja taitoja. Prosessin aikana on saanut kokea oman osaamisen rajallisuuden ja sitä kautta ovat nousseet esille eri osa-alueiden kehittämistarpeet. Muun muassa tutkimuksen suorittaminen ja sen mukana tuomat velvoitteet osoittivat kehitystarpeen selkeästi. Tutkimusta ja koko opinnäytetyötä koskeva luotettavuuden ja eettisyyden vaatimus ovat edellyttäneet herkeämätöntä tarkkuutta ja huolellisuutta sekä rehellisyyttä prosessin eteenpäin viemisessä.

Aika ajoin koin tehtävän yksinäiseksi puurtamiseksi, mutta aiheen ollessa todella mielenkiintoinen se ei tuntunut raskaalta. Opinnäytetyöprosessin aikana vaihdoin työpaikkaa ja siirryin esimiestehtäviin. Koen saaneeni prosessin aikana paljon tietoja ja taitoja mm. potilasturvallisuudesta ja laatujohtamisesta joita voin hyödyntää työssäni. Potilasturvallisuus aiheena on hyvin ajankohtainen ja tarjolla onkin paljon tietolähteitä sekä tutkittua tietoa aiheesta. Haasteena oli arvioida kriittisesti oleellinen ja ajantasainen tieto valtakunnallisista ja kansainvälisistä lähteistä. Tiedonhaku ja lähteiden löytäminen olivat ajoittain työläitä. Opinnäytetyön edetessä omat tiedonhaku menetelmät kehittyivät ja sen myötä tiedon löytäminen helpottui. Erilaisten tieto- ja viestintävälineiden hyödyntäminen helpottivat työskentelyä.

Esitysten pitäminen ohjausryhmälle, sekä potilasturvallisuussuunnitelman esittäminen Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmälle ovat kehittäneet viestintä- ja vuorovaikutustaitojani. Myös palautteen ja kehitysehdotusten vastaanottaminen, korjaaminen sekä niiden hyödyntäminen suunnitelman laatimisessa ovat kehittäneet kyseisiä taitojani.

Koen että tämän prosessin myötä ajattelutapani ja ymmärrykseni asioiden suhteen on laajentunut huomattavasti. Asioilla on yhteyksiä, jotka ovat avautuneet ymmärryksen lisääntyessä ja asiayhteydet muodostavat kokonaisuuksia, jotka ovat kasvaneet tiedon ja taidon sekä ajattelutavan kehittyessä.

6 OPINNÄYTETYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Opinnäytetyön tulosten perusteella esitetyt johtopäätökset:

1. Laatujohtaminen vaatii esimiehen vastuullista ja selkeää johtamistapaa.
2. Vaaratapahtumat tulee käsitellä yksikkökohtaisesti, sekä niiden pohjalta kehittää toimintatapoja virheiden välttämiseksi.
3. Henkilöstön perehdytyksestä, ohjauksesta ja osaamisen tasosta tulee esimiehen kantaa vastuu potilasturvallisuuden takaamiseksi.
4. Sekä yksiköiden sisäinen että eritoimijoiden välinen informaatio ja tiedon kulku tulee toimia saumattomasti turvallisen hoidon takaamiseksi.
5. Turvallinen lääkehoito edellyttää yksikkökohtaista lääkehoitosuunnitelmaa, vastuuhenkilöä sekä henkilöstön sitoutumista hoidon toteuttamiseksi.
6. Käytännön projektin onnistumisen kannalta on keskeistä, että ohjausryhmän jäsenten vastuut ja tehtävät on selkeästi määritelty.

Jatkotutkimusaiheet:

1. Miten turvallisuuskulttuuri ja laatujohtaminen ovat kehittyneet Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueella?
2. Miten potilasturvallisuussuunnitelma on juurtunut kohdeorganisaation käytäntöön?

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa asennemuutoksella. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ahonen, R. & Hartikainen, S. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Andersson, P. H., Hiltunen, K. & Villanen, H. 2004. Laatutoiminta suomalaisissa yrityksissä. Kauppa- ja teollisuusministeriö.

Arvola, T., Pommelin, P., Inkinen, R., Väyrynen, S. & Tammela, O. Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Suomen Lääkärilehti 2012; 67 (12) 955-961.

Asetus potilasasiakirjoista 289/2009.

Asetus tutkimuseettisesta neuvottelukunnasta 1347/1991.

Autti, T. & Keistinen, T. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Cosby, KS. & Croskerry, P. Profiles in patient safety: Authority gradients in medical error. Academic Emergency Medicine 2004; 11 (12) 1341-1345.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3.

Euroopan Unionin neuvosto: Suositus potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä 10120/09.

Firth-Cozens, J. 2006. Leadership and the quality of healthcare. Teoksessa: Cox, J., King, J., Hutchinson, A. & McAvoy, P. (toim.) Understanding doctors. performance. Abingdon: Radcliffe.

Halila, R. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima OY.

Heikkinen, K. 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa: Sairaanhoitaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Espoo: Fioca

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

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Saajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hirvonen, K. 2005. Laaduntarkkailusta laatujohtamiseen. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden, Terveystieteiden- ja -talouden laitos.
- Hokkanen, S & Strömberg, O. 2006. Laatuun johtaminen. Jyväskylä: SHQ Business Development Oy.
- Järvinen, P. & Järvinen A. 2004. Tutkimustyön menetelmät. Tampere: Oppipaja Oy.
- Kaila, M. 2010. Suomen Lääkärilehti 2010; 12:1075-1178. Potilasturvallisuus kuuluu kaikille.
- Kalajoen kaupungin strategia. 2009. Www-dokumentti. Saatavissa: www.kalajoki.fi/autypes.asp?menu_id=69#Perusturvapalvelut. Luettu: 22.3.2013
- Kalajoen kaupungin talousarvio 2013. Pdf-dokumentti. Saatavissa: www.kalajoki.fi/general/Uploads_files/TALOUSARVIO_2013.pdf. Luettu: 22.3.2013
- Kalajoen kaupungin työryhmä. Kohti onnistunutta ikääntymistä. Ikäpoliittinen ohjelma Kalajoen sote yhteistoiminta-alueelle 2012-2020. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://dynasty.kalajoki.fi/kokous/2012317-4-2549.PDF> Luettu: 23.4.2013
- Kankkunen, P. & Julkunen-Vehviläinen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Gaudeamus.
- Kasanen, E., Lukka, K. & Siitonen, A. 1991. Konstruktiivinen tutkimusote liiketaloustieteessä. Liiketaloudellinen aikakauskirja. 40:3, 301-329.
- Kauppinen, T. & Nihtinen, P. 2008. Tabu. Laitteiden ja tarvikkeiden vaaratilanjärjestelmä. 2008; 1:20.
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Liiketaloustiede 94. Johtaminen ja organisaatiot. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kinnunen, M, & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Espoo: Fioca.
- Kivistö, J. 2011. Potilasturvallisuussuunnitelma osana turvallisuusjohtamista. Opinnäytetyö, YAMK. Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu.
- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. 2006. To err is human. Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington D.C: National Academy Press.

Komulainen, K. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuisma, P. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.

Kuntaliitto. 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas. Helsinki.

Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku- HaiPro –vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradututkielma.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/1992.

Laki terveydenhuollon ammattilaisista 559/1994.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010.

Lang, L. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtavien viranhaltijoiden ja Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteistyöseminaari. Potilasturvallisuuden hallinta terveydenhuollossa. Pdf.dokumentti. Saatavissa:
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_potilasturvallisuuden_hallinta_terveydenhuollossa.pdf. Luettu: 1.4.2013

Lang, L. 2011. Ajankohtaista potilasturvallisuudesta. Yhteistyöseminaari. Pdf.dokumentti. Saatavissa:
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_Ajankohtaista_potilasturvallisuudesta_Lang.pdf. Luettu: 1.4.2013

Lindh, P. & Heinonen, V. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuusopas. Oy Painotalo tt-urex Ab

Läkelaki 395/1987.

Lääkintälaitedirektiivi 93/42/EEC

Lääkäriliiton laatuneuvoston muistio 28.10.2004. Pdf.dokumentti. Saatavissa:
www.laakariliitto.fi/files/potilasturvallisuus.pdf. Luettu: 7.4.2013.

Maailman terveysjärjestön WHO:n 65. yleiskokous 23.3.2012. Pdf.dokumentti. Saatavissa: http://www.who.int/patientsafety/WHA_PSP-Briefing-Note_23-May_2012.pdf. Luettu 21.3.2013

Malassu, T. 2013. Henkilöstöressurssien osuus potilasturvallisuuden näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Mauch, P. D. 2009. Quality management. London: Taylor & Francis Group, LLC.

