



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Merja Hannele Jutila

KIRURGISEN TARKISTUSLISTAN
KÄYTTÖÖNOTTO
TURVALLISUUSKULTTUURIN
MUUTOKSEN NÄKÖKULMASTA

Ylempi AMK-tutkinto
Sosiaali- ja terveysala
2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
(ylempi AMK)

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Merja Jutila
Opinnäytetyön nimi	Kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotto turvallisuuskulttuurin muutoksen näkökulmasta
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	96 + 6 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Tutkimuksen tarkoituksena oli ottaa käyttöön WHO:n kirurginen tarkistuslista erään sairaanhoitopiirin keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tutkimuksessa selvitettiin, muuttaako tarkistuslistan käyttöönotto osaston turvallisuuskulttuuria. Turvallisuuskulttuurin muutosta mitattiin VTT:n turvallisuuskulttuurikyselyn avulla. Tutkimuksessa selvitettiin myös, millaista koulutusta henkilökunta tarvitsee ennen uuden työkalun käyttöönottoa. Lisäksi tutkimuksessa kuvattiin käyttöönottoprosessin sujumista.

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena. Tutkimuksen tiedonantajina olivat tutkittavan leikkaus- ja anestesiaosaston hoitotyöntekijät. Tutkimusaineisto kerättiin turvallisuuskulttuurikyselyillä, koulutus palautekyselyllä ja havainnoimalla. Kyselyt ja havainnointi suoritettiin syksyn 2010 sekä kevään 2011 aikana. Aineiston strukturoidut kysymykset analysoitiin kvantitatiivisesti ja avoimet kysymykset sisällönanalyysillä. Havaintojen keruussa käytettiin osallistuvaa havainnointia.

Tutkimuksessa selvisi, että tutkittavan osaston turvallisuuskulttuuri muuttui WHO:n kirurgisen tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Jo alkukartoituksessa turvallisuuskulttuurin vahvuudeksi havaitut erittäin korkea turvallisuusmotivaatio, henkilökohtainen vastuuntunne ja valppaus saivat korkeampia arvioita tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Toisaalta turvallisuuskulttuurin heikkouksina nähdyt hallinnan tunne, muutosten hallinta ja yksiköiden välinen yhteistyö arvioitiin alkukartoitustuloksia huonompina. Uuden työkalun käyttöönotossa tarvittiin riittävää ja moniammatillista koulutusta. Luennot yhdessä käytännön harjoitusten kanssa katsottiin parhaimmaksi koulutusmuodoksi. Kirurgista tarkistuslistaa ei saatu täysin vakiinnutettua osaksi normaalia toimintaa osastolla tutkimuksen aikana. Tarkistuslistan käyttöprosentti jäi 49 %:iin.

Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää turvallisuuskulttuuria kehitettäessä, koulutuksia järjestettäessä sekä kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoa suunniteltaessa.

Asiasanat potilasturvallisuus, turvallisuuskulttuuri, kirurginen tarkistuslista

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
 (Ylempi AMK)

ABSTRACT

Author	Merja Jutila
Title	Introducing the Surgical Check-List – A Safety Culture Change
Year	2011
Language	Finnish
Pages	96 + 6 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The purpose of the study was to introduce the WHO's surgical check-list in an operating room of a central hospital. This study investigated if introducing this surgical check-list changes the ward's safety culture. The change in safety culture was measured with safety culture inquiry by Technical Research Centre of Finland, VTT. A further purpose was to find out what kind of training the hospital personnel needs before introducing a new tool. The study describes also how the introduction process went.

The study was carried out as a practice-based research. Target group consisted of the nurses working in the operating room in question. The research material was collected with safety culture inquiries, feedback from training and by observation. Inquiries and observation were carried out in autumn 2010 and in spring 2011. The structured questions were analysed with quantitative methods and open ended questions were analysed with content analysis.

The findings revealed that the safety culture of the ward changed after introducing the WHO's surgical check-list. The findings in the first survey made it clear that already extremely high safety value and motivation, the sense of personal responsibility and mindfulness got even higher assessments after the introduction of the surgical check-list. On the other hand safety cultures weaknesses like the sense of control, change management and co-operation between the wards got worse assessments than before. Sufficient multi-professional training was needed. In the introduction of a new tool, lectures along side with practical training were considered to be the best form of education and training. The surgical check-list was not fully established as a normal part of the activity in the ward during the study. The usage percent of the check-list remained at 49 %.

The findings of this study can be utilized when safety culture is developed, when trainings are organized and when introduction of the surgical check-list is planned.

Keywords Patient safety, safety culture, surgical check-list

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. JOHDANTO.....	9
2. TURVALLISUUSKRIITTISET ALAT, TURVALLISUUSKULTTUURI JA POTILASTURVALLISUUS.....	11
2.1. Turvallisuuskriittiset alat.....	11
2.2. Turvallisuuskulttuuri.....	12
2.3. Turvallisuuskulttuurin mittaaminen.....	14
2.4. Potilasturvallisuus.....	17
2.5. Potilasturvallisuustyökalut.....	19
2.6. Kirurginen tarkistuslista.....	20
2.7. Muutosjohtajuus kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotossa.....	24
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	29
4. TUTKIMUKSEN MENETELMÄT, AINEISTO JA TOTEUTUS.....	31
4.1. Tutkimusmenetelmät.....	31
4.2. Tutkimuksen kohde.....	33
4.3. Tutkimuksen aineisto ja analyysi.....	34
4.4. Tutkimuksen toteutus ja käyttöönottoprosessin kuvaus.....	38
5. TULOKSET.....	45
5.1. Turvallisuuskulttuurin alkukartoitus.....	45
5.1.1. Psykologiset ulottuvuudet.....	46
5.1.2. Organisatoriset ulottuvuudet.....	50
5.1.3. Yhteenveto.....	58
5.2. Palaute koulutuksesta.....	59
5.2.1. Kokemus koulutuksesta.....	61
5.2.2. Koulutustarve ennen kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoa.....	61
5.2.3. Paras koulutusmuoto.....	61
5.2.4. Koulutuksen kehittäminen.....	62
5.2.5. Yhteenveto.....	62
5.3. Turvallisuuskulttuurin loppukartoitus.....	63

	5
5.3.1. Psykologiset ulottuvuudet.....	64
5.3.2. Organisatoriset ulottuvuudet.....	67
5.3.3. Yhteenveto.....	74
6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	76
6.1. Johtopäätökset.....	76
6.2. Pohdinta.....	85
6.3. Luotettavuus.....	88
LÄHTEET.....	93
LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

- Kuvio 1** Hallinnan tunne -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 2** Henkilökohtaisen vastuun tunne -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 3** Turvallisuusmotivaatio-väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 4** Valppaus-väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 5** Kontrollimuuttujat-väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 6** Työn edellytysten hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 7** Työprosessien hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 8** Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 1 alkukartoituksessa.
- Kuvio 9** Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 2 alkukartoituksessa.
- Kuvio 10** Organisaation oppimiskäytännöt -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 11** Osaamisen hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 12** Muutosten hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio13** Ryhmätason kriittisten toimintojen keskiarvot -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.
- Kuvio 14** Hallinnan tunne -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 15** Henkilökohtaisen vastuun tunne -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 16** Turvallisuusmotivaatio-väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 17** Valppaus-väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 18** Kontrollimuuttujat-väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 19** Työn edellytysten hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 20** Työprosessien hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 21** Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 1 loppukartoituksessa.
- Kuvio 22** Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 2

- loppukartoituksessa.
- Kuvio 23** Organisaation oppimiskäytännöt -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 24** Osaamisen hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 25** Muutosten hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Kuvio 26** Ryhmätason kriittiset toiminnot -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.
- Taulukko 1** Turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet Reimanin, Pietikäisen ja Oedewaldin (2008) mukaan.
- Taulukko 2** VTT:n TUKU 3 mittausmallin ulottuvuudet.
- Taulukko 3** Käyttöönottokoulutuksesta saatu palaute.
- Taulukko 4** Turvallisuuskulttuurin suurimmat vahvuudet ja heikkoudet alkukartoituksessa.
- Taulukko 5** Turvallisuuskulttuurin suurimmat vahvuudet ja heikkoudet loppukartoituksessa sekä muutos alkukartoitukseen verrattuna.
- Taulukko 6** Koulutustoiiveet uuden työkalun käyttöönotossa.
- Taulukko 7** Tarkistuslistan käyttöönoton sujuvuus muutosjohtajuuden näkökulmasta.

LIITELUETTELO

- LIITE 1 Kirurginen tarkistuslista
- LIITE 2 Turvallisuuskulttuurikysely suomeksi
- LIITE 3 Palaute koulutuksesta -kysely
- LIITE 4 Koulutusmateriaali
- LIITE 5 Yksityiskohtaiset tulokset alkukartoituksesta
- LIITE 6 Yksityiskohtaiset tulokset loppukartoituksesta

1. JOHDANTO

Kansainvälisissä arvioissa on esitetty, että joka kymmenenteen sairaaloiden hoitojaksoon liittyy jonkinasteinen hoitovahinko. Haittatapahtumien syiksi on havaittu puutteet tai häiriöt toimintatavoissa tai -järjestelmissä. Potilaille aiheutuneita haittoja voidaan kuitenkin välttää panostamalla potilasturvallisuuteen. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä esittää potilasturvallisuusstrategiassaan, että potilasturvallisuus on nostettava keskeiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Juuri nyt potilasturvallisuutta huomioidaan ja kehitetään sekä kansainvälisesti että kansallisesti. Muut korkean riskin alat ovat sosiaali- ja terveysalaa paljon pidemmällä turvallisuuden varmistamisessa. Siksi terveydenhuollossa tulisikin ottaa mallia muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta kuten ydinvoimateollisuudesta ja ilmailusta, joiden käytäntöjä voidaan soveltaa myös terveydenhuollossa. Kuitenkin on tärkeää tutkia myös potilasturvallisuutta esimerkiksi etsimällä sitä parantavia käytäntöjä. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin korostanut Suomessa tehtävän, potilasturvallisuutta edistävän tutkimuksen tärkeyttä. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009a, 11, 12, 18; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

World Health Organisationin (Maailman terveysjärjestö) World Alliance for Patient Safety liitto on kehittänyt kirurgisen tarkistuslistan, jonka avulla voidaan parantaa turvallisuutta leikkaussaleissa. Tarkistuslistaa varten otettiin mallia ilmailusta, jossa erilaiset tarkistuslistat kuuluvat rutiineihin. Ilmailussa tarkistuslistoja käyttämällä on pystytty parantamaan lentoturvallisuutta merkittävästi. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 2; Ikonen & Pauniahho 2010.)

Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan potilaiden turvallista hoitoa edistävää systemaattista toimintatapaa, sitä tukevaa johtamista, arvoja ja asenteita. Potilasturvallisuuskulttuuriin sisältyy riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpi-

teet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Organisaation turvallisuuskulttuuria mittaamalla voidaan muun muassa arvioida organisaatiossa tehtyjen kehittämistoimenpiteiden vaikutuksia. Turvallisuuskulttuurin mittaaminen voidaan suorittaa esimerkiksi kyselyn avulla. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009a, 20; Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 36–37.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli ottaa käyttöön kirurginen tarkistuslista eräällä leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tutkimuksessa selvitettiin muuttaako tarkistuslistan käyttöönotto osaston turvallisuuskulttuuria. Turvallisuuskulttuurin muutosta mitattiin turvallisuuskulttuurikyselyn avulla. Tutkimuksessa selvitettiin millaista koulutusta henkilökunta tarvitsee ennen uuden työkalun käyttöönottoa. Lisäksi tutkimuksessa kuvattiin käyttöönottoprosessin sujumista. Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena. Tutkimuksen tiedonantajina olivat tutkittavan leikkaus- ja anestesiaosaston hoitotyöntekijät.

2. TURVALLISUUSKRIITTISET ALAT, TURVALLISUUSKULTTUURI JA POTILASTURVALLISUUS

2.1. Turvallisuuskriittiset alat

Turvallisuuskriittisinä aloina pidetään sellaisia aloja, joiden toimintaan liittyy merkittäviä työturvallisuusriskejä tai uhkaa terveyshaittojen aiheuttamisesta ulkopuolisille. Turvallisuuskriittisinä aloja ovat muun muassa ilmailu, ydinvoimateollisuus sekä kemianteollisuus. Myös terveydenhuolto-organisaatioita on ryhdytty tarkastelemaan turvallisuuskriittisinä, sillä niiden toiminnassa ja johtamisessa voidaan nähdä paljon samaa kuin ilmailualassa ja ydinvoimateollisuudessa. (Oedewald & Reiman 2006, 87; Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 6.)

Ydinvoimateollisuudessa havahduttiin ydinonnettomuuksien jälkeen siihen, etteivät tekniikan luotettavuus ja teknisten suojausmekanismien kehittäminen riitä varmistamaan turvallisuutta. Myös ihmisen toimintaa ja organisatorisia tekijöitä tuli huomioida turvallisuutta varmistettaessa. Huomattiin, että merkittävä osa häiriöistä, vioista ja tuotannon menetyksistä oli ihmisten aiheuttamia tai ne olisi pystytty estämään, jos ihmiset olisivat toimineet oikean kaavan mukaan. Syntyi uusia tutkimus- ja johtamiskäsitteitä, kuten ”inhimillinen virhe” ja ”turvallisuuskulttuuri”. (Oedewald & Reiman 2006, 14.)

Organisaatioihin tulee luoda sellaisia käytäntöjä, ohjeita ja suojausmekanismeja, joiden avulla satunnainen riskinotto ei aiheuta kokonaisuudelle merkittävää turvallisuusriskiä. Turvallisuuskriittisillä aloilla tulee panostaa henkilöstön turvallisuus- ja riskitietoisuuteen, sillä työskentely turvallisuuden edistämiseksi lisää motivaatiota. Myös terveysalalla sosiaali- ja terveysministeriö korostaa potilasturvallisuuden kattavaa liittämistä terveydenhuollonhenkilökunnan koulutukseen ja perehdytykseen. (Oedewald & Reiman 2006, 48–49, 53; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

2.2. Turvallisuuskulttuuri

Reiman, Pietikäinen ja Oedewald (2008b, 3) määrittelevät turvallisuuskulttuurin organisaation kyvyksi ja tahdoksi ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, sekä kyvyksi ja tahdoksi toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista ja edistää turvallisuutta. Turvallisuuskulttuurissa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit.

Hyvän turvallisuuskulttuurin tunnistaa siitä, että työntekijät pystyvät tekemään työtehtävänsä hyvin, turvallisuutta pidetään organisaatiossa arvossa, turvallisuus käsitetään laaja-alaiseksi ja toimintaan liittyvät vaarat huomioidaan. Myös turvallisuuden kehittäminen ja siihen vaikuttaminen kuuluvat hyvään turvallisuuskulttuuriin. Organisaatiossa jokainen henkilöstön jäsen osallistuu turvallisuuskulttuurin luomiseen. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008b, 89.)

Terveydenhuollossa turvallisuuskulttuuri katsotaan yksittäisen työntekijän ja työyhteisön tavaksi toimia potilaiden hoidon turvallisuuden takaamiseksi. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu potilasturvallisuutta edistävä, systemaattinen tapa toimia sekä sitä tukevat johtamistavat, asenteet ja arvot. Myös riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä jatkuva toiminnan kehittäminen sisältyvät potilasturvallisuuskulttuuriin. Kun turvallisuuskulttuuria vahvistetaan, hoitoon liittyvät riskit ja potilaille aiheutuvat haitat vähenevät. Turvallisuuskulttuurin vahvistamisessa on tärkeää yhteinen vastuunkanto. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009a, 14.)

Reimanin ym. (2008b) mukaan turvallisuuskulttuuri muodostuu kolmesta ulottuvuudesta: organisatorisesta ulottuvuudesta, psykologisesta ulottuvuudesta ja sosiaalisista prosesseista. Psykologinen ulottuvuus koostuu henkilöstön kokemuksista ja käsityksistä työstä, turvallisuudesta ja vaaroista. Sosiaaliin prosesseihin kuuluvat sosiaaliset mekanismit, joiden avulla asioita tulkitaan, muodostetaan toi-

mintakäytäntöjä sekä luodaan ja ylläpidetään merkityksiä. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) on kuvattu turvallisuuskulttuurin ulottuvuuksien osat. (Reiman ym. 2008b, 50–51,69,77.)

Taulukko 1. Turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet Reimanin ym. (2008b) mukaan.

Organisatoriset ulottuvuudet	Psykologiset ulottuvuudet	Sosiaaliset prosessit
1. Johtamisjärjestelmän määrittely ja ylläpitäminen	1. Turvallisuusmotivaatio	1. Ymmärryksen luominen päivittäisistä tapahtumista ja omasta roolista
2. Johdon toiminta turvallisuuden varmistamiseksi	2. Ymmärrys oman työn ja organisaation vaaroista, vaaramekanismeista ja mahdollisista onnettomuuksista	2. Normien ja sosiaalisen identiteetin muodostuminen ja ylläpitäminen,
3. Turvallisuudesta viestiminen	3. Ymmärrys organisaation turvallisuudesta	3. Toimintojen optimointi ja ajalehtiminen,
4. Lähiesimiestoiminta	4. Vastuu organisaation turvallisuudesta	4. Poikkeamien normalisointi
5. Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä	5. Työn hallinta	5. Työtä ja turvallisuutta koskevien käsitysten juurtuminen
6. Yhteistyö ja tiedonkulku yksiköiden välillä		
7. Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen		
8. Organisatoriset oppimisen käytännöt		
9. Osaamisen varmistaminen ja koulutus		
10. Resurssien hallinta		
11. Työn tukeminen ohjeilla		
12. Ulkopuolisten toimijoiden hallinta		
13. Muutosten hallinta		

2.3. Turvallisuuskulttuurin mittaaminen

Turvallisuuskulttuuria arvioimalla voidaan tutkia organisaation turvallisuuskulttuurin tilaa. Läheltä piti -tilanteiden ja potilasvahinkojen syitä voidaan etsiä turvallisuuskulttuuria analysoimalla. Turvallisuuskulttuurianalyysia voidaan hyödyntää myös kehittämistoimenpiteiden vaikutusten mittaamisessa. Usein turvallisuuskulttuuria analysoitaessa on keskitytty organisatorisiin ulottuvuuksiin. Tämä johtuu siitä, että organisatorisia ulottuvuuksia on helppo mitata strukturoiduilla kyselyillä. Tällaisissa kyselyissä saadaan kvantitatiivisesti mitattavaa aineistoa, jota on helppo verrata juuri kulttuurin muutosta toteutettaessa. Turvallisuuskulttuurin psykologisia ulottuvuuksia on myös mahdollista tutkia kyselyillä. Kuitenkin psykologisten ulottuvuuksien tutkimiseen saatetaan tarvita myös laadullisia tutkimusmenetelmiä, kuten haastatteluja. Moniulotteisten sosiaalisten prosessien tutkiminen kyselyllä koetaan vaativaksi. Sosiaalisten prosessien tutkiminen edellyttääkin laadullisia tutkimusmenetelmiä. (Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 36–39.)

VTT käynnisti Turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa -projektin (TUKU-projekti) vuoden 2008 tammikuussa. Projektin tarkoituksena oli kehittää potilasturvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely, joka soveltuisi suomalaisiin terveydenhuollon organisaatioihin. Menettely pyrittiin myös juurruttamaan osaksi terveydenhuolto-organisaatioiden kehittämistoimintaa. TUKU-projektissa kehitettiin kysely suomalaisen terveydenhuollon tarpeisiin potilasturvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien arviointiin. Kyselyn pohjana käytettiin maailmalla muodostettuja kyselyitä, jotka eivät olleet suoraan sovellettavissa suomalaiseen terveydenhuoltoon. Kyselyä pilotoitiin viidessä terveydenhuollon organisaatiossa, joista neljä oli sairaanhoitopiiriä ja yksi tutkimukseen osallistuvan sairaanhoitopiirin kanssa yhteistyötä tekevän terveyskeskussairaalan neljä vuodeosastoa. (Pietikäinen ym. 2008, 3, 6, 37; Pietikäinen 2008, 22.)

Tämän tutkimuksen kohde kuuluu yhteen TUKU-projektin kyselyn pilotointiin

osallistuneeseen organisaatioon. Vuonna 2008 kyseisen organisaation turvallisuuskulttuurin vahvuuksina nähtiin muun muassa se, että omaa työtä pidettiin erittäin merkityksellisenä. Yksiköiden sisäinen päivittäinen tiedon hallinta ja toimintatapojen systemaattisuus sekä organisatoriset oppimisen käytännöt olivat turvallisuuskulttuurin vahvuuksia. Myös lähiesimiestoiminta potilasturvallisuuden kannalta sai hyviä arvioita, vaikka arviot vaihtelivat yksiköittäin paljon. Haasteeksi nousivat työn hallinnan tunteen alhaiset arviot. Kehittämiskohteina nähtiin johdon toiminta muutosten hallinnassa ja turvallisuuden varmistamisessa. (Reiman, Oedewald & Pietikäinen 2008a, 32.)

TUKU-projektissa tarkkailun kohteeksi valittiin turvallisuuskulttuuri organisaatio-tasolla. Tähän päädyttiin, koska organisaatio määrittää sisällään tapahtuvan toiminnan turvallisuuden ja antaa kehyksen, jonka sisällä kaikki toiminta tapahtuu. Organisaatio kantaa vastuun siitä, että yhteiskunnassa määritetyt turvallisuuteen liittyvät vaatimukset ja rajoitukset huomioidaan sen toiminnan kaikilla tasoilla. (Pietikäinen ym. 2008, 10.)

TUKU-projektissa muodostettu kyselykaavake on tarkoitettu potilasturvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien analysointiin. Kyselylomake koostuu väittämistä, joiden paikkansa pitävyyttä vastaaja arvioi asteikolla 1–6. Väittämät on jaettu turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien mukaisesti. Jokaisesta ulottuvuudesta tutkitaan 3–6 väittämän avulla. Vastaajille annetaan mahdollisuus kommentoida omin sanoin organisaation turvallisuuskulttuuria avoimessa kyselyssä. Lisäksi TUKU-projektissa hyödynnettiin Reimanin aiemmin kehittämää työn hallinnan tunteen arviointiin soveltuvaa kyselymittaria. Mittaria muiden turvallisuuskulttuurin psykologisten ulottuvuuksien mittaamiseen ei ollut saatavilla. (Pietikäinen ym. 2008, 37–38, 53.)

Turvallisuuskulttuurikyselyjä ja potilasturvallisuuden kartoitusmalleja on saatavilla useita. Yhdysvaltalainen Agency for Health Care Reserch and Quality (AHRQ) on ollut mukana luomassa potilasturvallisuuden kartoitus-malleja, joiden avulla

voidaan arvioida muun muassa henkilöstön tietoisuuden kasvua potilasturvallisuudesta, määrittää potilasturvallisuuskulttuurin tilaa ja tunnistaa sen vahvuuksia. Suomessa Pietikäinen (2008) on tutkinut TUKU-projektissa muodostetun turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuutta. Tutkimustuloksissaan Pietikäinen on päätenyt samaan tulokseen: kyselyä voi käyttää organisaation turvallisuuskulttuurin yleiskuvan hahmottamiseen, kunhan mittarin rajoitukset huomioidaan. Pietikäinen toteaa ulkopuolisten toimijoiden hallinnan, johtamisjärjestelmän, organisatorisen oppimisen käytäntöjen ja lähiesimiestoiminnan mittausosuudet suhteellisen toimiviksi. Kyselyn avulla pystytään selvittämään organisaation vahvuuksia ja heikkouksia liittyen potilasturvallisuuteen. Lisäksi kysely auttaa hahmottamaan potilasturvallisuuden kehittämiskohteita. Kyselyn suorittaminen sai henkilöstön ajattelemaan potilasturvallisuutta uudella tavalla tutkimuksen kohteena olleissa organisaatioissa. (Agency for Health Care Reserch and Quality 2010; Pietikäinen 2008, tiivistelmä, 2, 66–67.)

TUKU-projektin jälkeen turvallisuuskulttuurikyselyn kehittäminen on jatkunut VTT:n tutkijoiden toimesta. Jo Pietikäisen (2008, 66) tutkimustulosten perusteella turvallisuuskulttuurikyselystä tehtiin jalostuneempi versio. Uudistettuun turvallisuuskulttuurin mittausmalliin (Measurement model TUKU 3 health care) sisältyvät osiot sekä psykologisten että organisatoristen ulottuvuuksien mittaamiseen. Lisäksi kyselyyn sisältyy kontrollimuuttujien osio. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 2) on esitetty uudistetun mittausmallin ulottuvuuksien osiot. (VTT 2010.)

Taulukko 2. VTT:n TUKU 3 mittausmallin ulottuvuudet

Organisatoriset ulottuvuudet	Psykologiset ulottuvuudet	Kontrollimuuttujat
1. Työn edellytysten hallinta	1. Hallinnan tunne	1. Työmotivaatio
2. Työprosessien hallinta	2. Henkilökohtainen vastuun tunne	2. Työilmapiiri
3. Turvallisuusjohtaminen	3. Turvallisuusmotivaatio	3. Turvallisuushuoli
4. Organisaation oppimiskäytännöt	4. Valppaus	4. Työtyytyväisyys
5. Osaamisen hallinta		5. Vaikutuksenluonti
6. Muutosten hallinta		6. Organisaation ilmapiiri
7. Ulkoisten toimijoiden hallinta		
8. Ryhmätason kriittiset toiminnot		

2.4. Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta ajateltuna potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua. (Stakes & Lääkehoiton Kehittämiskeskus Rohto 2006, 6.)

Poikkeamia ja virheitä sattuu kaikissa terveydenhuollon yksiköissä. Usein näistä saattaa seurata haittaa potilaille. Poikkeamien ja virheiden taustalta löytyy usein järjestelmään ja toimintatapoihin liittyviä heikkouksia. Suuri osa potilaille koituvista haitoista on ehkäistävissä. Yksiköiden johdon ja henkilöstön tulisi yhdessä sitoutua potilasturvallisuustyöhön. Tähän päästään varmistamalla henkilöstön osaaminen ja kehittämällä toimintaa turvallisemmaksi yhteistyössä. Potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun varmistaminen tulee huomioida ammattihenkilöiden koulutuksessa ja toiminnassa sekä organisaation johtamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 11.)

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä tutkimuksessa ”Miten potilasturvallisuutta edistetään?” vastaajat korostivat avoimuutta poikkeamien käsittelyssä ja toiminnan korjaamista palautteen perusteella. Lisäksi korostettiin riittävän vakituisen henkilöstön, muiden toimintaresurssien turvaamisen, henkilöstön ammatillisen pätevyyden vaatimusten ja jatkuvan täydennyskoulutuksen merkitystä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tutkimuksessa todetaan, että potilasturvallisuuden edistäminen vaatii koko organisaation sitoutumista asiaan. Yhtenäisten vaaratapahtumien raportointikäytäntöjen käyttöön ottaminen ei yksin riitä, vaan tarvitaan analysoivaa palautetietoa ja käsittelymenettelyä tapahtumista, jonka avulla toimintaa voidaan parantaa. Avoin ja syyllistämätön ilmapiiri mahdollistaa vaaratapahtumiin puuttumisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 19, 22.)

Hoitoon liittyviä virheitä tulee käsitellä asiantuntevasti. Virheiden sattuessa on pohdittava, mistä virhe johtui ja miten samanlaisia virheitä voitaisiin jatkossa välttää. Virhetilanteista tulee siis oppia, eikä virheistä saa syyllistää. (Lääkäriliiton laatuneuvosto 2004, 8–9.)

Sillanpää (2009, 3) on tutkinut potilasturvallisuutta intraoperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimustuloksissa turvallisuutta edistäviä tekijöitä olivat hyvä kommunikatio ja tiedonkulku. Turvallisuutta vaaransivat ongelmat tiedonkulussa sekä epäselvät määräykset ja ohjeet. Potilasturvallisuutta edistävinä tekijöinä havaittiin koulutus, omat osaamisalueet, avoimuus ja toisten arvostaminen sekä kyky tunnistaa potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä. Potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä esiintyi pelkoa rangaistuksesta virheen tapahduttua sekä vastavalmistuneisiin hoitajiin liittyviä asioita. Yli-Villamo (2008) tutkimus potilasturvallisuudesta päivystyspoliklinikalla päättyy samoihin tuloksiin: ammattitaitoinen henkilöstö lisää potilasturvallisuutta, riittämätön ja kouluttamaton henkilöstö on uhka potilasturvallisuudelle. Vaaratapahtumia voitaisiin Yli-Villamon mukaan ennaltaehkäistä koulutusta lisäämällä, systemaattisella perehdytyksellä ja avoimella keskustelulla. Hallinnolliset menetelmät koettiin erittäin merkityksellisiksi vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä.