Mc Adam, R. & Henderson, J. Influencing the future of TQM: Internal and external driving factors. International Journal of Quality & Reliability Management. 2004. Vol: 21 (1), 51-71.

Mustajoki, P. 2005. Vahinkojen ennaltaehkäisy. Teoksessa: Potilas- ja lääkevahingot – korvaaminen ja ennaltaehkäisy. Helsinki: Tallentum.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Neale, J. 2009. Research methods for health and social care. Hampshire: Palgrave Macmillan.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim, 2006: 122, 2459.

Pelastuslaki 379/2011.

Pekurinen, M. Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Pennanen, P. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pesonen, H. 2007. Laatu! Asiantuntijaorganisaation laatupas. Helsinki: Infor Oy.

Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri, potilaan oikeudet. Saatavissa: http://www.ppshp.fi/potilaan_oikeudet. Luettu: 1.4.2013

Potilasvahinkolaki 585/1986.

Ransom, S., Joshi, M. & Nash, D. 2005. The Healthcare Quality Book- Vision, Strategy and Tools. Washington D.C: Health Administration Press, Chicago, Illinois & AUPHA Press.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Helsinki: Edita Prima Oy..

Reiman, T., Pietikäinen, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Rintanen, H., Hämäläinen, P., Kaila, M., Kokkola, T & Vuorenkoski, L. Mitä hoitoilmoitukset kertovat potilasturvallisuudesta? Suomen lääkirilehti 2010; 65 (12) 1117-1122

Rohweder, L. 2008. Konstruktiivinen tutkimusote pedagogiikan kehittämisessä. Teoksessa: Rohweder, L. & Virtanen, A. Kohti kestäväää kehitystä. Pedagoginen lähestymistapa, 11-15. Opetusministeriön julkaisuja 2008:3.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius J. HaiPro- millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? Duodecim 2011; 127: 1033-1040

Räsänen, K. & Meretoja, O. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Seitsonen, H. 2013. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Silen, T. 2006. Johtamisen ja strategisen ajattelun näkökulmia. Yliopistopaino: Helsinki.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, M. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin – hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 341/2011 laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:2. Lääkepolitiikka 2020. Kohti tehokasta, turvallista, tarkoituksenmukaista ja taloudellista lääkkeiden käyttöä. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki. Pdf dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-14405.pdf. Luettu: 29.7.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. 2. korjattu painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 3.4.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. 2006. Turvallinen lääkehoito. valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 2005:32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanasto. Stakesin työraportteja 28. Sosiaali- ja terveysalan kehittämis- ja tutkimuskeskus. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf> Luettu: 30.7.2012.

Stievano, A., Jurado, M. G., Rocco, G. & Sasso, L. J. Nurs Scholarsh: 2009:41 (4): 391-8. A new information exchange system for nursing professionals to enhance patient safety across Europe.

Sulosaari, V. & Leino-Kilpi, H. 2013. Mitä on lääkehoidon osaaminen? Teoksessa: Sairaanhoidaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. 2012. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: Sano-ma Pro Oy.

Tartuntatautilaki 583/1986.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. .2011. HILMO sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2012. Määrittelyt ja ohjeistus. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino: Tampere.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Potilasturvallisuutta taidolla. Työpaja laadun ja potilasturvallisuuden suunnittelun tueksi. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/018a07f6-682f-49f0-9225-a61411e88e63>
Luettu: 26.6.2012

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Potilasturvallisuusindikaattorit. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/16330953-295D-4D3D-9AF7-9FB6B980612B/15898/Hamalainen.pdf> Luettu: 25.4.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Potilasturvallisuutta taidolla ohjelma. Pdf-dokumentti. Saatavissa: www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilasturvallisuutta-teroidolla-ohjelma Luettu: 26.6.2012

Tirkkonen, H. 2011. Potilasturvallisuuskulttuuri yksityissairaalassa kysely henkilöstölle. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Hoitotieteenlaitos. Itä-Suomen Yliopisto.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere.

Toni, P. 2010. Ammattimainen johtaja ohjaa työntekijöiden hyvinvointia. Premissi 3/2010, 34-37.

Työryhmä. Kohti onnistunutta ikääntymistä. Ikäpoliittinen ohjelma Kalajoen sote-yhteistoiminta-alueelle 2012-2020. Pdf-dokumentti. Saatavissa: <http://dynasty.kalajoki.fi/kokous/2012317-4-2549.PDF> Luettu: 23.4.2013

Työturvallisuuslaki 738/2002.

Vallimies & Patomäki, M. 2013. Lääkehoitoa ohjaavat normit ja periaatteet. Teoksessa: Sairaanhoidtaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vehanen, M. 2012. Potilasturvallisuus syntyy yhdessä. *Diabetes* 2012; 6: 20-22.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virolainen, J. 2012. Potilasturvallisuustutkimus Suomessa: kartoituskysely 2010. Pro gradu-tutkielma. Helsingin Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Farmasian tiedekunta.

Virtanen, A. 2006. Konstruktiivinen tutkimusote. Miten koulutus ja elinkeinoelämän odotukset kohtaavat ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä. *Ammattikasvatuksen aikakauskirja* 1/2006, 46-52.

Arvoisa Vastaaja

Opiskelen Centriassa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammatti-
korkeakoulututkintoa. Opinnäytetyönä teen potilas/asiakasturvallisuussuunnitelman Kala-
joen sote yhteistoiminta-alueelle. Tämä kysely on osa opinnäytetyötäni. Kyselyn tuloksia
käytetään pohjana potilasturvallisuussuunnitelmaa tehtäessä. Opinnäytetyön tarkoituksena
on luoda potilasturvallisuussuunnitelma Kalajoen sote yhteistoiminta-alueelle ja tavoitteenä
yhtenäistää ja edistää yhteistoiminta-alueen turvallisuuskulttuuria sekä parantaa potilas-
turvallisuutta.

Työyksikkösi on valittu yhdeksi kyselyn kohdeyksiköistä. Vastaaminen on vapaaehtoista.
Pyydän sinua vastaamaan strukturoituun kyselyyn 20.1.2013 mennessä. Vastauksesi käsi-
tellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Yksittäisiä vastauksia ei voi tunnis-
taa, eikä työyksiköitä eritellä opinnäytetyöni loppuraportista.

Vastaamaan pääset alla olevasta linkistä.

<http://survey.kalajoki.fi/limesurvey/admin/admin.php>.

Vastauksestasi kiittäen!

Hakala Marita

**POTILAS/ASIAKAS TURVALLISUUSUUNNITELMAAN LIITTYVÄ KYSELY
KALAJOEN SOTE YHTEISTOIMINTA ALUEELLA**

Taustatietoja

Valitse sopiva vaihtoehto.

1. Ikäsi
 - 1 alle 25 vuotta
 - 2 25-35 vuotta
 - 3 36-45 vuotta
 - 4 46-55 vuotta
 - 5 yli 56 vuotta

 2. Kuinka monta vuotta sinulla on sosiaali- tai terveysalan työkokemusta?
 - 1 alle 3 vuotta
 - 2 3-10 vuotta
 - 3 11-20 vuotta
 - 4 yli 20 vuotta

 3. Henkilöstöryhmä, johon kuulut
 - 1 kouluasteen tutkinto tai vastaava koulutus (esim. lähihoitaja, kehitysvammahoitaja, kodinhoitaja)
 - 2 amk-tutkinto tai vastaava koulutus (esim. sairaanhoitaja, fysioterapeutti, suuhygienisti)
 - 3 ylempi ammattikorkeakoulututkinto
 - 4 esimies
 - 5 lääkäri

 4. Työyksikköni sijaitsee
 - 1 Kalajoki
 - 2 Himanka
 - 3 Merijärvi

 5. Työyksikköni
 - 1 vuodeosasto
 - 2 vastaanotto
 - 3 neuvola
 - 4 hammashoito
 - 5 kuntoutus
 - 6 mielenterveys ja päihdeyksikkö
 - 7 kehitysvammahuolto
 - 8 kotihoito
-

Valitse sopiva vaihtoehto.