2.5. Potilasturvallisuustyökalut

On havaittu, että potilasturvallisuuden edistämiseksi tarvitaan systemaattista menettelyä toimintatapojen ja -ympäristön epäkohtien tunnistamiseksi ja inhimillisten virheiden ennaltaehkäisemiseksi. Potilasturvallisuustyökaluja on kehitetty sekä Suomessa että maailmalla. Suomessa käytössä oleva HaiPro-työkalu on vaaratapahtumien raportointijärjestelmä, joka on lisännyt keskustelua ja avoimuutta vaaratapahtumista. Myös konkreettisia parannustoimia on pystytty tekemään raportointityökalulla kerättyjen tietojen avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 3.)

Potilasturvallisuutta on ryhdytty kehittämään ilmailussa jo pitkään käytössä olleiden tarkistuslistojen avulla. Lentoturvallisuus on saavuttanut korkean tasonsa systemaattisesti suoritettujen turvallisuustarkastusten avulla. Potilaan sairaalassa olon aikana tapahtuu suuria määriä ehkäistävissä olevia poikkeamia, varsinkin kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä. Tarkistuslistojen avulla voidaan ehkäistä vahinkoja ja poikkeamia. (Pauniaho & Ikonen 2010; de Vries, Hollmann, Smorenburg, Gouma & Boermeester 2009.)

Potilasturvallisuuden parantamiseksi on terveydenhuollon piirissä otettu käyttöön erilaisia tarkistuslistoja. Britannian National Patient Safety Agency (kansallinen potilasturvallisuusvirasto) on julkaisut Seven Steps to patient safety (seitsemän askelta potilasturvallisuuteen) -oppaan, jossa kuvataan toimia, joiden avulla terveydenhuollon turvallisuutta voidaan parantaa hoitavan organisaation näkökulmasta. Oppaan askeleita noudattamalla voidaan varmistaa, että potilaalle annettava hoito on mahdollisimman turvallista ja asioiden mennessä vikaan osataan toimia oikein. Yhdysvalloissa Department of Health and Human Services, American Hospital Association ja American Medical Association ovat kehittäneet viiden kohdan listan, jolla potilas itse voi vaikuttaa turvallisemman hoidon saamiseen. Hollannissa tarkistuslista-ajattelu on viety pidemmälle. SURgical Patient Safety System (SURPASS) on tarkistuslista, joka kulkee potilaan mukana koko kirurgisen hoito-

polun ajan. Listaa käyttävät hoitolinjassa toimivat ammattilaiset. SURPASS-tarkistuslista on ensimmäinen validoitu potilasturvallisuustarkistuslista, joka kattaa koko kirurgisen hoitopolun. (National Patient Safety Agency 2004, 2; Agency for Healthcare Research and Quality 2004; de Vries, Hollmann, Smorenburg, Gouma & Boermeester 2009.)

2.6. Kirurginen tarkistuslista

World Health Organisation, WHO, eli Maailman terveysjärjestö on Yhdistyneiden Kansakuntien ihmisten terveyteen keskittynyt elin. Sen tarkoituksena on olla johtajana maailmanlaajuisissa terveysasioissa, muokata terveyden tutkimusta, asettaa normeja ja standardeja, tuoda esiin näyttöön pohjaavia toimintatapoja, tarjota teknistä apua jäsenmaille sekä valvoa ja arvioida terveystoimia. (WHO 2010.)

Potilasturvallisuutta kehittääkseen WHO perusti World Alliance For Patient Safety liiton. Liiton tarkoituksena on auttaa jäsenvaltioita potilasturvallisuustyössä. Potilasturvallisuuden parantamiseen pyritään kehittämällä potilasturvallisuuskulttuuria ja ottamalla käyttöön potilasturvallisuutta edistäviä menetelmiä. Yhtenä liiton kehittämishankkeena on Safe Surgery Saves Lives eli Turvallinen leikkaustoiminta säästää elämää. Hankkeen tarkoituksena on parantaa leikkaustoiminnan turvallisuutta maailmanlaajuisesti varmistamalla näyttöön perustuvien standardien käyttöä kaikissa maissa. (Peltomaa 2009, 22–23.)

Turvallinen leikkaustoiminta säästää elämää -aloitteen tarkoitus on siis vähentää leikkaustoimintaan liittyviä kuolemia ja vakavia komplikaatioita, kuten epätydyttäviä käytäntöjä anestesoissa, ehkäistävissä olevia leikkaushaavainfektioita sekä leikkaustiimin välisiä kommunikaatio-ongelmia. Edellä mainittuihin asioihin puuttamalla pystytään parantamaan potilasturvallisuutta ja vähentämään leikkauksiin liittyvää kuolleisuutta. Jotta näihin ongelmiin päästäisiin pureutumaan, kehittivät eri alojen asiantuntijat yhteistyössä World Alliance for Patient Safety -liiton ja potilaiden kanssa kirurgisen tarkistuslistan. Kirurgisen tarkistuslistan käyttöön-

oton tarkoituksena on vähentää yllä mainittuja komplikaatioita. Tarkistuslistan tavoitteena on auttaa hyväksytyjen turvallisuuskäytäntöjen käyttöä, helpottaa kommunikaatiota ja tiimityöskentelyä. Kirurginen tarkistuslista on työkalu, joka on tarkoitettu avuksi yksiköille, jotka haluavat parantaa leikkausturvallisuuttaan. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 2.)

Kirurgisen tarkistuslistan jokaisen askeleen taustalla on näyttöön tai kokemukseen perustuvaa tietoa siitä, että kyseisen asian tarkistaminen vähentää vaikeita, estettävissä olevia komplikaatioita. Tarkistuslistan käyttö ei aiheuta suuria kustannuksia, eikä sen tarkoituksena ole vaikeuttaa tiimin työskentelyä. Tarkistuslistan on tarkoitus olla lyhyt ja yksinkertainen. Monet listan askelista on jo nyt hyväksytyjä käytäntöjä ympäri maailmaa. Jokaisessa yksikössä, johon listan käyttöönottoa suunnitellaan tulisi harjoitella listan käyttöä ja samalla selvittää, kuinka lista saataisiin osaksi normaalia toimintaa. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 3.)

Kirurginen tarkistuslista jakautuu kolmeen osaan: ensimmäinen osa käydään läpi ennen anestesiaa. Tätä vaihetta kutsutaan sisäänkirjautumiseksi. Toinen osa, aikailä, käydään läpi ennen viiltoa. Kolmas osa, uloskirjautuminen, suoritetaan ennen potilaan poistumista salista. Käyttöönoton alussa on tärkeää, että yksi tiimin jäsen ottaa vastuun tarkistuslistan läpikäymisestä. Yleensä tämän tehtävän saa joku hoitajista. Tarkistuslistasta vastaava huolehtii, että listan tarkistukset tehdään ennen kuin siirrytään leikkauksen seuraavaan vaiheeseen. Kun tarkistuslista on tiimille tuttu, voidaan tarkistukset sulauttaa normaaliin toimintaan, ilman vastuuhenkilön ohjausta. Jokainen osa listasta käydään suullisesti läpi kyseisestä kohdasta vastaavan tahon kanssa. Näin varmistutaan siitä, että listan tarkistukset tulee tehtyä. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 4.)

Sisäänkirjautumisvaiheessa tarkistetaan potilaan henkilöllisyys, leikkaus ja leikkausalue. Nämä tarkistukset tehdään mielellään potilaalta. Potilaalta tarkistetaan myös suostumus toimenpiteeseen, sekä se, että hänelle on kerrottu leikkauksesta.

Ennen anestesian alkua tarkistetaan, että potilaaseen on kytketty toimiva pulssioksimetri ja että, leikkausalue on merkitty. Anestesiahenkilöstö varmistaa potilaan vuotoriskin, hengitystieongelmat, allergiat ja sen että, täydellinen anestesian turvallisuusriskien arviointi on tehty. Olisi toivottavaa, että kirurgi osallistuisi jo tähän vaiheeseen, sillä hänellä voi olla tarkempaa tietoa muun muassa vuotoriskistä. Kirurgin poissaolo ei kuitenkaan estä sisäänkirjautumisvaiheen tarkistusten suorittamista. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 4.)

Aikalisävaiheessa tiimin jäsenet esittäytyvät toisilleen ja kertovat tehtävänsä leikkauksessa. Jos sama tiimi on toiminut jo aiemmin (samana päivänä) yhdessä, varmistetaan että, kaikki tuntevat toisensa. Ennen viiltoa pysähdytään tarkistamaan, että kyseessä on oikea potilas, jolle tehdään oikea leikkaus oikeaan kohteeseen. Yhdessä käydään läpi leikkauksen kriittiset vaiheet tarkistuslistan kysymyksiä hyväksi käyttäen. Lisäksi varmistetaan, että antibioottiprofylaksia on annettu oikea-aikaisesti ja että tarvittavat kuvat ja tutkimustulokset ovat esillä. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 4.)

Uloskirjautumisvaiheessa käydään läpi mikä leikkaus on tehty, suoritetaan side- ja välinelaskenta, merkitään näytteet ja huomioidaan mahdolliset välineiden epäkohdat, jotka vaativat jatkokäsittelyä. Ennen potilaan siirtoa leikkaussalista käydään läpi potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat ja huolenaiheet. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 5.)

Jotta kirurgisen tarkistuslistan käyttö onnistuisi, on tärkeää, että listan läpiviennistä vastaa yksi henkilö. Leikkaussalityöskentely on monimutkaista, jonka vuoksi mikä tahansa tarkistus voi jäädä suorittamatta. Kun listan läpivienti on yhden ihmisen vastuulla, varmistutaan siitä, ettei tarkistuksia jää tekemättä kiireen tai muun syyn vuoksi. Vastuuhenkilön nimeäminen saattaa aiheuttaa jännitteitä tiimissä. Vastuuhenkilö voi ja hänen pitää puuttua tilanteeseen, jos tarkistuksia laiminlyödään. Tämän vuoksi onkin tärkeä määritellä kenen tehtäväksi vastuu tarkistuslistan läpikäynnistä annetaan. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä

2009b, 5.)

Tarkistuslistaa voi muokata yksikön tarpeiden mukaan. Turvallisuutta takaavia askeleita ei tule kuitenkaan poistaa vain siksi, ettei niitä pystytä yksikössä toteuttamaan. Sen sijaan tulisi toimintaa kehittää niin, että kaikki askeleet saataisiin toteuttamaan. Tarvittaessa listaan voi lisätä yksikön toiminnan kannalta tärkeitä askeleita. Tarkistuslistan käyttöönoton oppiminen vaatii harjoittelua ja aikaa. Jotkut saatavat pitää listaa rasituksena tai ajanhukkana. Tästä huolimatta on pidettävä mielessä tarkistuslistan tavoite: potilasturvallisuuden ylläpito ja parantaminen. Jotta tarkistuslistan käyttöönotto sujuisi, tulee listaa muokata vastaamaan yksikön tarpeita. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 6.) Tutkittavalle osastolle muokattu tarkistuslista löytyy liitteenä (LIITE 1).

WHO:n Safe Surgery Saves Lives - projektissa syntyneitä kirurgista tarkistuslistaa pilotoitiin vuosina 2007–2008 kahdeksassa sairaalassa ympäri maailmaa. Tutkimuksessa oli mukana 3733 potilasta ennen tarkistuslistan käyttöönottoa ja 3955 käyttöönoton jälkeen. Kuolleisuus ennen listan käyttöönottoa oli 1,5 % ja komplikaatiomäärä 11 %. Listan käyttöönoton jälkeen kuolleisuus laski 0,8 %:n ja komplikaatiot vähenivät 7 %:n. Tutkimuksen perusteella voitiin todeta, että kirurgisen tarkistuslistan käyttö vähentää sekä komplikaatio riskiä että kuolleisuutta, riippumatta sairaalan taloustilanteesta. (Haynes ym. 2009.)

Kirurgisen tarkistuslistan hyötyjä on tutkittu myös Suomessa. Tutkimukseen osallistui TYKS:n neurokirurgian ja endokrinologian/plastiikkakirurgian, TAYS:n lastenkirurgian ja Vaasan keskussairaalan päiväkirurgian leikkaussaleissa työskenteleviä anesthesiologeja, kirurgeja ja valvovia hoitajia. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi muun muassa, ettei listan käyttö pidentänyt merkittävästi leikkausaikaa, potilaan henkilöllisyys tarkastettiin useammin sekä potilaan asentorajoituksista, allergioista ja lääkkeistä oltiin tietoisempia. Listaa käytettäessä vaikeaan intubaatioon varautumisen huomioimatta jättäminen väheni ja monitoroinnissa koettiin useammin puutteita. Leikkausriskeistä keskusteltiin kirurgin kanssa tehokkaammin. Tut-

kijat kokivat tarkistuslistan käytön parantaneen anestesiologin toiminnassa useita potilasturvallisuuden vaikuttavia seikkoja. Lisäksi tutkijat suosittelivat tarkistuslistaa käytettäväksi kaikkiin anestesiatoimenpiteisiin. (Takala, Katila, Porkkala, Aaltonen, Pauniahho, Kotkansalo, Kinnunen, Peltomaa ja Ikonen 2009, 363.)

Sairaanhoitopiirien ja THL:n Terveystieteiden tutkimuskeskuksen arviointiyksikön Finnohtan yhdessä ylläpitämää HALO-ohjelmaa (terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto) käytetään uusien menetelmien hallitussa käyttöönotossa. Sairaanhoitopiirit saavat ohjelman avulla tuotettua puolueetonta arviointitietoa tukemaan päätöksen tekoa uusien menetelmien käyttöönottoon liittyen. HALO-katsaukset tehdään kliinikkoasiantuntijoiden ja Finnohtan menetelmäasiantuntijoiden toimesta. Katsauksissa keskitytään vaikuttavuuteen ja turvallisuuteen. (Finnohta 2006).

Kirurgisesta tarkistuslistasta on tehty HALO-katsaus. Katsauksissa HALO-neuvottelukunta käy läpi valmiin katsauksen. Katsauksen perusteella neuvottelukunta antaa kyseessä olevalle menetelmälle käyttöönottosuosituksen liikennevalomallin mukaisesti. Kirurginen tarkistuslista sai HALO-ryhmältä vihreää valoa. Päätelmisään HALO-ryhmä toteaa tarkistuslistan olevan yksinkertainen menetelmä, jonka vaikuttavuudesta komplikaatioiden vähenemiseen on kliinistä näyttöä. (Finnohta 2008; Pauniahho, Lepojärvi, Peltomaa, Saario, Isojärvi, Malmivaara & Ikonen 2009.)

2.7. Muutosjohtajuus kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotossa

Muutostilanteet muodostavat haastavan tilanteen organisaatiossa. Muutostilanteissa hyvät johtamis- ja esimiestaidot nousevat suureen osaan. Esimiehiin kohdistuu paljon odotuksia muutostilanteissa. Alaiset odottavat esimiehen johtavan muutosta muun muassa selkiyttämällä tavoitteita ja toiminnan periaatteita sekä luomalla järjestystä sekavaltakin tuntuvaan tilanteeseen. Esimies ei tähän kuitenkaan pysty ilman ylimmän johdon tukea. Esimiehellä tulee olla riittävästi tietoa tilanteesta ja

siitä miten hänen odotetaan toimivan. Alaiset saattavat hämmentyä epäselvästä tilanteesta ja tämä hämmennys voi heikentää toiminnan laatua organisaatiossa. Alaiset odottavat esimiehen myös määrittävän tärkeysjärjestyksiä asioille. (Viitala 2007, 276.)

Muutoksen johtajuudessa voidaan nähdä kolme erilaista mallia. Ensimmäinen malli on käskytyks, jossa johto suunnittelee muutoksen ja käskyy sen organisaatiolle. Käskytyksmalli on muutosjohtajuuden autoritaarisin ja eniten muutosvastarintaa aiheuttava malli. Toinen muutosjohtajuuden malli pohjautuu projekti-käsitteeseen. Muutos nähdään sarjana tehtäviä, jotka suoritetaan peräkkäin tai limitäin aikataulun mukaisesti. Projekti etenee aikataulussa huomioimatta henkilöstön motivoituneisuutta. Henkilöstön sitoutuneisuuteen, muutosvastarintaan tai muutoksen syvyyteen ei juurikaan kiinnitetä huomiota. Kolmas malli on prosessi, jossa muutoksen katsotaan olevan vuorovaikutuksessa tapahtuva oppimisprosessi. Prosessissa päähuomio kiinnittyy muutoksessa mukana oleviin ihmisiin. Henkilöstö otetaan mukaan muutoksen suunnitteluun. Näin saadaan henkilöstö sitoutettua muutokseen ja muutosvastarinta vähenee. Henkilöstön oma luovuus ja hallussa oleva tieto saadaan prosessissa paremmin hyödynnettyä. Prosessissa ymmärrys ja vaikutusmahdollisuudet korostuvat. Vapaaehtoisuuteen ja ymmärrykseen perustuvat muutokset saadaan tehtyä nopeammin ja ne ovat kestäviä, toisin kuin väkisin ja ulkoapäin ajettut muutokset. (Helin 1993, 117–119.)

Muutokset voidaan jakaa kolmeen syvyystasoon. Ensimmäinen ja pinnallisin taso on tieto. Muutos tiedossa saadaan aikaiseksi helposti, kun uusi tieto on järkeenkäyvämpää kuin vanha tieto. Todisteet uuden tiedon paremmuudesta toimivat tehokkaana muutosvälineenä. Asenteiden muutokseen tarvitaan todistetun tiedon lisäksi myös johdon tukea tai näyttöä siitä, että uusi asia on saatu toimimaan jossain muualla. Toinen muutoksen taso on taito. Taidon hallinta edellyttää harjoitusta, suorituksen analysointia ja onnistumisia. Uuden taidon hallitseminen vaatii useita toistoja. Syvin muutoksen tasoista on käytäntö. Rutiinit istuvat tiukassa. Niiden muuttaminen edellyttää jo aiemmin mainittuja harjoitusta, analysointia ja onnistu-

misia. (Helin 1993, 123.)

Muutoksen johtajuudessa tulee huomioida ihmisten ja organisaatioiden rajallinen kyky kohdata muutoksia. Useat samanaikaiset muutokset väsyttävät ja aiheuttavat voimattomuutta henkilöstössä. Hyvätkin muutokset alkavat tuntua vastenmielisiltä, kun muutoksia tehdään liikaa. (Helin 1993, 121.)

Muutoksen toteuttaminen vaatii yhteistyötä. Muutoksessa on kyse kehittämisestä. Kehittäessään toimintaansa jokainen organisaation jäsen oppii uutta. Kehittämis-työssä voidaan käyttää toimintatutkimuksesta tuttua ajatusta, jossa työn kehittäjinä toimivat juuri kyseistä työtä tekevät työntekijät. Toimintatutkimuksessa kartoitetaan toimintojen nykytila, jonka jälkeen tehdään interventio, jolla pyritään muutokseen. Intervention jälkeen arvioidaan, oliko tehty muutos toimiva. Jos muutos koetaan toimivana pyritään se vakiinnuttamaan osaksi normaalia toimintaa. Jos taas muutos ei ole toimiva, voidaan palata vanhaan toimintamalliin. Työntekijät ovat koko ajan mukana kehittämisessä ja heidän mielipiteitään kuunnellaan. Tämä vahvistaa työntekijöiden osallisuuden tunnetta. (Laaksonen ym. 2005, 49–50.)

Ennen kuin muutoksia voidaan ryhtyä toteuttamaan tarvitaan valmistelua. Valmistelun tavoitteena on hahmottaa tulevaisuuden näkymiä: mihin muutoksella ollaan pyrkimässä. Henkilökunta, jonka työhön muutos vaikuttaa on syytä ottaa mukaan jo tässä vaiheessa. Näin taataan henkilökunnalle osallisuuden tunne. Osallisuuden kautta henkilökunta ymmärtää muutoksen tavoitteet, hyväksyy muutoksen helpommin ja luottamus muutoksen järkevyyteen sekä tarpeellisuuteen lisääntyy. Osallisuuden kautta henkilökunnalla on mahdollisuus vaikuttaa asioihin. (Laaksonen ym. 2005, 50–51.)

Muutosvastarinta voidaan nähdä vanhasta luopumisen vastustamisena pikemmin kuin uuden vastustamisena. Muutoskielteisyys johtuu turvattomuudesta ja tulevaisuuden pelosta. Muutoskielteiset ihmiset tarvitsevat selvyyttä omaan tulevaan rooliinsa. Muutoskielteiset eivät näe syytä muutosten toteuttamisen takana. He halua-

vat olla tietoisia siitä miten muutos vaikuttaa organisaation toimintaan, asiakkaisiin ja henkilöstöön. Osallistamalla muutosvastarintaan voidaan vähentää. Tiedotustilaisuudet lisäävät osallisuuden tunnetta. Muutosvastaisten henkilöiden asenteiden muuttumista myönteiseksi ei kannata jäädä odottamaan. Muutos toteutetaan ajallaan ja kokemuksen lisääntyessä asenteetkin muuttuvat mikäli muutos on toteutettu yhdessä. (Laaksonen ym. 2005, 52.)

Viitala on listannut muutosvastarintaa aiheuttavia asioita. Niitä ovat tiedon puute muutoksesta, luottamuksen puute muutoksen ehdottajaa kohtaan, epäusko muutoksen hyödyllisyydestä sekä epäusko muutoksen onnistumisesta. Lisäksi pelot ja turvattomuuden tunne, haluttomuus ponnistella tai oppia uutta, ryhmän kielteinen asenne ja koettu uhka omaa asemaa kohtaan lisäävät muutosvastarintaa. (Viitala 2007, 276–277.)

Muutos voi olla uhka tai mahdollisuus. Uhat on määriteltävä ennen kuin niihin voidaan puuttua. Uhkien määrittelyn jälkeen voidaan pohtia mitä on tehtävissä: onko uhat poistettavissa vai tulee ne hyväksyä. Uhan tunne syntyy epävarmuudesta ja epätietoisuudesta, joita voidaan tehokkaasti lievittää tai estää hyvällä tiedotuksella. Uhan tunne saattaa muuttua uteliaisuudeksi, kun tieto muutoksesta lisääntyy. Ilman riittävää tiedotusta muutoksesta esimies joutuu kohtaamaan huhumyllyn, jonka tehokkuus voi olla huomattava. (Laaksonen ym. 2005, 46–47.)

Jotta tarkistuslistan käyttöönotto onnistuisi, on johdon sitoutuminen äärimmäisen tärkeää. Johdon tulee korostaa potilasturvallisuuden tärkeyttä, sekä kertoa tarkistuslistan olevan tärkeä työkalu potilasturvallisuuden toteutumisessa. Johdon tulisi osoittaa esimerkkiä ja käyttää listaa omassa toiminnassaan. Lisäksi johdon tulee aktiivisesti seurata listan käyttöä. Jollei johto ole sitoutunut listan käyttöön, saattaa ilmetä tyytymättömyyttä sekä vastustusta listan käyttöä kohtaan. Koulutuksen, harjoituksen ja johtajuuden avulla käyttöönotossa ilmenevät hankaluudet voidaan voittaa. Onnistunut suunnittelu ja sitoutuminen takaavat tarkistuslistan käyttöönoton läpiviennin. Näin saavutetaan turvallisempi kirurginen hoito. (Potilasturvalli-

suuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 6.)

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää muuttuuko leikkausosaston turvallisuuskulttuuri, kun osastolla otetaan käyttöön uusi potilasturvallisuustyökalu, kirurginen tarkistuslista. Turvallisuuskulttuurin mahdollista muutosta mitataan suorittamalla turvallisuuskulttuurin alkukartoitus (LIITE 2) ennen listan käyttöönottoa ja loppukartoitus listan käyttöönoton jälkeen. Kartoitusten tuloksia vertaamalla saadaan selville turvallisuuskulttuurin muutos. Turvallisuuskulttuurin mittaamiseen käytetään VTT:n tutkijoiden kehittämää mittaussmallia.

Lisäksi selvitetään millaista koulutusta henkilökunta kaipaa ennen uuden työkalun käyttöönottoa. Alkukartoituksen jälkeen henkilökuntaa koulutetaan listan käytöstä. Annetusta koulutuksesta kerätään palaute kyselyn (LIITE 3) muodossa koulutuksen arvioimiseksi. Palautteen perusteella pystytään määrittämään millaista koulutusta henkilökunta tarvitsee ennen uuden työkalun käyttöönottoa.

Tutkimuksessa pyritään myös kuvaamaan kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoprosessia havainnoinnin avulla.

Tutkimus on toimintatutkimus, jonka kohteena on yhden sairaanhoitopiirin keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunta. Osastolla otettiin syksyllä 2010 käyttöön kirurginen tarkistuslista, jonka tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta turvallisuuskriittisellä kirurgian alueella. Kirurginen tarkistuslista perustuu WHO:n Safe Surgery Saves Lives -projektissa laatimaan listaan. Lista muokattiin vastaamaan osaston tarpeita (LIITE 1). (Peltomaa 2009, 22–23; Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b, 2.)

Tutkimusongelmat:

- Muuttaako WHO:n kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotto osaston turvallisuuskulttuuria?
 - Millainen on osaston turvallisuuskulttuuri ennen WHO:n kirurgisen

tarkistuslistan käyttöönottoa?

- Millainen osaston turvallisuuskulttuuri on WHO:n kirurgisen tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen?
- Millaista koulutusta henkilökunta kaipaa uuden työkalun käyttöönotossa?
- Miten WHO:n kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotto sujuu osastolla muutosjohtajuuden näkökulmasta?

4. TUTKIMUKSEN MENETELMÄT, AINEISTO JA TOTEUTUS

4.1. Tutkimusmenetelmät

Tämä tutkimus on toimintatutkimus. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa käytännön kehittämiseksi. Toimintatutkimus rajataan usein ajallisesti tutkimus- tai kehittämisprojektiksi, jonka aikana suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Toimintatutkimuksessa tutkija on mukana tutkittavassa toiminnassa. Tutkija on aktiivisessa roolissa: hän tekee aloitteita ja vaikuttaa kohdeyleisöön. Tutkija tekee intervention, jonka tarkoitus on muuttaa toimintaa. Tutkijan tehtävänä on käynnistää muutos ja rohkaista ihmisiä muutoksen tekemisessä toiminnan parantamiseksi. Muutokseen tähtäävää väliintuloa sanotaan muutosinterventioksi. (Heikkinen 2006, 16–17, 19–20; Heikkinen 2007, 205.)

Tyypillistä toimintatutkimukselle ovat käytäntöön suuntautuminen, ongelmakeskeisyys, tutkittavien ja tutkijan aktiiviset roolit muutosprosessissa, sekä tutkittavien ja tutkijan yhteistyö. Toimintatutkimuksella tavoitellaan muutosta. Muutos joko tapahtuu tai on tapahtumatta. Jos muutosta ei tapahdu saatetaan tuloksissa löytää esimerkiksi asenteita ja työkuultuureja, joita ei muilla menetelmillä välttämättä löytyisi. (Kuula 2006.)

Toimintatutkimus ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä, vaan tutkimusstrateginen lähestymistapa, joka käyttää välineenään eri tutkimusmenetelmiä. Toimintatutkimuksessa yhdistyvät samanaikaisesti toiminta ja tutkimus. Tarkoituksena on saavuttaa välitöntä ja käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta sekä kehittää tutkimuksen kohdetta. (Heikkinen 2007, 196.)