- 1 = täysin eri mieltä
- 2 = jossain määrin eri mieltä
- 3 = en osaa sanoa
- 4 = jossain määrin samaa mieltä
- 5 = täysin samaa mieltä
- 6 = ei koske yksikköäni

TURVALLISUUSKULTTUURI

6. Joudun usein kiirehtimään työssäni
 7. Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin/asiakkaisiin
 8. Potilas/asiakasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia
 9. Mielestäni on tärkeää, että potilas/asiakasturvallisuutta korostetaan työpaikallani näkyvästi
 10. Työyksikköni potilas/asiakasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina
 11. Työyksikössäni on työntekijöitä, jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilas/asiakasturvallisuuteen
 12. Työyksikköni johtamistapa luo hyvät edellytykset laadukkaalle hoitotyölle
 13. Esimies ottaa huomioon alaistensa ehdotukset potilas/asiakasturvallisuuden parantamiseksi
 14. Työyksikössäni on käytössä HaiPro-järjestelmä (vaaratapahtuman raportointijärjestelmä)
 15. Työyksikössäni on käytössä Hilmo-järjestelmä (hoitoilmoitusrekisteri)
 16. HaiPron ja/tai Hilmon ilmoituksia tarkastellaan työyksikköni yhteisissä palaverissa säännöllisesti
 17. Työyksikössäni opitaan virheistä
-

HOIDON TURVALLISUUS

18. Työyksikössäni on turvallisuussuunnitelma
 19. Työyksikössäni on pelastussuunnitelma
 20. Työyksikössäni on infektioiden torjuntasuunnitelma
 21. Työyksikössäni toteutuu suunnitelmallinen perehdytys ja ohjaus
 22. Työyksikköni fyysinen työympäristö takaa potilaiden/asiakkaiden hyvän hoidon
 23. Työyksikössäni on riittävästi henkilökuntaa potilas/asiakasturvallisuuden takaamiseksi
 24. Työyksikköni henkilökunnalla on tarvittava ammattitaito potilas/asiakasturvallisuuden takaamiseksi
 25. Työyksikköni käytännöt mahdollistavat potilaan/asiakkaan osallistumisen omaan hoitoonsa
 26. Työyksikköni työprosessit ja -käytännöt ovat suositusten mukaiset
 27. Työyksikössäni tiedonkulku ja informaatio toimivat hyvin
 28. Potilas/asiakastietojärjestelmä luo edellytykset laadukkaalle hoitotyölle
 29. Olen huolissani työyksikköni potilas/asiakasturvallisuudesta hoitotyön osalta
 30. Eri toimijoiden muodostamat hoitoketjut toimivat potilas/asiakasturvallisuutta edistävällä tavalla
 31. Eri toimijoiden välinen informaatio toimii hyvin
-

LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS

32. Työyksikössäni on lääkehoidon suunnitelma
33. Työyksikössäni on nimetty lääkehoidon vastuuhenkilö
34. Työyksikössäni toimitaan yhdessä turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi

35. Työyksikköni henkilökunnalla on tarvittava ammattitaito turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi
 36. Työyksikössäni tehdään aina ilmoitus lääkityspoikkeamasta
 37. Olen huolestunut työyksikössäni tapahtuvista potilas/asiakasturvallisuutta vaarantavista lääkityspoikkeamista
-

LAITETURVALLISUUS (koskee hoitoon liittyvien terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita työyksikössä)

38. Työyksikköni tekniset laitteet takaavat potilas/asiakasturvallisen hoidon
39. Työyksikköni apuvälineet takaavat potilas/asiakasturvallisen hoidon
40. Työyksikössäni on ajantasainen laiterekisteri
41. Työyksikössäni on määriteltä vastuuhenkilöt jotka huolehtivat teknisistä laitteista
42. Työyksikössäni on määriteltä vastuuhenkilöt jotka huolehtivat apuvälineistä
43. Työyksikössäni toteutuvat teknisten laitteiden huollot ja kalibroinnit määräysten mukaisesti
44. Työyksikössäni toteutuvat apuvälineiden huollot ja kalibroinnit määräysten mukaisesti
45. Työyksikköni laiteturvallisuus edesauttaa potilas/asiakasturvallisen hoidon toteutumista
46. Olen huolestunut työyksikössäni tapahtuvista potilas/asiakasturvallisuutta vaarantavista ongelmista teknisiin laitteisiin ja apuvälineisiin liittyen

KIITOS VASTAUKSISTASI!

TUTKIMUSTULOKSET

LIITE 3

Väittämä	f	%
n=77		
TURVALLISUUSKULTTUURI		
6. Joudun usein kiirehtimään työssäni		
Täysin samaa mieltä	32	41
Jossain määrin samaa mieltä	39	51
Jossain määrin eri mieltä	6	8
7. Kannan vastuuta työni vaikutuksista asiakkaisiin/potilaisiin		
Täysin samaa mieltä	74	96
Jossain määrin samaa mieltä	3	4
8. Potilas/asiakasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia		
Täysin samaa mieltä	74	96
Jossain määrin samaa mieltä	3	4
9. Mielestäni on tärkeää, että potilas/asiakasturvallisuutta korostetaan työpaikallani näkyvästi		
Täysin samaa mieltä	63	82
Jossain määrin samaa mieltä	14	18
10. Työyksikköni potilas/asiakasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina		
Täysin samaa mieltä	4	5
Jossain määrin samaa mieltä	32	41
Täysin eri mieltä	15	20
Jossain määrin eri mieltä	21	27
En osaa sanoa	5	7
13. Esimies ottaa huomioon alaistensa ehdotukset potilas/asiakasturvallisuuden parantamiseksi		
Täysin samaa mieltä	21	27
Jossain määrin samaa mieltä	32	41
Täysin eri mieltä	2	3
Jossain määrin eri mieltä	15	20
En osaa sanoa	7	9
15. Työyksikössäni on käytössä Hilmo-järjestelmä		
Täysin samaa mieltä	38	49
Jossain määrin samaa mieltä	5	7
Täysin eri mieltä	6	8
En osaa sanoa	23	29
Ei koske yksikköäni	5	7
16. HaiPron ja /tai Hilmon ilmoituksia tarkastellaan työyksikköni yhteisissä palaverissa säännöllisesti		
Täysin samaa mieltä	6	8
Jossain määrin samaa mieltä	14	18
Täysin eri mieltä	25	32
Jossain määrin eri mieltä	22	28
En osaa sanoa	9	12
Ei koske yksikköäni	1	2

Väittämä	f	%
n=77		
17. Työyksikössäni opitaan virheistä		
Täysin samaa mieltä	26	33
Jossain määrin samaa mieltä	40	52
Jossain määrin eri mieltä	5	7
En osaa sanoa	6	8
HOIDON TURVALLISUUS		
18. Työyksikössäni on turvallisuussuunnitelma		
Täysin samaa mieltä	21	27
Jossain määrin samaa mieltä	22	28
Täysin eri mieltä	6	8
Jossain määrin eri mieltä	5	7
En osaa sanoa	22	28
Ei koske yksikköäni	1	2
19. Työyksikössäni on pelastussuunnitelma		
Täysin samaa mieltä	43	56
Jossain määrin samaa mieltä	14	18
Täysin eri mieltä	6	8
En osaa sanoa	14	18
20. Työyksikössäni on infektioiden torjuntasuunnitelma		
Täysin samaa mieltä	15	20
Jossain määrin samaa mieltä	28	36
Täysin eri mieltä	4	5
Jossain määrin eri mieltä	6	8
En osaa sanoa	21	27
Ei koske yksikköäni	3	4
22. Työyksikössäni fyysinen ympäristö takaa potilaiden/asiakkaiden hyvän hoidon		
Täysin samaa mieltä	29	38
Jossain määrin samaa mieltä	23	29
Täysin eri mieltä	3	4
Jossain määrin eri mieltä	18	23
En osaa sanoa	3	4
Ei koske yksikköäni	1	2
23. Työyksikössäni on riittävästi henkilökuntaa potilas/asiakasturvallisuuden takaamiseksi		
Täysin samaa mieltä	8	10
Jossain määrin samaa mieltä	29	38
Täysin eri mieltä	11	14
Jossain määrin eri mieltä	27	35
En osaa sanoa	2	3
25. Työyksikköni käytännöt mahdollistavat potilaan/asiakkaan osallistumisen omaan hoitoonsa		
Täysin samaa mieltä	27	35
Jossain määrin samaa mieltä	38	49
Täysin eri mieltä	9	12
En osaa sanoa	3	4