Tässä tutkimuksessa tutkitaan uuden potilasturvallisuustyökalun, kirurgisen tarkistuslistan, käyttöönottoa tutkimuksen kohteena olevalla leikkaus- ja anestesiaosastolla. Opinnäytetyöntekijä toimi muutosagenttina käyttöönotossa: opinnäytetyöntekijä koulutti osaston työntekijöitä tarkistuslistan käytöstä ja tutki tarkistuslistan

käyttöönoton vaikutusta osaston turvallisuuskulttuuriin sekä itse käyttöönottoprosessia muutosjohtajuuden näkökulmasta.

Tämän toimintatutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kvantitatiivista VTT:n turvallisuuskulttuurikyselyä. Kyselyn teorettinen tausta on kuvattu luvussa 2.3. Turvallisuuskulttuurin mittaaminen. Aineistonkeruussa käytettiin myös kvalitatiivista koulutuspalautekyselyä. Lisäksi opinnäytetyöntekijä teki havaintoja prosessista. Tuloksissa havaintoja peilattiin muutosjohtajuuden teoriaan, joka löytyy luvusta 2.7. Muutosjohtajuus kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotossa.

Ennen tarkistuslistan käyttöönottoa määritettiin osaston sen hetkinen turvallisuuskulttuurin tila VTT:n tutkijoiden kehittämällä turvallisuuskulttuurikyselyllä. Turvallisuuskulttuurikyselyn analysointi suoritettiin määrällisiä menetelmiä käyttäen. Kyselyn jälkeen alkoi muutosinterventio. Opinnäytetyöntekijä piti kolmena raporttiaamuna samansisältöiset luennot kirurgisen tarkistuslistasta ja sen käytöstä. Lisäksi organisaatiossa järjestettiin koulutuspäivä aiheesta, jossa opinnäytetyöntekijä esitelmöi tarkistuslistan käyttöönotosta organisaatiossa. Koulutuspäivänä ja viimeisellä aamuraportilla esitettiin video tarkistuslistan käytöstä. Opinnäytetyöntekijä organisoi ja osallistui tarkistuslistavideon tekoon yhdessä toisen tarkistuslista-pilottisalin vastuuhenkilöiden kanssa. Videon tekoon osallistui useita hoitajia ja kaksi anestesialääkäreitä tutkittavalta leikkaus- ja anestesiaosastolta. Video toteutettiin työajalla. Videon kuvasi toisella osastolla työskentelevä hoitaja. Videon teon kuluista (kuvaajan palkka, johon kuului editointiin kuluneet tunnit) vastasi organisaation koulutusyksikkö.

Koulutusintervention jälkeen pyydettiin koulutukseen osallistuneilta palaute. Saatua palaute analysoitiin laadullisilla menetelmällä, sisällön analyysin avulla. Kun tarkistuslistan käyttöönotosta oli kulunut neljä kuukautta, suoritettiin turvallisuuskulttuurikysely uudelleen. Uuden kyselyn avulla voitiin määritellä osaston turvallisuuskulttuurin tila tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen ja todeta, oliko turvallisuuskulttuuri muuttunut.

Koko prosessin ajan opinnäytetyöntekijä teki havainnot tarkistuslistan käytöstä sekä siihen vaikuttavista seikoista. Havainnointi oli luonnollista, koska opinnäytetyöntekijä työskentelee tutkittavalla osastolla.

4.2. Tutkimuksen kohde

Tutkimuksen kohteena oleva osasto kuuluu kaksikielisellä alueella sijaitsevan sairaanhoitopiirin keskussairaalaan. Sairaanhoitopiirin väestöpohja on noin 165 000 henkeä. Sairaanhoitopiirissä työskentelee reilut kaksituhatta työntekijää. Sairaanhoitopiirin toiminta on jaettu viiteen tulosalueeseen, jotka ovat medisiininen, operatiivinen ja psykiatrinen tulosalue. Lääketieteelliset palvelut sekä hallinnon ja huollon yksiköt toimivat omina tulosalueinaan¹.

Tutkimuksen kohteena oli sairaanhoitopiirin operatiiviseen tulosalueeseen kuuluva leikkaus- ja anestesiaosasto. Tutkimuksen kohdeosasto tarjoaa sairaanhoitopiirin väestölle leikkaus-, anestesia- ja heräämöpalveluita. Tutkimuksen tiedonantajina toimivat kyseisen osaston hoitohenkilökunta. Osaston hoitohenkilökuntaan kuului tutkimuksen aikana 68–72 hoitajaa. Hoitohenkilökuntaan kuului sairaanhoitajia, perushoitaja ja kaksi lääkintävahtimestaria. Hoitotyönjohtajia (osastonhoitajia) oli osastolla neljä.

Ennen tutkimuksen alkua tiedotettiin henkilökuntaa tutkimuksesta ja sen osista aamuraportilla. Turvallisuuskulttuurin alkukartoituksen aikaan osaston hoitohenkilökuntamäärä oli 72, osastonhoitajia oli neljä. Alkukartoituskyselylomakkeet jaettiin osaston kahvihuoneeseen, jossa kaikilla hoitotyöntekijöillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn. Kyselyyn oli mahdollista vastata sekä suomeksi että ruotsiksi. Kyselyn palautuslaatikko sijaitsi myös kahvihuoneessa. Alkukartoituskyselyyn saatiin 44 vastausta. Vastausprosentiksi muodostui 58.

Koulutuksiin osallistui yhteensä 54 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa ja neljä osas-

¹ Tiedot tutkijan hallussa organisaation anonymiteetin varmistamiseksi.

tonhoitajaa. Koulutuspalautelomakkeet jätettiin osaston kahvihuoneeseen, jossa ne olivat taas saatavilla sekä suomeksi että ruotsiksi. Palautuslaatikko sijaitsi myös kahvihuoneessa. Koulutuspalautteita saatiin 19 kappaletta. Vastausprosentti oli 33.

Loppukartoituksen aikaan osastolla työskenteli 68 hoitajaa ja neljä osastonhoitajaa. Loppukartoitus suoritettiin osana sairaanhoitopiirin ja VTT:n Potilasturvallisuus laatu- ja kilpailuvaltiksi -yhteistyöhanketta. Kysely tehtiin tällä kertaa internetkyselynä. Osaston työntekijöille lähetettiin sähköpostitse linkki, joka johti kyselyyn. Lisäksi osaston ilmoitustaululla ilmoitettiin kyselyn internetosoite. Loppukartoitukseen saatiin 36 vastausta. Vastausprosentiksi muodostui 50.

Kaikki hoitajat ja osastonhoitajat, jotka ovat tutkimuksen aikana työskennelleet osastolla ovat saaneet mahdollisuuden vastata kyselyihin. Vastausmääriin vaikuttivat kuitenkin lomat ja sairauslomat, joita oli tutkimuksen aikana useita. Myös opinnäytetyöntekijä itse työskentelee osastolla ja on laskettu osaston henkilökuntamäärään, muttei tietenkään vastannut kyselyihin. Kyselyihin vastattiin anonyymisti.

4.3. Tutkimuksen aineisto ja analyysi

Survey-tutkimuksissa käytetty keskeinen menetelmä, kysely on eräs aineiston keräyksen muodoista. Survey-kyselyssä aineisto kerätään standardoidusti kaikilta vastaajilta. Jokaiselta vastaajalta siis kysytään samat asiat täysin samalla tavalla. Surveyn avulla kerätty aineisto analysoidaan kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193–194.)

Kyselytutkimuksen etuja ovat laajan tutkimusaineiston helppo kerääminen, menetelmän tehokkuus sekä aineiston nopea käsiteltävyys ja analysointi. Kyselyn avulla kerättävien tietojen analysointiin on olemassa valmiita tilastollisia analyysikeinoja. Tulosten tulkinta voi kuitenkin aiheuttaa ongelmia. Kyselytutkimuksen heik-

kouksia ovat muun muassa aineiston pinnallisuus ja vastaamattomuuden suuri taso. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Tutkimuslupa haettiin kirjallisesti operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu, sillä tutkimuksen kohteena eivät olleet asiakkaat vaan henkilöstö. Tutkimuksen kohderyhmänä oli leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunta.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kolmessa osassa kyselylomakkeiden avulla tutkitavan osaston henkilökunnalta. Kyselylomake soveltuu hyvin tutkimusmetodiksi tähän tutkimukseen, sillä sen avulla voidaan selvittää vastaajien kokemuksia, tunteita ja ajatuksia. Tutkimukseen vastaaminen tapahtui anonyymisti ja vapaaehtoisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 185.)

Turvallisuuskulttuurin alku- ja loppukartoitus suoritettiin saman sisältöisellä kyselyllä (LIITE 2). Kyselylomake saatiin VTT:n turvallisuuskulttuuria tutkineelta työryhmältä. Tutkijatyöryhmä on kehittänyt TUKU- projektissa käytetyn turvallisuuskulttuurimittarin, jonka paranneltua versiota käytettiin tässä tutkimuksessa. Kysely jakautuu kahteen osaan. Ensimmäisessä osassa käsitellään turvallisuuskulttuurin psykologisia ulottuvuuksia ja toisessa osassa organisatorisia ulottuvuuksia (ulottuvuudet esitelty Turvallisuuskulttuurin mittaaminen -osiossa). Joista ulottuvuuden osa-alueita tutkitaan 4–9:n väittämän avulla. Vastaajaa pyydetään arvioimaan väittämien paikkansa pitävyyttä asteikolla 1–6 (1= ei lainkaan, 6= erittäin hyvin). Alkukartoituskyselyyn vastattiin paperikyselyllä. Loppukartoituskysely oli sähköisessä muodossa.

Strukturoidut kysymykset rajoittavat vastaukset annettuihin vaihtoehtoihin. Näin eri vastaajien vastauksia samaan kysymykseen on helppoa vertailla. Strukturoitujen kysymysten vastaukset ovat helposti käsiteltävissä ja analysoitavissa tietokoneella. (Hirsjärvi ym. 2009, 199–201.)

Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin kvantitatiivisesti. Vastauslomakkeet koodattiin ja vastaukset syötettiin OpenOffice-taulukkolaskentaohjelmaan, jonka jälkeen niistä laskettiin frekvenssejä, keskiarvoja, keskihajontaa ja prosenttiosuuksia. Tuloksissa vastaukset ryhmiteltiin seuraavasti: vastaukset yhdestä kahteen yhdistettiin omaksi luokakseen. Samoin tehtiin vastauksille viidestä kuuteen. Näin saatiin vastaukset jaettua neljään ryhmään. Ryhmien 1–2 vastaukset muodostivat ei lainkaan -ryhmän, ryhmän 3 vastaukset ei juurikaan -ryhmän, ryhmien 4 vastaukset jokseenkin hyvin -ryhmän ja ryhmien 5–6 vastaukset erittäin hyvin -ryhmän. Jakamalla vastaukset neljään ryhmään saatiin selkeästi jaoteltua näkemykset positiivisiin ja negatiivisiin, lisäksi ryhmät olivat helposti hallittavissa tuloksia kirjoitettaessa.

Tulokset jaettiin kyselykaavakkeesta saadun jaottelun mukaan psykologisiin ja organisatorisiin ulottuvuuksiin. Nämä ulottuvuudet jaettiin pienempiin ryhmiin kysymysten taustan mukaisesti. Tuloksissa käytettiin vastauksista prosenttiosuuksia. Keskiarvoista muodostettiin taulukot, jokaisen ryhmän kohdalta. Näin muodostuivat tulokset. Yksityiskohtaiset tulokset kustakin väittämästä on löydettävissä liitteenä olevista taulukoista (LIITE 5 ja LIITE 6).

Avoimilla kysymyksillä annetaan vastaajalle mahdollisuus kertoa vastaus omin sanoin (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201). Avoimia kysymyksiä käytettäessä on kuitenkin vaara, että vastaukset ovat ylimalkaisia tai niihin jätetään kokonaan vastaamatta. Lisäksi avointen kysymysten analysointi on työläämpää kuin strukturoitujen kysymysten analyysi. (Valli 2001, 111.)

Koulutuksesta kerättyyn palautteeseen käytettiin omaa kyselyä (LIITE 3), jossa oli neljä avointa kysymystä. Kysymyksillä pyrittiin selvittämään kokemusta saadusta koulutuksesta, koulutustarvetta ennen tarkistuslistan käyttöönottoa, vastaajien parhaaksi kokemaa koulutusmuotoa sekä vastaajien näkemyksiä koulutuksen kehittämiseksi. Lisäksi vastaajia pyydettiin rastittamaan listalta koulutustilaisuuDET, joihin he olivat osallistuneet.

Avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aluksi vastuslomakkeet koodattiin antamalla niille vastauskielen mukaan kirjaintunnus s tai r sekä juokseva numero. Kun vastauslomakkeet oli koodattu, koodi kulki vastausten mukana koko analyysiprosessin ajan. Näin toimimalla oli helppo palata alkuperäiseen vastauslomakkeeseen, jos asioita piti tarkistaa jälkikäteen. Tämän jälkeen suoritettiin aineiston litterointi eli puhtaaksi kirjoittaminen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineisto pelkistetään. Pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston mukaisin termein. Tämän jälkeen pelkistettyjä ilmauksia ryhmitellään, eli ilmauksista etsitään yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Yhteneväiset ilmaukset kerätään samaan luokkaan ja sille annetaan kuvaava nimi. Seuraavana aineisto abstrahoidaan: saman sisältöisiä ryhmiä yhdistellään, jolloin saadaan yläluokkia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–29; Metsämuuronen 2005, 203.)

Määrällistä analyysiä voi käyttää myös laadullisen aineiston analyysissä (Eskola & Suoranta 2005, 164). Kun aineisto oli analysoitu sisällönanalyysillä, laskettiin frekvenssit kunkin luokan esiintyvyydestä. Näin saatiin laskettavissa olevia arvoja siitä, mitä vastausta esiintyi eniten aineistossa. Tulososiossa esitetään myös suoria lainauksia vastauksista sekä mainintojen lukumääristä muodostettu koontitaulukko. Koulutuspalautteen tulososioon lisättiin myös suoria lainauksia vastauksista. Näin lukija pystyy seuraamaan millaisista vastauksista opinnäytetyöntekijä on sisällönanalyysin luokat muodostanut.

Kunkin kyselyn tuloksista muodostettiin omat yhteenvedot, jotka löytyvät kyseisten tulososuuksien viimeistä luvusta. Alku- ja loppukartoitusten yhteenvedossa hyödynnettiin kunkin osion vastausten keskiarvoja luomaan kuvaa turvallisuuskulttuurin sen hetkisestä tilanteesta.