Väittäjä	f	%
n = 77		
26. Työyksikköni työprosessit ja –käytännöt ovat suositusten mukaiset		
Täysin samaa mieltä	18	23
Jossain määrin samaa mieltä	32	41
Jossain määrin eri mieltä	6	8
En osaa sanoa	21	27
28. Potilas/asiakas tietojärjestelmä luo edellytykset laadukkaalle hoitotyölle		
Täysin samaa mieltä	18	23
Jossain määrin samaa mieltä	27	35
Täysin eri mieltä	5	7
Jossain määrin eri mieltä	21	27
En osaa sanoa	6	8
30. Eri toimijoiden väliset hoitoketjut toimivat potilas/asiakasturvallisuutta edistävästi		
Täysin samaa mieltä	7	9
Jossain määrin samaa mieltä	39	50
Täysin eri mieltä	1	2
Jossain määrin eri mieltä	21	27
En osaa sanoa	9	12
LÄÄKEHOIDON TURVALLISUUS		
33. Työyksikössäni on nimetty lääkehoidon vastuhenkilö		
Täysin samaa mieltä	33	43
Jossain määrin samaa mieltä	15	20
Täysin eri mieltä	4	5
Jossain määrin eri mieltä	6	8
En osaa sanoa	11	14
Ei koske yksikköäni	8	10
34. Työyksikössä toimitaan yhdessä turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi		
Täysin samaa mieltä	40	52
Jossain määrin samaa mieltä	25	32
Jossain määrin eri mieltä	4	5
En osaa sanoa	1	2
Ei koske yksikköäni	7	9
35. Työyksikköni henkilökunnalla on tarvittava ammattitaito turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi		
Täysin samaa mieltä	37	47
Jossain määrin samaa mieltä	26	33
Täysin eri mieltä	1	2
Jossain määrin eri mieltä	5	7
En osaa sanoa	1	2
Ei koske yksikköäni	7	9
36. Työyksikössäni tehdään aina ilmoitus lääkityspoikkeamasta		
Täysin samaa mieltä	16	21
Jossain määrin samaa mieltä	17	22
Täysin eri mieltä	3	4
Jossain määrin eri mieltä	10	13
En osaa sanoa	22	28
Ei koske yksikköäni	9	12

LAITETURVALLISUUS		
Väittämä	f	%
n = 77		
38. Työyksikköni tekniset laitteet takaavat potilas/ asiakasturvallisen hoidon		
Täysin samaa mieltä	37	48
Jossain määrin samaa mieltä	22	28
Jossain määrin eri mieltä	13	17
En osaa sanoa	3	4
Ei koske yksikköäni	2	3
39. Työyksikköni apuvälineet takaavat potilas/ asiakasturvallisen hoidon		
Täysin samaa mieltä	28	36
Jossain määrin samaa mieltä	37	48
Jossain määrin eri mieltä	6	8
En osaa sanoa	2	3
Ei koske yksikköäni	4	5
41. Työyksikössäni on määriteltä vastuuhenkilöt jotka huolehtivat teknisistä laitteista		
Täysin samaa mieltä	12	16
Jossain määrin samaa mieltä	28	36
Täysin eri mieltä	5	7
Jossain määrin eri mieltä	8	10
En osaa sanoa	22	28
Ei koske yksikköäni	2	3
42. Työyksikössäni on määriteltä vastuuhenkilöt jotka huolehtivat apuvälineistä		
Täysin samaa mieltä	24	31
Jossain määrin samaa mieltä	23	30
Täysin eri mieltä	8	10
Jossain määrin eri mieltä	5	7
En osaa sanoa	11	14
Ei koske yksikköäni	6	8
43. Työyksikössäni toteutuvat teknisten laitteiden huollot ja kalibroinnit määräysten mukaisesti		
Täysin samaa mieltä	33	43
Jossain määrin samaa mieltä	24	31
Täysin eri mieltä	3	4
Jossain määrin eri mieltä	8	10
Ei koske yksikköäni	9	12
44. Työyksikössäni toteutuvat apuvälineiden huollot ja kalibroinnit määräysten mukaisesti		
Täysin samaa mieltä	12	16
Jossain määrin samaa mieltä	25	32
Täysin eri mieltä	4	5
Jossain määrin samaa mieltä	6	8
En osaa sanoa	23	30
Ei koske yksikköäni	7	9

Väittämä	f	%
n = 77		
45. Työyksikköni laiteturvallisuus edesauttaa potilas/asiakasturvallisen hoidon toteutumista		
Täysin samaa mieltä	33	43
Jossain määrin samaa mieltä	29	38
Jossain määrin eri mieltä	4	5
En osaa sanoa	10	13
Ei koske yksikköäni	1	2
46. Olen huolestunut työyksikössäni tapahtuvista potilas/asiakasturvallisuutta vaarantavista ongelmista teknisiin laitteisiin ja apuvälineisiin liittyen		
Täysin eri mieltä	26	33
Jossain määrin eri mieltä	20	26
Jossain määrin samaa mieltä	17	22
En osaa sanoa	12	16
Ei koske yksikköäni	2	3



KALAJOEN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN YHTEISTOIMINTA-ALUEEN POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSSUUNNITELMA 2013

Laatija:
Potilas- ja asiakasturvallisuusohjausryhmä
18.4.2013

Hyväksyjä ja hyväksymispvm:
Kalajoen perusturvalautakunta 29.5.2013 § 59

SISÄLTÖ	
1 JOHDANTO	2
2 KALAJOEN JA YHTEISTOIMINTA-ALUEEN PERUSTURVAPALVELUT	3
2.1 Perusturvapalveluiden toimintaympäristö	3
2.2 Hyvinvointipalvelut	3
2.3 Terveyspalvelut	3
2.4 Varhaiskasvatuspalvelut	4
2.5 Ympäristöterveydenhuollonpalvelut	4
3 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSTYÖN TAUSTAA	5
3.1 Kansallinen potilasturvallisuusstrategia	5
3.2 Potilas- ja asiakasturvallisuuden keskeiset käsitteet	6
3.3 Potilas- ja asiakasturvallisuutta koskevaa lainsäädäntö	7
4 PERUSTURVAPALVELUIDEN POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUS- POLITIikka	8
4.1 Potilas- ja asiakasturvallisuutta tukeva visio ja toiminta-ajatus	8
4.2 Potilas- ja asiakasturvallisuutta tukevat arvot ja periaatteet	8
4.3 Potilas- ja asiakasturvallisuus osana laadun- ja riskienhallintaa	8
4.4 Vaaratapahtumien raportointi ja virheistä oppiminen	9
4.5 Potilaan / asiakkaan ja läheisten osallistuminen turvallisuuden edistämiseen	9
4.6 Dokumentointi ja tiedonkulku	9
5 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄN VASTUUT JA TEHTÄVÄT	10
5.1 Potilas- ja asiakasturvallisuus ja johtaminen	10
5.1.1 Perusturvalautakunta	10
5.1.2 Perusturvajohtaja	10
5.1.3 Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän jäsenet, vastuut ja tehtävät	10
5.1.4 Tuloyksiköiden esimiesten vastuut ja tehtävät	11
5.1.5 Työntekijöiden vastuut ja tehtävät	11
6. POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUTTA EDISTÄVÄT MENETTELY- TAVAT	12
6.1 Laadun- ja riskienhallinta	12
6.2 Tieturva	12
6.3 Yhteiset arkistot	12
6.4 HaiPro-järjestelmä	12
6.5 Hilmo-rekisteri	13
6.6 Lääkehoidonsuunnitelma	13
6.7 Infektioiden torjuntasuunnitelma	13
6.8 Pelastussuunnitelma	13
6.9 Turvallisuussuunnitelma	13
6.10 Laiterekisteri	13
6.11 Osaamisen kehittäminen ja varmistaminen	14
6.12 Tiedonkulku	14
6.13 Perehdytys	14
6.14 Potilasasiamies	14

1 JOHDANTO

Euroopan Unionin neuvosto antoi 9.6.2009 suosituksen 10120/09 potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta. Suositus perustuu, WHO:n Word Alliance on Patient Safety, Euroopan neuvoston ja Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) tekemään potilasturvallisuutta koskevaan työhön ja suositus täydentää sitä. Suositus kehottaa vahvistamaan potilasturvallisuuden ensisijaiseksi terveyspolitiikan ja terveysohjelmien tavoitteeksi sekä kansallisella että alueellisella ja paikallisella tasolla.

Vuosien 2006-2009 välillä sosiaali- ja terveysministeriö toteutti asettamansa asiantuntijaryhmän toimesta potilasturvallisuushankkeen, jonka loppuvaiheessa julkaistiin 29.1.2009 ensimmäinen Kansallinen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013. Strategian tarkoitus on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Strategian keskeisenä tavoitteena on, että vuoteen 2013 mennessä organisaatioissa on laadittu potilasturvallisuussuunnitelma. Suunnitelmassa huomioidaan potilasturvallisuusstrategian sisältämät näkökulmat sekä Euroopan Unionin komission antamat suositukset potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Potilasturvallisuusstrategiassa potilasturvallisuus on määritetty kattamaan hoidon turvallisuuden, laiteturvallisuuden sekä lääkehoidon turvallisuuden.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman potilasturvallisuuden täytäntönnäpänosta ja laadunhallinnasta, jossa huomioidaan potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palveluiden kanssa. Laki velvoittaa myös, että toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua, sekä näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua.

Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmän työlle jatkumona Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos aloitti Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelman potilasturvallisuuden edistämiseksi vuosina 2011-2015. Ohjelman tavoitteena on mm. tukea potilasturvallisuuden käytännön työtä kentällä sekä hoitoon liittyvien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. Ohjelman yleisiä periaatteita ovat, syyllistämätön potilasturvallisuuskulttuuri sekä avoimuus, läpinäkyvyys ja käyttäjälähtöisyys.

Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman laatimiseksi nimettiin 8-jäseninen ohjausryhmä. Jäsenet edustivat sosiaali- ja terveystoimen hyvinvointipalvelun ja terveyspalvelun toiminta-alueita. Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman laadinnassa hyödynnettiin potilas- ja asiakasturvallisuuskyselyn tuloksia, joka toteutettiin tammikuussa 2013. Kysely kohdennettiin työntekijöille ja esimiehille, jotka olivat olleet yli ½ vuotta sijaisina tai vakituisina työntekijöinä. Työntekijöillä tarkoitetaan hoitotyöntekijöitä ja lääkäreitä.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on laatinut yhdessä asiantuntijoiden kanssa Potilasturvallisuusoppaan, jonka ohjeistusta tämän suunnitelman laatimisessa on hyödynnetty. Samoin on hyödynnetty Kokkolan ja Kruunupyyn sosiaali- ja terveystoimen potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmaa.

2 KALAJOEN JA YHTEISTOIMINTA-ALUEEN PERUSTURVAPALVELUT

2.1 Perusturvapalveluiden toimintaympäristö

Kalajoen perusturvapalveluiden yhteistoiminta-alueena on Kalajoki, Himanka ja Merijärvi. Vuonna 2010 Himangan kunta liittyi kuntaliitoksella Kalajoen kaupunkiin, joka on vuodesta 2009 järjestänyt myös Merijärven sosiaali- ja terveystalvet isäntäkuntaperiaatteella. Perusturvapalveluiden tavoitteena on tukea asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä edistää ja ylläpitää toimintakykyä eri elämäntilanteissa laadukkaasti ja taloudellisesti. Perusturvapalvelut ovat kehityksen kärjessä kulkeva, asiakkaistaan ja työntekijöistään huolehtiva sosiaali- ja terveystalvelujen laadukas ja taloudellinen tuottaja. Ennaltaehkäisevällä ja avohoitopainotteisella toiminnalla lisätään kuntalaisten elinvoimaisuutta ja omatoimisuutta. Kalajoen perusturvapalveluiden yhteistoiminta-alue on pinta-alaltaan laaja, minkä vuoksi toimipisteet sijaitsevat sekä Kalajoella, Himangalla, että Merijärvellä.

Perusturvapalveluiden ylimpänä toimielimenä toimii perusturvalautakunta.

Perusturvapalvelut jakaantuvat neljään palvelualueeseen, joita johtavat palvelualuejohtajat.

- Hyvinvointipalvelut
- Terveystalvet
- Varhaiskasvatuspalvelut
- Ympäristöterveydenhuollonpalvelut

2.2 Hyvinvointipalvelut

Vuoden 2013 alusta perhepalvelut sekä koti- ja asumispalvelut yhdistettiin hyvinvointipalveluiksi. Tavoitteena on kehittää ennaltaehkäiseviä palveluja ja avohoidon tukitoimia. Ikäpoliittisen ohjelman strategisiksi tavoitteiksi on kirjattu: omasta kunnosta huolehtiminen, yhteisöllisyyden säilyttäminen sekä tuottaa monipuoliset ja oikea-aikaiset palvelut kotona asumisen tukemiseksi.

Hyvinvointipalvelut muodostamat palveluyksiköitä, joita johtavat palvelupäälliköt.

- Vammaispalvelut
- Sosiaalipalvelut
- Kotiin annettavat palvelut
- Palveluasuminen

2.3 Terveystalvet, joita johtaa terveystalvelujohtaja.

- Vastaanottotoiminta Kalajoen terveystalveksessa sekä Himangan ja Merijärven terveystalveksilla
- Laboratorio, röntgen ja välinehuolto
- Kuntoutus
- Neuvola
- Vuodeosastot
- Suunterveydenhuolto
- Psykososiaalinen yksikkö Osviitta (mielenterveys- ja päihdetyö sekä perheneuvola)

Laatija:

Potilas- ja asiakasturvallisuusohjausryhmä
18.4.2013

Hyväksyjä ja hyväksymispvm:

Kalajoen perusturvalautakunta 29.5.2013 § 59

- Erikoissairaanhoidon palvelut ostetaan Oulun yliopistosairaala, Keski-Pohjanmaan keskussairaala, Raahen sairaalasta, Oulaskankaan sairaalasta ja Visalan sairaalasta.

2.4 Varhaiskasvatuspalvelut

Lasten päivähoito on alle kouluikäisille lapsille ja lapsiperheille suunnattu palvelu, jonka tehtävänä on tukea perheitä lasten kasvatustehtävässä. Päivähoito tarjoaa hoitoa, kasvatusta ja opetusta perhepäivähoidossa, ryhmäperhepäiväkodeissa ja päiväkodeissa. Esiopetus on osa varhaiskasvatuspalvelua, ja sitä hallinnoi sivistyspalvelut. Päiväkodeissa järjestetään esiopetus niille lapsille, jotka esiopetuksen lisäksi tarvitsevat päivähoitoa.

2.5 Ympäristöterveydenhuollonpalvelut

Kalajoki toimii isäntäkuntana Raahen ja Kalajoen kaupunkien sekä Siikajoen, Pyhäjoen ja Merijärven kuntien muodostamassa ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueessa. Ympäristöterveydenhuoltoon kuuluvat elintarvike-, terveydensuojelu-, kuluttajaturvallisuus-, tupakka- ja kemikaalivalvonta sekä eläinlääkintähuolto. Ympäristöterveydenhuollon lakien tavoitteena on edistää ja valvoa elinympäristön ja yksilön terveyttä sekä eläinten terveyttä ja hyvinvointia.

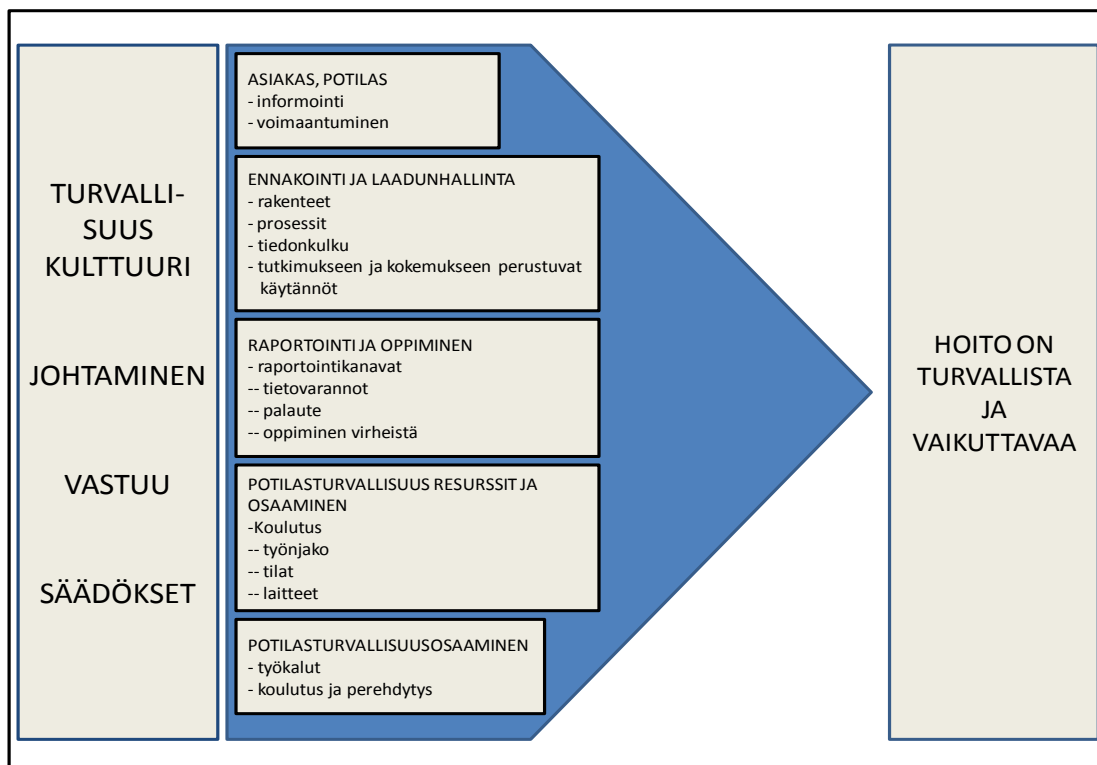
3 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSTYÖN TAUSTAA

3.1 Kansallinen potilasturvallisuusstrategia

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä ja sen työvaliokunnat ovat luoneet pohjaa kansalliselle potilasturvallisuustyölle potilasturvallisuusstrategian myötä. Sen tarkoituksena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin. Strategia palvelee sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, niiden potilaita, asiakkaita ja heidän omaisiaan turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteuttamisessa. Potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa.