Opinnäytetyöntekijä teki havaintoja osastolla tarkistuslistan käyttöönotosta ja käytöstä koko prosessin ajan. Tämä oli luonnollista, sillä opinnäytetyöntekijä työskentelee tutkittavalla osastolla. Tällaista havainnoinnin muotoa, jossa tutkija osal-

listuu tutkimuskohteen elämään ja havainnoi tutkimuskohdettaan, kutsutaan osallistuvaksi havainnoinniksi. Etuna luonnollisessa ympäristössä tehdyissä havainnoinnissa on se, että havainnot tehdään siinä kontekstissa missä ne ilmenevät. Muun muassa toimintatutkimus edellyttää tätä. Kun havainnointia käytetään laadullisena tutkimusmenetelmänä, tutkija löytää havainnot osallistumalla tutkimuskohteen toimintaan. Havainnot on esitelty Tutkimuksen toteutus ja käyttöönottoprosessin kuvaus- luvussa. (Vilka 2006, 37–38, 122.)

4.4. Tutkimuksen toteutus ja käyttöönottoprosessin kuvaus

Kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoprosessi leikkaus- ja anestesiaosastolla alkoi keväällä 2010. Ennen käyttöönottoprosessin alkua operatiivisen tulosalueen lääkäreitä informoitiin kirurgisesta tarkistuslistasta laatupäällikön toimesta. Aluksi tarkistuslistaa pilotoitiin kahdessa salissa. Opinnäytetyöntekijä osallistui säännöllisesti toisen pilottisalin toimintaan.

Tarkistuslistaa muokattiin vastaamaan osaston tarpeita. Muokkauksesta vastasivat pääasiassa toisen pilottisalin vastuuhoidajat ja vastuanestesia lääkäri, jotka olivat osallistuneet organisaation ulkoiseen koulutukseen tarkistuslistasta. Ulkoiseen koulutukseen osallistuneet hoitajat antoivat aamuraportilla palautteen koulutuspäiviltä. Tarkistuslista-asia oli esillä osastolla pitkin kevättä. Tarkistuslistan muokattu sisältö aiheutti paljon keskustelua osastolla. Joidenkin osioiden tarpeellisuudesta oltiin montaa mieltä. Kuitenkin tarkistuslista päätettiin ottaa käyttöön muokkamatta listaa enempää.

Pilotoinnin aikana tarkistuslistan käyttö sujui vaihtelevasti. Toisessa pilottisalissa tarkistuslistaa käytettiin säännöllisesti ja kirurgit olivat vetovastuussa listan käytössä. Yksi tämän pilottisalin kirurgeista toimi myös operatiivisen tulosalueen johtajana, joten voidaan sanoa, että myös johto oli listan käyttöön motivoitunut. Kirurgien kiinnostus ja innostus motivoi myös hoitohenkilökuntaa listan käytössä. Toisessa pilottisalissa listan käyttö ei sujunut yhtä hyvin. Listan läpikäynnistä vas-

tasivat hoitajat, eikä kirurgien kiinnostus listaa kohtaan ollut suurta. Listan käyttö riippui siitä, ketkä salissa kulloinkin työskentelivät. Usein listan käyttö unohtui kokonaan. Pilotoinnin jatkuessa päätettiin tarkistuslista ottaa käyttöön koko osastolla syksyllä 2010.

Opinnäytetyöntekijä innostui aiheesta ja ryhtyi miettimään miten tarkistuslistan käyttöönottoa voitaisiin tutkia osastolla. Kirjallisuudesta löytyi VTT:n tutkijoiden kehittämä turvallisuuskulttuurikysely, jonka avulla tarkistuslistan käyttöönoton vaikutusta osaston turvallisuuskulttuuriin voitaisiin mitata. Opinnäytetyöntekijä otti yhteyttä VTT:n tutkijoihin, jotka kyselyn olivat laatineet. Heiltä saatiin lupa kyselyn käyttöön. Opinnäytetyöntekijä sai mahdollisuuden käyttää ensimmäisenä uudistettua turvallisuuskulttuurikyselyä. Kyselyiden organisatorisia ulottuvuuksia mittaavasta osiosta jätettiin pois ulkoisten toimijoiden hallinta -osuus, sillä opinnäytetyöntekijä koki ettei ulkoisten toimijoiden osuus (esim. vuokrahoitajat ja -lääkärit) henkilökunnasta ole kovin merkittävä.

Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa osassa kyselylomakkeiden avulla osaston hoitohenkilökunnalta. Turvallisuuskulttuuria arvioitiin TUKU-projektissa muodostetun kyselylomakkeen parannettua versioita käyttäen ennen ja jälkeen kirurgisen tarkistuslistan käyttöönoton. Turvallisuuskulttuurin alkukartoitus suoritettiin elo-syyskuussa 2010. Ennen kyselyn jättämistä informoitiin henkilökuntaa opinnäytetyön tarkoituksesta ja itse kyselyistä. Vastausaikaa kyselyyn annettiin kaksi viikkoa, jotta mahdollisimman moni osastonyöntekijä pystyisi vastaamaan kyselyyn. Kun alkukartoituskysely oli suoritettu, ryhdyttiin saatuja vastauksia prosessoimaan. Strukturoiduista kysymyksistä laadittiin OpenOffice-taulukkolaskentaohjelmalla erilaisia tilastoja, joita ryhdyttiin analysoimaan. Alkukartoituksessa saadun aineiston analyysin jälkeen, saatiin käsitys osaston sen hetkisen turvallisuuskulttuurin tilasta. Näin ollen lähtötilanne oli selvillä ja tutkimuksessa voitiin siirtyä seuraavaan vaiheeseen eli interventioon. Alkukartoituksen aineisto annettiin VTT:n tutkijoille, jotka ryhtyivät aineiston perusteella analysoimaan kyselyn toimivuutta ja mahdollisia muutostarpeita ennen seuraavaa, koko

organisaatiossa tehtävää kyselyä.

Interventiokeinona käytettiin koulutusta. Koulutuksen tarkoituksena oli lisätä henkilökunnan tietoa kirurgisen tarkistuslistan merkityksestä ja sen käytöstä. Koulutus jakautui useampaan kertaan, jotta mahdollisimman moni työntekijä pääsisi osallistumaan siihen. Koulutusta järjestettiin aamuraporteilla 6.9., 7.9. ja 20.9. sekä 14.9.2010 järjestetyssä koulutuspäivässä, joka oli suunnattu koko operatiivisen tulosalueen henkilökunnalle. Aamuraporteilla opinnäytetyöntekijä luennoi tarkistuslistan merkityksestä ja sen käytöstä. Luennon (LIITE 4) aikana käytiin läpi osastolle muokattu tarkistuslista kohta kohdalta.

Osastolla päätettiin kuvata opetusvideo tarkistuslistan käytöstä. Videon tekoon osallistuivat toisen pilottisalin vastuuhoitajat, kaksi hoitajaa, kaksi anestesia lääkäriä, yksi kirurgi ja osastolla itsekkin työskentelevä opinnäytetyöntekijä. Videon kuvasi ja editoi toisella osastolla työskentelevä hoitaja. Videota kuvattiin kahtena päivänä ja sen kuvaamiseen saatiin käyttää työaika. Videossa käytiin tarkistuslistaa läpi kohta kohdalta kuvitteellisen potilaan leikkauksessa. Ensimmäiseksi kuvattiin alkutarkistus induktiossa. Yksi hoitajista esitti potilasta, anestesiahoitaja ja anestesia lääkäri itseään. Toisessa kuvaus sessiossa kuvattiin tarkistuslistan käyttö kokonaisuudessaan leikkaussalissa. Jälleen yksi hoitajista esiintyi potilaana ja muu videon tekoon osallistuva henkilökunta toimi omissa työrooleissaan.

Koulutuspäivän ohjelmasta vastasi sairaanhoitopiirin laatu päällikkö yhdessä koulutusyksikön kanssa. Koulutuspäivän avasi tulosalueenjohtaja, joka kertoi myös omista kokemuksistaan listan käytöstä. Myös operatiivisen tulosalueen ylihoitaja osallistui koulutukseen ja kertoi päivän aikana näkemyksensä listan tärkeydestä. Koulutuspäivän aikana luennoitsijat puhuivat tarkistuslistoista, niiden käytöstä ja käyttöönotosta (pilottisalien kokemukset) sekä tiimityöstä ja kommunikaatiosta. Tarkistuslistojen käyttöönotossa puhuttaessa näytettiin video, joka tarkistuslistan käytöstä tehtiin osastolla osana tätä opinnäytetyötä. Opinnäytetyöntekijä toimi yhtenä luennoitsijana koulutuspäivässä.

Tarkistuslistasta annetusta koulutuksesta pyydettiin palaute koulutusten jälkeen. Palaute kerättiin vain leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnalta. Palaute kerättiin kyselylomakkeella, joka muodostui avoimista kysymyksistä. Koulutuksesta saadun palautteen analyysi suoritettiin sisällönanalyysin avulla. Palautteen avulla päästiin selvyyteen siitä, millaista koulutusta henkilökunta kaipaa uuden työkalun käyttöönotossa. Palautetta voidaan hyödyntää myös tulevaisuudessa koulutuksien suunnittelussa. Palautteen avulla voidaan koulutusta muokata vastaamaan paremmin henkilökunnan tarpeisiin.

Koulutuksen alussa oli havaittavissa jonkin verran muutosvastaisuutta, mutta osa osallistujista jopa myönsi ääneen koulutuspäivän jälkeen ymmärtävänsä nyt listan merkityksen. Koulutuksen jälkeen kirurginen tarkistuslista otettiin käyttöön osastolla. Käyttöönottopäivänä joka saliin jaettiin laminoidut tarkistuslistat, joiden takaa löytyi listan käyttöohjeet. Tarkistuslista oli saatavilla vain suomeksi. Yhdessä salissa listaa muokattiin edelleen vastaamaan kyseisen erikoisalalan erityistarpeita.

Tammikuussa 2011 päivitettiin sairaanhoitopiirin internetsivujen potilasturvallisuus-osiota, jonne lisättiin tietoa kirurgisesta tarkistuslistasta, sen käyttöönotosta ja käytöstä. Lisäksi video tarkistuslistan käytöstä lisättiin internetsivuille. Näin pyrittiin tukemaan tarkistuslistan käyttöä organisaatiossa.

Jotta mahdollinen turvallisuuskulttuurin muutos saataisiin luotettavasti mitattua, suoritettiin sen loppuarviointi vasta vuoden 2011 alussa. Tällöin tarkistuslistan juurtumiselle normaalikäytäntöön oli annettu aikaa. Alkukartoituksen vastausten perusteella VTT:n tutkijat muuttivat kyselyä joiltain osin: joidenkin kysymysten ulkoasua muutettiin, joitain kysymyksiä poistettiin ja joitakin kysymyksiä lisättiin kyselyyn. Turvallisuuskulttuurin loppuarviointi leikkaus- ja anestesiaosastolla suoritettiin kuitenkin saman sisältöisen kyselykaavakkeen avulla kuin alkukartoituskin, tosin päivitetyn kyselyn uudet kysymykset lisättiin myös tutkittavan osaston kyselyyn. Näin saatiin hyvä pohja muutoksen arvioinnille.

Loppukartoituksen materiaali saatiin VTT:n tutkijoiden suorittamasta turvallisuuskulttuurianalyysistä, joka suoritettiin koko organisaatiossa osana sairaanhoitopiirissä toteutettavaa Potilasturvallisuus laatu- ja kilpailuvaltiksi -yhteistyöhanketta 21.1.–20.2.2011 välisenä aikana. Aluksi vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa, mutta koska saatujen vastausten määrä jäi pieneksi, jatkettiin vastausaikaa reilulla kahdella viikolla.

Kysely suoritettiin nettikyselynä. Henkilökunnalle lähetettiin sähköposti, jonka liitteenä oli linkki kyselyyn. Lisäksi osaston ilmoitustaululla kerrottiin kyselyn internetosoite. Inhimillisestä erheestä johtuen osastonyöntekijöille lähetettiin ensin sähköpostilla linkki koko organisaation kyselyyn. Tämä virhe kuitenkin korjattiin nopeasti ja osastonyöntekijät saivat oikean kyselyn linkin jo samana päivänä. Opinnäytetyöntekijä sai aineiston valmiiksi taulukkolaskentaohjelmaan syötettynä, kyselyn teknisestä toteutuksesta vastanneelta taholta. Opinnäytetyöntekijän saama aineisto sisälsi myös taustatiedot vastaajista, mutta niitä ei tässä tutkimuksessa huomioitu anonymiteetin suojaamiseksi. Aineisto analysoitiin yllä mainituin keinoin. Kun analyysi oli suoritettu, voitiin muodostaa käsitys turvallisuuskulttuurin tilasta kirurgisen tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Alkukartoituksen ja loppukartoituksen tuloksia vertaamalla saatiin selville mahdollinen muutos turvallisuuskulttuurissa.

Kaikkiin kyselyihin oli mahdollista vastata sekä suomeksi että ruotsiksi. Tällä pyrittiin mahdollistamaan jokaisen vastaajan osallistuminen kyselyyn omalla äidinkiellään.

Keväällä 2010 tutkittavalla osastolla oltiin ottamassa käyttöön myös uusi leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmä OIS. Uuden ohjelman toimittajasta johtuvista syistä järjestelmän käyttöönotto jouduttiin siirtämään syksylle 2010. Näin ollen tarkistuslistan ja leikkaussuunnitteluohjelman käyttöönotot tapahtuivat lähes päällekkäin.

Tarkistuslistan käyttöönottoa onkin saattanut vaikeuttaa uuden leikkaussuunniteluohjelman lähes yhtäaikainen käyttöönotto. Uusi leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmä OIS sisältää paljon uusia toimintoja (kuten leikkaustietolomake, joka aiemmin ollut paperiversiona), joiden opettelu on vienyt aikaa. Lähes päällekkäiset käyttöönotot ovat syöneet motivaatioita tarkistuslistan käytöstä, sillä uuden leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmän käyttö on ollut pakollista vanhan järjestelmän poistuttua kokonaan käytöstä. Näin ollen henkilökunta on todennäköisesti panostanut enemmän OIS:n käytön opetteluun, kuin tarkistuslistan käyttöön. Uuden leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmän käyttöön liittyi ongelmia. Kaikki ohjelman osat eivät toimineet toivotulla tavalla ja ohjelmaa päivitettiin tuon tuosta.

Leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmään tulee merkitä jokaisen tarkistuslistan vaiheen läpikäynnin jälkeen kuittaus. Tarkoituksena on rastittaa alku-, viilto- ja lopputarkistusruudut kun kyseinen tarkistus on tehty. Vasta vuoden vaihteen jälkeen saatiin OIS:sta tilastoja tarkistuslistan käytöstä. Tilastoista pystytään erottamaan esimerkiksi se, milloin on käytetty alku- ja lopputarkastusta tai milloin on käytetty kaikkia listan tarkastuksia. Tammikuussa tarkistuslistaa oli käytetty osittain tai kokonaan 24 % leikkaustoimenpiteistä. Maaliskuussa tarkistuslistaa käytettiin jo 49 % leikkaustoimenpiteistä. Tarkistuslistan käyttömäärä nousi tammikuusta maaliskuuhun 25 %. Tammikuun tuloksiin saattavat vaikuttaa OIS:n toimintahäiriöt: välillä jo ruksattu ruutu on tyhjentynyt itsestään. Myös inhimilliset unohdukset rastiin laitossa saattavat vaikuttaa käyttöprosenttiin: listaa on käytetty, mutta rasti on unohtunut.

Tarkistuslistan käyttämättömyyttä on selitetty muun muassa sillä, että lista on unohdettu, listaa ei ole ollut saatavilla ruotsiksi tai lista on ollut hukassa. Myös joidenkin lääkäreiden sitoutumattomuus on vaikeuttanut listan käyttöä. Hoitajat ovat voineet kokea listan käytön vaikeana, jos lääkäri on ollut sitä vastaan tai välinpitämätön sen käytön suhteen. Mainittuihin asioihin on puututtu tai tullaan puuttumaan. Huhtikuussa 2011 listasta on valmistunut ruotsinkielinen versio. Seuraavaksi listasta tehdään joka leikkaussaliin suuri seinätaulu. Lista on jo lisätty

leikkaussuunnitteluohjelman lisäsivulle, jolloin se on sähköisesti aina saatavilla. Tulosalueenjohtaja on puhunut lääkärikollegoilleen listan käytöstä vielä lisää.

Keväällä 2010 opinnäytetyöntekijällä oli mahdollisuus osallistua VTT:n tutkijoiden ja laatupäällikön järjestämään TUKU-kyselyn analyysikokoukseen ja potilasturvallisuusiltapäivään, jossa käsiteltiin koko organisaation tuloksia turvallisuuskulttuurikyselystä.

5. TULOKSET

Tulososio jakaantuu kolmeen osaan. Ensimmäisessä osassa käsitellään alkukartoitustuloksia. Toisessa osassa käsittelyn kohteena on koulutuksesta saatu palaute. Kolmas osa koskee loppukartoitustuloksia. Kuten jo aiemmin on todettu alku- ja loppukartoituksen tulokset esitetään turvallisuuskulttuurikyselystä saadun jaotteen mukaisesti. Tulokset turvallisuuskulttuurin psykologisista ulottuvuuksista ja organisatorisista ulottuvuuksista esitellään omina kokonaisuuksinaan. Yllä mainitut ulottuvuudet koostuvat pienemmistä ryhmistä, joihin sisältyy 4–9:n väittämää. Tuloksien kuvaamisessa käytetään prosenttiosuuksia. Väittämien keskiarvot esitetään pylväskuvioina. Koulutuspalautteen osalta tulokset esitellään kysymyskohtaisesti. Palautteen havainnollistamiseksi on käytetty alkuperäisiä lainauksia vastauksista. Käyttöönottokoulutuksesta saatu palaute on kerätty taulukon muotoon. Jokaisesta osuudesta on lopuksi tehty yhteenveto.

5.1. Turvallisuuskulttuurin alkukartoitus

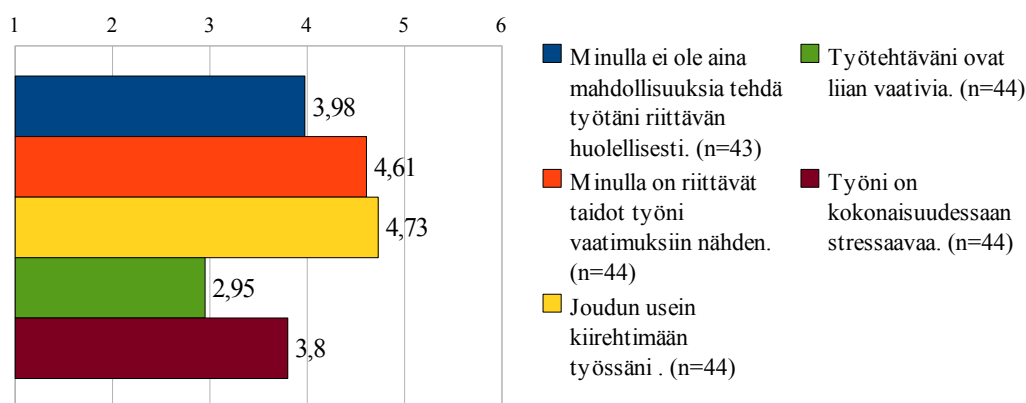
Turvallisuuskulttuurin alkukartoitus suoritettiin osastolla 23.8.–5.9.2010. Kartoitus suoritettiin strukturoidulla kyselykaavakkeella, joka perustui VTT:n tutkijoiden turvallisuuskulttuurianalyysi-kyselyyn. Mielipidettä mitattiin asteikolla 1–6. Vastauksia saatiin yhteensä 44. Osastolla työskenteli kyselyn aikana 72 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa työntekijää ja neljä osastonhoitajaa. Potentiaalisia vastaajia oli siis yhteensä 76. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 58. Tulokset on jaettu kyselykaavakkeesta saadun jaotteen mukaan psykologisiin ja organisatorisiin ulottuvuuksiin. Nämä ulottuvuudet on vielä jaettu pienempiin ryhmiin kysymysten taustan mukaisesti. Pienryhmien tulokset käsitellään omina kokonaisuuksinaan. Tämän osuuden viimeisessä luvussa on yhteenveto alkukartoituksen tuloksista. Yhteenvedossa on hyödynnetty kunkin osion vastausten keskiarvoja määrittämään turvallisuuskulttuurin tilaa.

5.1.1. Psykologiset ulottuvuudet

Hallinnan tunne

Hallinnan tunnetta kartoitettiin viidellä väittämällä. Väittämillä tutkittiin työhön liittyvää kiirettä, työntekijöiden taitoja suhteessa työn vaativuuteen sekä työn stressaavuutta. Suurin osa vastaajista koki joutuvansa usein (64 %) tai melko usein (23 %) kiirehtimään työssään. Yli puolet vastaajista koki ettei huolelliseen työntekoon ollut aina (37 %) tai läheskään aina (26 %) mahdollisuuksia. Yli puolet vastaajista koki, että työ oli kokonaisuudessaan stressaavaa (30 %) tai jossain määrin (34 %) stressaavaa.

Kuitenkin valtaosa vastaajista koki omaavansa riittävät (66 %) tai jokseenkin riittävät (25 %) taidot työn vaatimuksiin nähden. Suurin osa vastaajista koki, etteivät työtehtävät olleet liian (43 %) tai oikeastaan liian (18 %) vaativia. Myös keskiarvon perusteella työssä jouduttiin ainakin melko usein kiirehtimään (Kuvio 1).

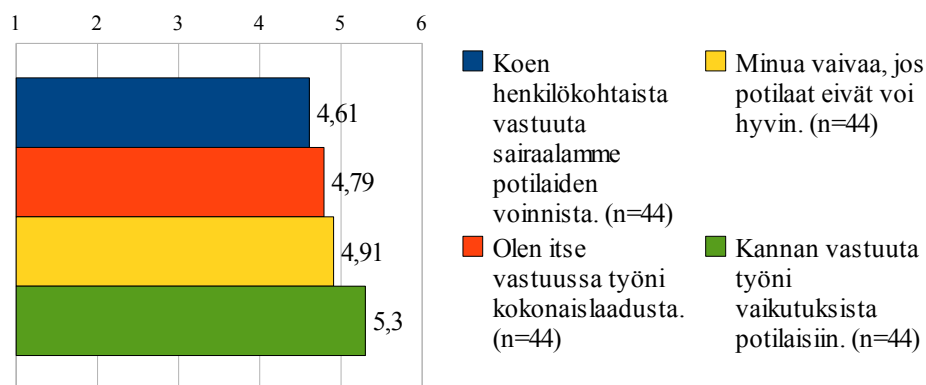


Kuvio 1. Hallinnan tunne -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

Henkilökohtainen vastuun tunne

Henkilökohtaista vastuun tunnetta mitattiin neljän väittämän avulla. Väittämien avulla haettiin vastauksia potilaiden vointiin ja työn laatuun liittyvästä henkilökohtaisen vastuun määrästä. Suuri osa (66 %) vastaajista koki henkilökohtaista vastuuta potilaiden voinnista. Valtaosaa vastaajista (73 %) vaivasi, jos potilaat ei-

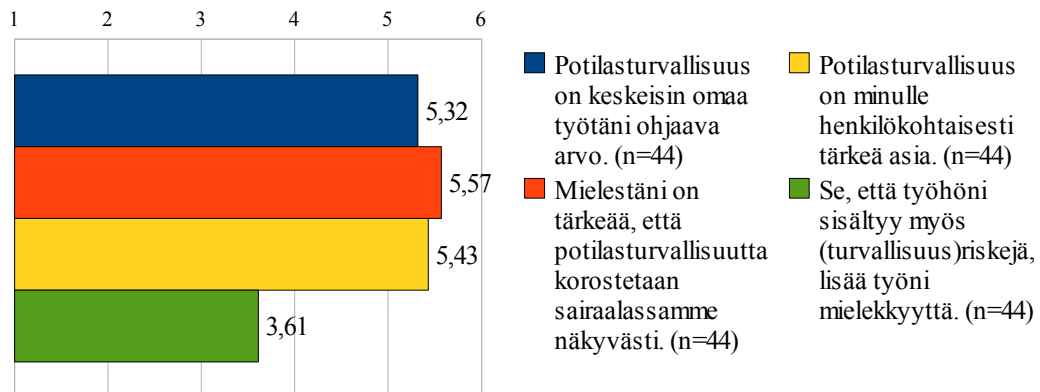
vät voineet hyvin. Lähes kaikki (91 %) vastaajat kantoivat vastuuta työnsä vaikutuksista potilaisiin. Suurin osa (73 %) vastaajista koki olevansa itse vastuussa oman työnsä kokonaislaadusta. Kaikki henkilökohtaisen vastuun tunteen väittämät saivat keskiarvolla mitattuna korkeita arvioita (Kuvio 2).



Kuvio 2. Henkilökohtaisen vastuun tunne -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

Turvallisuusmotivaatio

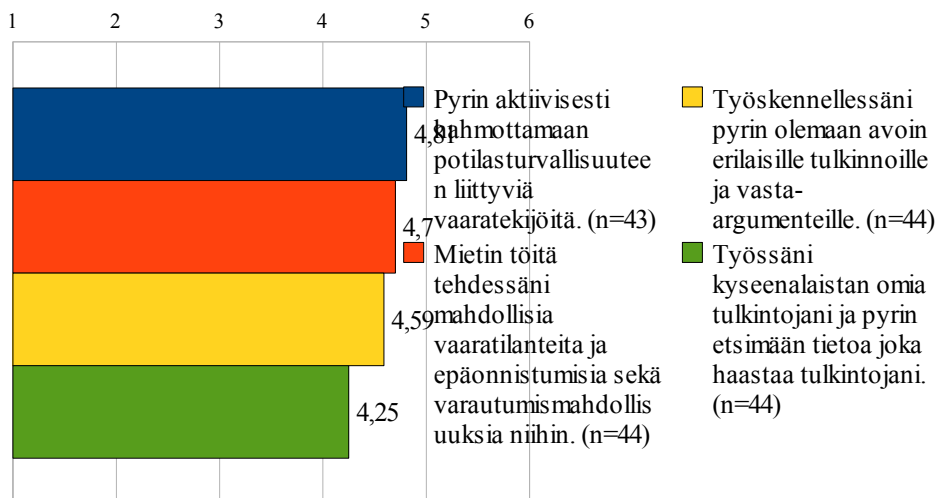
Turvallisuusmotivaatiota mitattiin neljän väittämän avulla. Väittämät käsittelivät vastaajien suhtautumista potilasturvallisuuteen sekä turvallisuusriskeihin. Valtaosa vastaajista (86 %) koki potilasturvallisuuden keskeisimpänä omaa työtään ohjaavana arvona. Kaikki kokivat potilasturvallisuuden henkilökohtaisesti tärkeänä (91 %) tai jokseenkin tärkeänä (9 %) asiana. Myös potilasturvallisuuden korostaminen sairaalassa koettiin tärkeäksi (93 %). Työhön liittyvien turvallisuusriskien vaikutus työn mielekkyyteen jakoi mielipiteitä. Lähes kaksi kolmasosaa vastaajista koki riskien lisäävän (27 %) tai jokseenkin lisäävän (34 %) työn mielekkyyttä. Toisaalta kolmannes vastaajista ei juurikaan (18 %) tai ei lainkaan (21 %) kokenut riskien lisäävän työn mielekkyyttä. Keskiarvolla mitattuna turvallisuusmotivaatio sai erittäin korkeita arvioita, lukuun ottamatta väittämää riskien lisäämästä työn mielekkyydestä (Kuvio 3).



Kuvio 3. Turvallisuusmotivaatio-väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

Valppaus

Valppautta mitattiin neljällä väittämällä, joiden sisällöt käsittelivät vaaratilanteita ja niihin varautumista sekä omien tulkintojen hallitsevuutta. Suurin osa vastaajista pyrki aktiivisesti (72 %) tai jossain määrin (16 %) hahmottamaan potilasturvallisuuden liittyviä vaaratekijöitä. Suurin osa vastaajista mietti töitä tehdessään vaaratilanteita, epäonnistumisia ja varautumismahdollisuuksia paljon (66 %) tai jonkin verran (23 %). Lähes kaikki vastaajat olivat avoimia (57 %) tai jokseenkin avoimia (34 %) erilaisille tulkinnoille ja vasta-argumenteille. Lähes kaikki vastaajat kyseenalaistivat omia tulkintojaan ja pyrkivät etsimään tulkintojaan haastavaa tietoa paljon (36 %) tai jokin verran (48 %). Valppaus oli korkeaa myös keskiarvoilla mitattuna (Kuvio 4).