Potilasturvallisuusstrategian tavoitteet ovat:

- Potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen
- Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla
- Vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan
- Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin
- Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa



KUVIO 1. Kansallisen potilasturvallisuusstrategian 2009-2013 keskeinen sisältö. (STM 2009:3)

3.2 Potilas- ja asiakasturvallisuuden keskeiset käsitteet

Potilas- ja asiakasturvallisuus käsittää sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilas- ja asiakasturvallisuus muodostaa yhdessä hoidon tarpeen, hoidon vaikuttavuuden ja hoidon saatavuuden kanssa terveydenhuollon toiminnan perustan, joka kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden sekä laiteturvallisuuden.

Potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuurissa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit. Se on osa koko organisaation toimintakulttuuria, jota pidetään tärkeänä arvona ja sitä edistetään systemaattisesti. Potilas- ja asiakasturvallisuuskulttuuri muodostuu sekä koko organisaation että yksittäisen työntekijän arvoista ja asenteista, toimintaperiaatteista ja toimintatavoista.

Potilasturvallisuussuunnitelma on lainsäädäntöön, valtakunnallisiin suosituksiin sekä hyvään hoitokäytäntöön perustuva vaaratilanteita ennaltaehkäisevä ja potilasturvallisuutta parantava organisaation suunnitelma. Suunnitelmassa huomioidaan potilasturvallisuusstrategian sisältämät näkökulmat sekä Euroopan Unionin komission antamat suositukset potilasturvallisuuden kehittämiseksi.

Potilas- ja asiakasturvallisuus on osa **laatua**. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon laadulla tarkoitetaan resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin. Potilaalla ja asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.

3.3 Potilas- ja asiakasturvallisuutta koskevaa lainsäädäntöä

Lainsäädännössämme on useita lakeja ja asetuksia joilla terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, vastuuta ja osaamista säädellään sekä potilasturvallisuutta edistetään.

- **Terveydenhuoltolaki (1326/2010)** edellyttää, että toiminnan on oltava ammatillista ja asianmukaista sekä tieteellisesti, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua.
- **Sosiaalihuoltolaki (141/2012)** turvaa eri väestö- ja ikäryhmien oikeuden riittäviin sosiaalipalveluihin. Painopiste on ennaltaehkäisevässä toiminnassa ja varhaisessa tukemisessa.
- **Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)** määrittelee potilaan oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hänen tiedonsaanti- ja itsemäärämisoikeuden, sekä osallistumisen oman hoidon suunnitteluun. Laki sisältää myös pykälän potilasasiakirjoihin sisältyvän tiedon salassapidosta. Edellyttää järjestettäväksi potilasasiamiespalvelut.
- **Asiakaslaki /812/2000** määrittää asiakkaan oikeuden laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun. Lakiin on säädetty sosiaalihuollon asiakkaan osallistumiseen ja oikeusturvaan liittyvät keskeiset oikeudelliset periaatteet ja tavoitteet.
- **Potilasvahinkolaki (585/1986)** lain perusteella potilaalle korvataan terveyden- ja sairaanhoidossa aiheutunut henkilövahinko.
- **Asetus potilasasiakirjoista (289/2009)** määrittelee asiakirjojen laadinnan, käyttöoikeudet sekä säilytyksen.
- **Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994)** sisältää pykälät mm. ammattieettisestä velvollisuudesta sekä salassapito- ja täydennyskoulutusvelvollisuudesta. Edellyttää, että laissa tarkoitettulla ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja pätevyys sekä säättää ammattihenkilöiden valvonnan.
- **Vanhuspalvelulain (980/2012)** tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointi eroja, turvata palvelutarpeen arviointiin pääsy sekä riittävät palvelut.
- **Kehitysvammalaki (519/1977)** edistää henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, turvaa hoidon ja muun tarvittavan huolenpidon.
- **Vammaispalvelulaki (380/1987)** edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia yhteiskunnassa yhdenvertaisena jäsenenä.
- **Mielenterveyslaissa (1116/1990)** on säädetty mm. mielenterveystyöstä sekä mielenterveys palvelujen periaatteista ja järjestämisestä.
- **Lastensuojelulaki (417/2007)** edistää lapsen suotuisaa kehitystä ja hyvinvointia sekä tukee lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä. Ehkäisee lapsen ja perheen ongelmia ja puuttuu riittävän varhain havaittuihin ongelmiin.
- **Lääkelain (395/1987)** tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista käyttöä, sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Turvallinen ja laadukas lääkehoito sisältää yksikön lääkehoitosuunnitelman.
- **Tartuntatautilain (583/1986)** mukaan tartuntatautien vastustamistyöhön kuuluu mm. sairaalainfektioiden torjuntasuunnitelma, joka on osa potilasturvallisuutta.
- **Pelastuslaki (379/2011)** velvoittaa mm. sairaaloita ja vanhainkoteja laatimaan turvallisuussuunnitelman, jossa tulee käydä läpi toimintamallit ja mm. hälytysjärjestelmät erilaisissa onnettomuus-, uhka-, vaara- ja vahinkotilanteissa.

Laatija:

Potilas- ja asiakasturvallisuusohjausryhmä
18.4.2013

Hyväksyjä ja hyväksymispvm:

Kalajoen perusturvalautakunta 29.5.2013 § 59

- **Työturvallisuuslaki (738/2002)** velvoittaa työnantajan tarpeellisin toimenpitein huolehtimaan työntekijöiden turvallisesta työympäristöstä, resursseista ja terveydestä.
- **Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010)** asettaa terveydenhuollon yksiköille ja siellä toimiville ammattimaisille käyttäjille laitteiden ja tarvikkeiden käyttöön, hallinnointiin ja ylläpitoon liittyviä vaatimuksia. Yksiköillä tulee olla nimetty vastuuhenkilö, joka vastaa laite-turvallisuudesta, sekä laiterekisteristä.

4. PERUSTURVAPALVELUIDEN POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUS POLITIIKKA

4.1 Potilas- ja asiakasturvallisuutta tukeva visio ja toiminta-ajatus

Kalajoen kaupungin perusturvapalveluiden visio on järjestää asiakaslähtöiset, oikea-aikaiset ja tasa-puoliset perusturvapalvelut laadukkaasti ja taloudellisesti. Palvelujen kehittämisessä hyödynnetään uusia innovatiivisia ratkaisuja. Toiminta-ajatus on tukea asiakkaita heidän terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseksi ja ylläpitämiseksi eri elämänvaiheissa. Ennaltaehkäisevällä ja avo-hoitopainotteisella toiminnalla lisätään kuntalaisten elinvoimaisuutta ja omatoimisuutta. Perusturva-palvelut tuotetaan laadukkaasti, taloudellisesti ja potilas- ja asiakasturvallisuutta noudattaen. Palve-luiden laatua ja turvallisuutta kehitetään toimintaa ja riskejä arvioiden sekä ehkäisevillä ja korjaavil-la toimenpiteillä.

4.2 Potilas- ja asiakasturvallisuutta tukevat arvot ja periaatteet

Organisaation, yksiköiden ja työntekijöiden yhteiset arvot antavat perustan työlle ja ohjaavat toimintaa asetettuun tavoitteeseen. Kalajoen perusturvapalveluiden arvot ovat:

- Yksilöllisyys

Ihminen kohdataan yksiköllisesti, kohteliaasti ja hyviä tapoja noudattaen. Asiakas saa päätös- tensä tueksi asiantuntija-apua ja vaihtoehtoja. Palvelupäätökset perustuvat asiakkaan kanssa yhteistyössä tehtävään asiakaskohtaiseen hoidon tai palvelutarpeen arviointiin ja suunnitelmaan. Toiminta on laadukasta ja asiantuntevaa.

- Oikeudenmukaisuus

Toiminta on sisäisesti ja ulkoisesti oikeudenmukaista. Jokaisella on oikeus tulla kuulluksi omassa asiassaan. Ihmisiä kohdellaan samojen periaatteiden mukaan ja samat säännöt pätevät tänään ja huomenna. Päätöksenteko on puolueetonta ja perustuu mahdollisimman oikeaan ja tutkittuun tietoon.

- Turvallisuus

Laadukkaasti, ammattitaitoisesti ja oikea-aikaisesti tuotetut perusturvapalvelut tukevat turvallista koti-, asuin ja työympäristöä. Kannustava ja asiakkaita, potilaita ja työntekijöitä tukeva ilmapiiri luovat luottamusta ja turvallisuuden tunnetta.

4.3 Potilas- ja asiakasturvallisuus osana laadun- ja riskienhallintaa

Toimiva laatujärjestelmä ja riskienhallinta edellyttävät selkeää ja yhtenäistä toimintatapaa, jolla turvallisuuteen liittyviä riskejä hallitaan. Toimintaan liittyvät vastuut ja tehtävät määritellään selkeästi. Toimintatapaan liittyviä riskejä arvioidaan ennakoivasti ja toimintaa kehitetään potilas- ja asiakasturvallisuus näkökulma huomioiden. Esimiehen tulee vastata laadukkaan työn edellytysten olemassaolosta ja tukea perustyötä käytettävissä olevin keinoin. Työssä tulevat muutokset pyritään huomioidaan hyvissä ajoin ja niistä tiedotetaan kattavasti henkilöstölle. Turvallisuusriskejä pyritään vähentämään käytäntöjä ja prosesseja yhtenäistämällä ja selkeyttämällä. ITE – laadunhallintajärjestelmällä kehitetään työyksikön toimintaa. Potilas- ja asiakas näkökulma huomioidaan vuosittain tehtävällä asiakastytyväisyyskyselyllä (TAK). Potilasturvallisuuden toteutumista seurataan laatumittareilla (ITE,- TAK, HaiPro, Hilmo ja AvoHilmo). Ostopalvelusopimusten yhteydessä varmistetaan palveluiden laatu ja turvallisuus sekä huolehditaan jatkuvasta seurannasta.

4.4 Vaaratapahtumien raportointi ja virheistä oppiminen

Jopa puolet potilashoitoon liittyvistä haittatapahtumista voidaan ehkäistä laatua parantamalla, riskejä analysoimalla, hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita korjaamalla sekä virheistä oppimalla. Esimiehen avoin ja syyllistämätön suhtautuminen virheisiin oppimismahdollisuuksina, tukee organisaation potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä. HaiPro-ilmoitukset käsitellään neljännes vuosittain perusturvapalveluiden johtoryhmässä. Ilmoitukset käsitellään myös säännöllisesti työyksiköiden osastokokouksissa. Potilaiden ja asiakkaiden tekemät muistutukset ja kantelut käsitellään asianmukaisesti ja niistä opitaan. Myös potilasasiamiehen raportit käsitellään asianmukaisesti ja toimintaa sekä palveluita kehitetään raporttien sisältö huomioiden.

4.5 Potilaan ja asiakkaan sekä läheisten osallistuminen turvallisuuden edistämiseen

Potilas ja asiakas sekä läheiset otetaan aktiivisesti mukaan turvallisuuden edistämiseen. Hoito- ja palvelusuunnitelmat tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja asiakkaan kanssa. Heidä kuunnellaan ja tuetaan sekä kannustetaan osallistumaan hoidon ja palvelun suunnitteluun ja toteutukseen koko hoito- ja palveluprosessin ajan. Heille annetaan riittävästi ja kattavasti tietoa sekä neuvoja hoidon ja palveluiden eri vaiheissa. Heidän kanssa keskustellaan myös mahdollisista riskeistä sekä olemassa olevista hoidon ja palveluiden vaihtoehdoista. Tiedon antamisella luodaan luottamusta, sekä tuetaan heidän omia voimavarojaan ja resurssejaan sekä edesautetaan heidän omaa tilanteen hallintaa ja helpotetaan päätöksentekoa.

4.6 Dokumentointi ja tiedonkulku

Hyvä dokumentointi luo pohjaa turvallisuusriskien arvioinnille. Potilas- ja asiakasasiakirjoihin kirjataan selkeästi ja yksiselitteisesti hoidon ja palveluiden järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja

Laatija:

Potilas- ja asiakasturvallisuusohjausryhmä
18.4.2013

Hyväksyjä ja hyväksymispvm:

Kalajoen perusturvalautakunta 29.5.2013 § 59

seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvän tiedon jakaminen kuuluu keskeisesti hyvään turvallisuuskulttuuriin. Avoin ja aktiivinen tiedottaminen ajantasaisista asioista organisaation, yksiköiden ja henkilöstön välillä parantavat turvallisuutta. Tiedonkulkua eri toimijoiden ja yhteistyökumppaneiden välillä parannetaan mm. kehittämällä hoitoketjujen toimivuutta sekä potilas- ja asiakastietojärjestelmää. Turvallisuutta lisää myös tiedon kerääminen yhteisiin arkistoihin mm. KanTa-arkisto, alueröntgen-arkisto ja E-Resepti-arkisto. Henkilöstölle tiedotetaan mm. intranetissä, sähköpostissa ja osastokokouksissa sekä ilmoitustauluilla ja organisaation sisäisissä info-tilaisuuksissa potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvistä asioista.

5 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUSJÄRJESTELMÄN VASTUUT JA TEHTÄVÄT

5.1 Potilas- ja asiakasturvallisuus ja johtaminen

Turvallisuus on korkealaatuisen, vaikuttavan hoidon ja hyvän laadun keskeinen tekijä. Kokonaisvastuu sen toteutumisesta on organisaation johdolla. Potilasturvallisuuden edistäminen vaatii järjestelmällisiä toimia sekä pitkäjänteistä kehittämistyötä kaikessa toiminnassa. Sen johtaminen ei voi olla irrallaan toiminnan muusta johtamisesta. Se on osa laajempaa organisaation turvallisuusjohtamista ja kokonaisvaltaista riskien hallintaa. Potilasturvallisuuden kehittyminen edellyttää johdon näkyvää sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen. Johdon on aktiivisesti viestitettävä potilasturvallisuudesta henkilöstölle ja ylläpidettävä sitä organisaation toiminnassa.

Kalajoen kaupungin perusturvalpalvelut tukevat asukkaita heidän terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämisessä ja ylläpitämisessä eri elämän vaiheissa. Potilas- ja asiakasturvallisuuden toimeenpanovastuu on perusturvalautakunnalla. Suunnittelu, toteutus, seuranta ja kehittämisvastuu ovat perusturvan johtoryhmällä. Toimintaohjeet ja kuvaukset käytännöistä ovat selkeät ja ajantasaiset. Ne ovat nähtävillä intrassa. Henkilöstöresurssit määritellään toimintasuunnitelmassa ja henkilöstön osaamisesta huolehditaan koulutussuunnitelmalla. Potilas- ja asiakasturvallisuus näkökulma huomioidaan myös taloudellisissa päätöksissä. Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma päivitetään kerran vuodessa toimintasuunnitelman yhteydessä.

Henkilökunnan infossa tiedotetaan tehdystä potilasturvallisuussuunnitelmasta, joka löytyy jatkossa myös intrasta. Suunnitelma liitetään osaksi uuden työntekijän perehdytysohjelmaa. Työympäristön turvallisuus kartoitetaan riskikartoituksessa joka toinen vuosi.

5.1.1 Perusturvalautakunta

Perusturvalautakunnalla on ylin päätösvalta potilas- ja asiakasturvallisuusjärjestelmässä. Lautakunnan tehtävä on määritelty perusturvalautakunnan johtosäännössä.

5.1.2 Perusturvajohtaja

On perusturvalautakunnan alaisuudessa kokonaisvastuussa potilas- ja asiakasturvallisuudesta. Johtosäännössä vastuu on delekoitu perusturvajohtajalle.

5.1.3 Potilas- ja asiakasturvallisuustyöryhmän jäsenet ja tehtävät

Tehtävänä on potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittäminen ja ohjaaminen sekä seuranta ja arviointi. Työryhmä huolehtii myös yleisen tiedottamisen ohessa, turvallisuuteen liittyvien asioiden tiedottamisesta sekä koulutusten järjestämisestä. Työryhmä päivittää potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelman vuosittain ja kokoontuu tarvittaessa.

Turvallisuustyöryhmä:
Terveyspalvelujohtaja
Vastaava hammaslääkäri
Vastaanottojen ja neuvolan osastohoitajat
Palvelukeskus Mainingin osastonhoitaja
Palveluohjauspäällikkö
Vammaispalveluiden palvelupäällikkö

Sosiaali- ja potilasasiamiestä konsultoidaan tarvittaessa.
HaiPro- koordinaattoreina toimivat yksiköiden esimiehet.

5.1.4 Palveluyksiköiden esimiesten vastuut ja tehtävät

Potilasturvallisuus huomioidaan kaikessa toiminnassa ja toiminnan suunnittelussa. Esimiehet huolehtivat riittävästä resursseista ja henkilöstöstä. He pyrkivät kehittämään yksikkönsä turvallisuuskulttuuria sekä seuraavat ja arvioivat kehitystä. He tiedottavat aktiivisesti henkilöstölle turvallisuuteen liittyvistä asioista. He toimivat HaiPro- koordinaattoreina ja käyvät haitta- ja vaaratapahtuma ilmoitukset läpi yksiköiden palaverissa.

5.1.5 Työntekijöiden vastuut ja tehtävät

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua. Laki sisältää pykälät mm. ammattieettisestä velvollisuudesta sekä täydennyskoulutusvelvollisuudesta, velvollisuudesta kehittää ja ylläpitää ammattitaitoa. Laadukas hoitotyö vaatii jatkuvaa ammattitaidon ajan tasalla pitämistä ja kehittämistä. Se on myös yksi terveydenhuollon eettisistä periaatteista.

Sosiaalihuoltolain 53§ mukaan työntekijällä on oikeus ja velvollisuus osallistua ammattitaitonsa kehittämiseksi järjestettyyn koulutukseen. Pykälä velvoittaa myös työnantajaa mahdollistamaan henkilöstön osallistumisen täydennyskoulutukseen.

Laatija:
Potilas- ja asiakasturvallisuusohjausryhmä
18.4.2013

Hyväksyjä ja hyväksymispvm:
Kalajoen perusturvalautakunta 29.5.2013 § 59

Jokaisella työntekijällä on myös velvollisuus omalta osaltaan kehittää ja ylläpitää työyksikön potilas- ja asiakasturvallisuutta. Työntekijällä on velvollisuus tehdä HaiPro- ilmoitus haitta tai vaaratapahtumista. Vakavista vaaratapahtumista tulee ilmoittaa välittömästi esimiehelle.

6 POTILAS- JA ASIAKASTURVALLISUUTTA EDISTÄVÄT MENETTELYTAVAT

6.1 Laadun- ja riskienhallinta

ITE – laadunhallintajärjestelmällä kehitetään työyksiköiden toimintaa ja palveluiden laatua. Potilas- ja asiakasnäkökulma huomioidaan vuosittain tehtävällä asiakastytyväisyyskyselyllä, joka toteutetaan TAK (tutki, arvioi, kehitä) palautejärjestelmällä. Tulosten pohjalta toimintatapoja ja prosesseja kehitetään potilas- ja asiakasturvallisuus sekä riskit huomioiden.

Ostopalveluja suunniteltaessa huomioidaan palveluntarjoajan palvelun laatu sekä vaikutukset potilasturvallisuuteen. Tehdään yritysvaikutusten arviointi sekä tarvittaessa ympäristö vaikutusten arviointi.

Riskikartoitus tehdään joka toinen vuosi. Poikkeusoloissa toimitaan valmiussuunnitelmien mukaisesti (terveydenhuolto, sosiaalitoimi, ympäristöterveydenhuolto ja pandemiasuunnitelma).

Syksyllä 2013 toteutetaan lääkehoidon verkkokoulutus sekä myöhemmin käyttöön otetaan lääkehoidon tenttijärjestelmä.

6.2 Tietoturva

Tietoturvaa kehitetään mm. Navisec tietoturva- ja tietosuoja koulutuksella, jonka sisältö on rakennettu terveydenhuollon ja sosiaalitoimen tietoturva- ja tietosuoja vaatimusten mukaisesti. Koko henkilöstö on suorittanut testin Navisec koulutusympäristössä. Organisaatiossa on nimetty tietoturva vastaava ja yksiköihin on laadittu tietoturvaohjeistus.

6.3 Yhteiset arkistot

Potilas- ja asiakasturvallisuutta tukevat yhteiset arkistot mm. e-Resepti, KanTa-arkisto, ja alueröntgen arkisto. Yhteiset arkistotietokannat edistävät hoidon jatkuvuutta sekä potilasturvallisuutta ja tehostavat terveydenhuollon palveluja. Valtakunnallinen reseptikeskus mahdollistaa kokonaislääkityksen selvittämisen ja lääketurvallisuuden seurannan. Kansallinen potilasarkisto mahdollistaa potilastietojen ajantasaisen saatavuuden hoitotilanteessa. Henkilöstö on suorittanut e-Resepti verkkokoulutuksen.

6.4 HaiPro-järjestelmä

Osassa sosiaali- ja terveystoimen yksiköistä on käytössä HaiPro-järjestelmä, jota henkilökunta on koulutettu käyttämään. HaiPro-vastaavat tilastoivat ilmoitukset, jotka käsitellään kolmannes vuosittain johtoryhmän kokouksessa. Tapahtuneet vaarailmoitukset tulee käydä läpi myös yksiköiden palaverissa. Tapahtuneista virheistä tulee oppia ja käytäntöjä kehittää siten, että virheet eivät toistu.

6.5 Hilmo-rekisteri

Hoitoilmoitusrekisteri (Hilmo-rekisteri) on lakisääteinen ja kansallinen hoitoilmoitusten rekisteröinnin työkalu, joka on käytössä kaikissa työyksiköissä.

6.6 Lääkehoidon suunnitelma

Kalajoen sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueella on päivitetty maaliskuussa 2013 kaikkien yksiköiden lääkehoidosuunnitelmat Stm:n ohjeistuksen mukaisesti. Samalla uudistettiin lääkelupatodistus, joka on yhtenäinen koko yhteistoiminta-alueella. Lääkehoidon suunnitelma päivitetään vuosittain, josta vastaa nimetty työryhmä. Lääkehoidon suunnitelmaa löytyy intrasta.

6.7 Infektioiden hallinta

Organisaatiossa on nimetty infektio vastuhenkilöt. He päivittävät yleisiä infektioiden torjunta ohjeita sekä informoivat henkilöstöä aiheesta. He ylläpitävät erityisosaamistaan sairaanhoitopiiriin vuosittain koulutuksissa. Sairaanhoitopiiri on nimennyt alueelle infektio vastuhenkilöt sekä määritellyt heidän tehtävänsä. Sairaanhoitopiiriin nettisivuilta löytyy päivitettyt infektioiden torjunta- ja toimintaohjeet.

6.8 Pelastussuunnitelma

Paloturvallisuudesta huolehditaan mm. sammutusvälineiden kunnossa pidolla sekä vuosittain tehtävällä palotarkastuksella. Yksiköiden esimiehet huolehtivat, että tarkastukset tehdään. Pelastussuunnitelma on nähtävissä yksiköiden ilmoitustaululla. Palo- ja pelastautumisharjoituksia tullaan järjestämään yksiköiden henkilöstölle.

6.9 Turvallisuusselvitys

Riskien arviointi ja hallinta ovat osa organisaation turvallisuuspolitiikkaa. Turvallisuussuunnitelman tavoitteena on ennaltaehkäistä ja torjua onnettomuuksia ja tapaturmia, rikoksia, häiriöitä ja parantaa ihmisten turvallisuuden tunnetta. Yksiköiden esimiehet huolehtivat, että turvallisuusselvitys tehdään vuosittain ja siinä esille nousseet riskit korjataan asianmukaisesti. Turvallisuusselvitys on nähtävissä yksiköiden ilmoitustaululla.

6.10 Laiterekisteri

Laiterekisteri laaditaan asianmukaisesti ja yksiköihin nimetään vastuuhenkilöt. Laiterekisteriin kirjataan laitteiden ja tarvikkeiden kalibroinnit ja huollot. Organisaatiossa laaditaan yhtenäinen laiterekisteri, joka laitetaan jatkossa intraan.

6.11 Osaamisen kehittäminen ja varmistaminen

Henkilöstöä rekrytoitaessa, varmistetaan ammatillinen pätevyys sekä soveltuvuus yksikköön. Henkilöstön koulutustarvetta ja osaamista kartoitetaan aktiivisesti. Koulutuskalenteria ylläpidetään ja henkilöstöä ohjataan koulutuksiin. Potilasturvallisuus huomioidaan jatkossa koulutusten sisällöissä.

6.12 Tiedonkulku

Henkilöstölle tiedotetaan mm. intranetissä, sähköpostissa ja osastokokouksissa sekä ilmoitustauluilla ja organisaation sisäisissä info-tilaisuuksissa mm. potilas- ja asiakasturvallisuuteen liittyvistä asioista. Turvallisuus asioista tiedotetaan muiden asioiden yhteydessä.

6.13 Perehdytys

Laadukas perehdyttäminen vaikuttaa työntekijän osaamiseen sekä työn laatuun ja kuormittavuuteen. Työyksiköissä on perehdytyskansio, jonka mukaan uudet työntekijät ja opiskelijat perehdytetään yksikön toimintaan. Potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma lisätään perehdytyskansioon, joka käydään läpi perehdytyksen aikana.

6.14 Potilas- ja sosiaaliasiamies

Potilasasiamies ohjaa ja neuvoo potilaita ja asiakkaita heidän oikeuksiin liittyvissä asioissa. Työyksiköiden ilmoitustaululla on nähtävissä potilas- ja sosiaaliasiamiehen yhteystiedot.