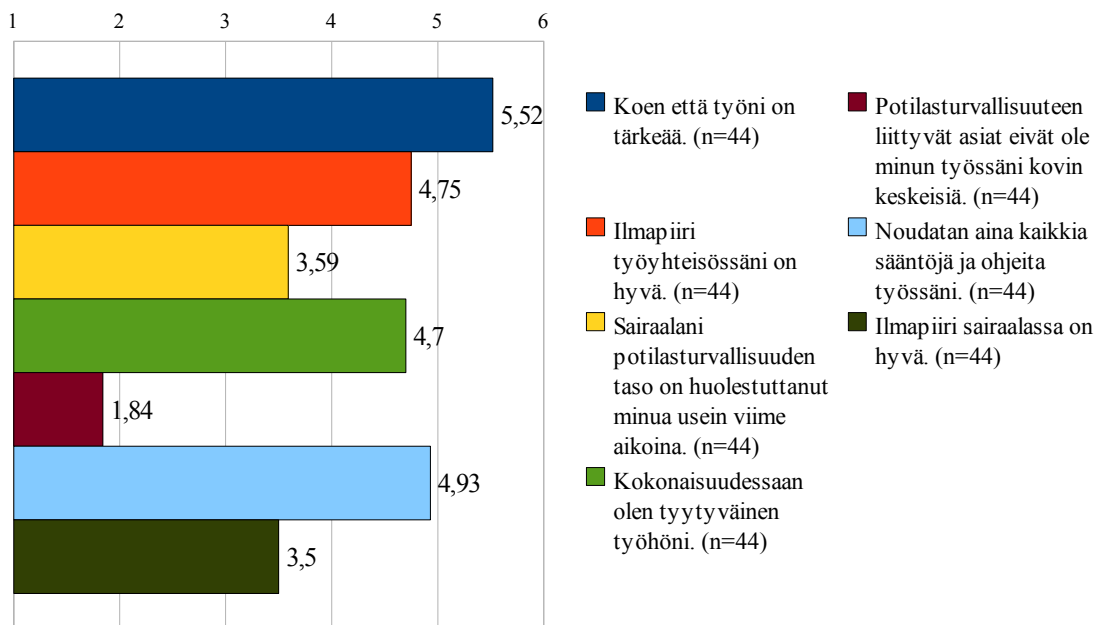


Kuvio 4. Valppaus-väittämien keskiarvo alkukartoituksessa .

Kontrollimuuttajat

Kontrollimuuttajia koskevia väittämiä oli yhteensä seitsemän. Väittämissä käsiteltiin työmotivaatiota, työilmapiiriä, turvallisuushuolta, työtyytyväisyyttä, vaikutuksenluontia ja organisaation ilmapiiriä. Lähes kaikki vastaajat kokivat työyhteisön ilmapiirin hyväksi (68 %) tai melko hyväksi (21 %). Sairaalan ilmapiirin arviot vaihtelivat paljon. Reilu puolet vastaajista koki ilmapiirin jokseenkin huonona (36 %) tai huonona (16 %). Toisaalta vajaa puolet koki ilmapiirin sairaalassa oli jokseenkin hyvänä (27 %) tai hyvänä (21 %). Kaikki (96 %) kokivat työnsä tärkeäksi tai jokseenkin tärkeäksi (5 %). Lähes kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä (66 %) tai jokseenkin tyytyväisiä (23 %) työhönsä. Suurin osa noudatti aina (82 %) tai lähes aina (11 %) kaikkia sääntöjä ja ohjeita.

Sairaalan potilasturvallisuuden taso jakoi mielipiteitä. Reilu puolet vastaajista ei ollut juurikaan (32 %) tai lainkaan (23 %) huolestunut potilasturvallisuuden tasosta sairaalassa. Toisaalta vajaa puolet vastaajista oli huolestunut (27 %) tai jokseenkin huolestunut (18 %) sairaalan potilasturvallisuuden tasosta. Suurin osa vastaajista koki potilasturvallisuuteen liittyvät asiat keskeisinä (82 %) tai jokseenkin keskeisinä (9 %) työssään. Työ koettiin keskiarvon perusteella tärkeäksi (Kuvio 5).



Kuvio 5. Kontrollimuuttujat-väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

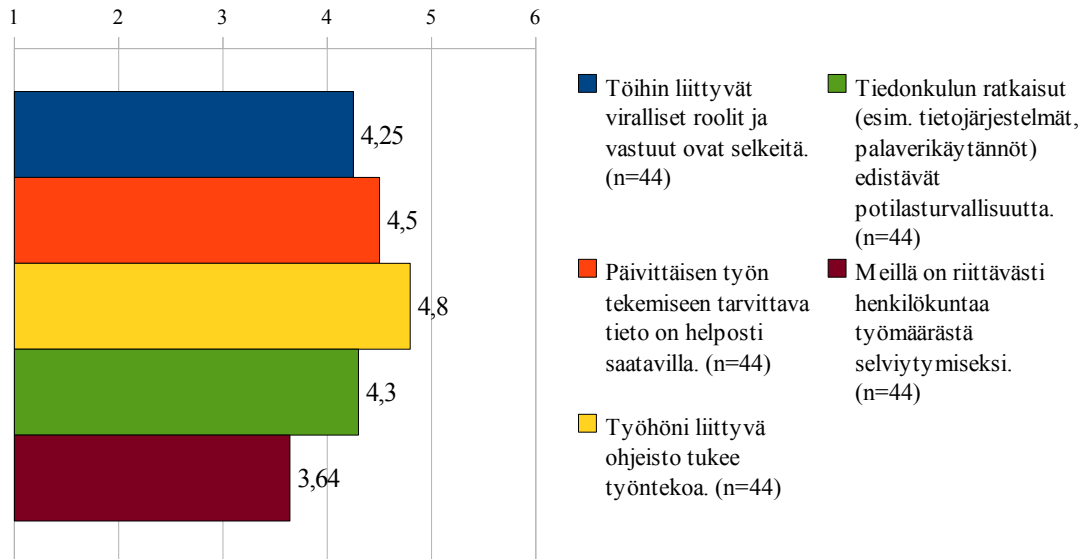
5.1.2. Organisatoriset ulottuvuudet

Työn edellytysten hallinta

Työn edellytysten hallintaa käsiteltiin viidessä väittämässä. Väittämien sisältöjä olivat vastuut, tieto, tiedonkulku ja ohjeistus sekä henkilökuntaresurssit. Suurin osa vastaajista koki, että viralliset vastuut ja roolit olivat selkeitä (46 %) tai jokseenkin selkeitä (30 %). Lähes kaikki vastaajat kokivat työhön tarvittavan tiedon olevan helposti (50 %) tai melko helposti (41 %) saatavilla. Valtaosa koki työn ohjeiston tukevan (71 %) tai jossain määrin tukevan (25 %) työntekoa.

Suurin osa vastaajista koki tiedonkulun ratkaisujen edistävän (46 %) tai jossain määrin edistävän (34 %) potilasturvallisuutta. Henkilökunnan riittävyys jakoi mielipiteitä. Reilu puolet vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökuntaa oli riittävästi (23 %) tai jokseenkin riittävästi (32 %) työmäärään verrattuna. Vastaajista vajaa puolet koki työntekijöitä olevan jokseenkin liian vähän (32 %) tai liian vähän (4 %) työmäärään suhteutettuna. Korkeimman arvion keskiarvolla mitattuna sai väi-

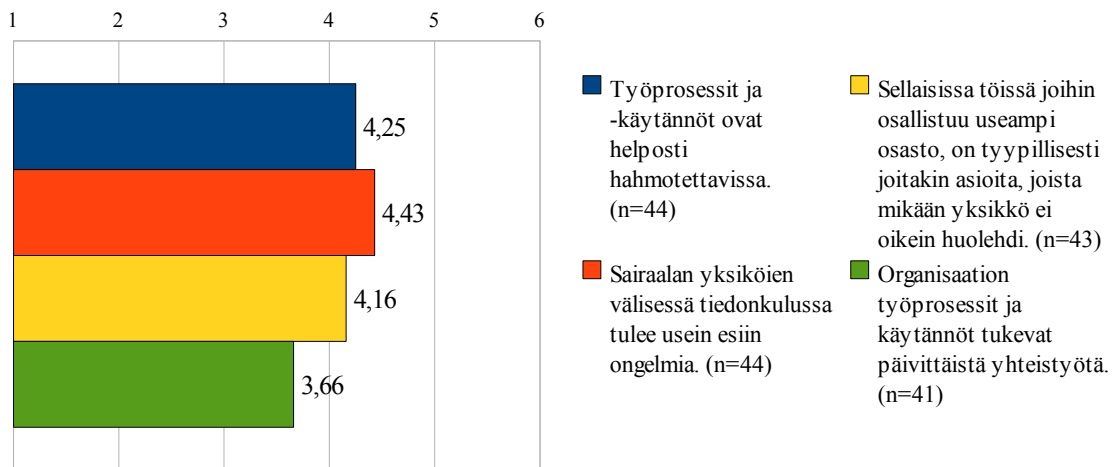
te, jonka mukaan työhön liittyvä ohjeisto tukee työtä (Kuvio 6).



Kuvio 6. Työn edellytysten hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa .

Työprosessien hallinta

Työprosessien hallintaa tutkittiin neljän väittämän avulla. Väittämissä käsiteltiin työprosesseja ja yhteistyötä osastojen välillä. Suurin osa vastaajista piti työprosesseja ja -käytäntöjä jokseenkin helposti (50 %) tai helposti (39 %) hahmotettavina. Yli puolet vastaajista koki organisaation työprosessien tukevan jokseenkin (56 %) tai täysin (10 %) päivittäistä yhteistyötä. Toisaalta reilun kolmanneksen mielestä työprosessit eivät oikeastaan (27 %) tai lainkaan (7 %) tukeneet yhteistyötä. Valtaosa vastaajista koki yksiköiden välisen tiedonkulun ongelmalliseksi (52 %) tai jokseenkin ongelmalliseksi (23 %). Neljäsosa vastaajista koki ettei ongelmia tiedonkulussa osastojen välillä ollut juurikaan (21 %) tai lainkaan (5 %). Yli puolet vastaajista koki, että osastojen välisessä yhteistyössä oli ongelmia (40 %) tai josain määrin ongelmia (26 %), joiden vuoksi jokin asia jäi kokonaan hoitamatta. Toisaalta kolmannes vastaajista koki, ettei ongelmia yksiköiden välillä esiintynyt juurikaan (28 %) tai lainkaan (7 %). Keskiarvolla mitattuna sairaalan yksiköiden välisessä tiedonkulussa esiintyi melko usein ongelmia (Kuvio 7).



Kuvio 7. Työprosessien hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

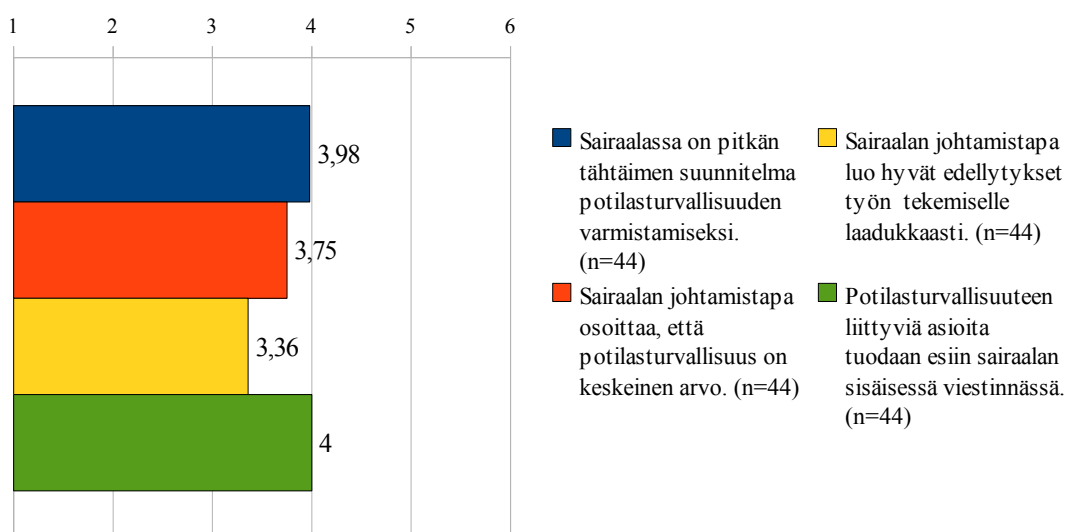
Turvallisuusjohtaminen

Turvallisuusjohtamista tutkittiin yhdeksän väittämän avulla. Sisällöiltään väittämät käsittelivät sairaalan johdon toimia potilasturvallisuuteen liittyen ja esimies-toimintaa. Suurin osa vastaajista koki, että sairaalan johdolla oli pitkän tähtäimen suunnitelma (32 %) tai jonkinlainen suunnitelma (41 %) potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Yli puolet vastaajista koki sairaalan johtotavan osoittavan (34 %) tai jokseenkin osoittavan (23 %), että potilasturvallisuus on keskeinen arvo. Vajaa puolet vastaajista koki, ettei potilasturvallisuus ollut oikeastaan (30 %) tai ollut lainkaan (14 %) sairaalan johdon keskeinen arvo. Puolet vastaajista koki, että sairaalan johtamistapa loi jokseenkin hyvät (34 %) tai hyvät (16 %) edellytykset laadukkaalle työn tekemiselle. Puolet vastaajista taas koki, ettei johtamistapa tukenut laadukkaan työn tekemistä lainkaan (25 %) tai juurikaan (25 %). Yli puolet vastaajista koki johdon pyrkivän varmistamaan (26 %) tai jossain määrin varmistamaan (29 %) taloudellisten resurssien määrän, jotta turvallisuus saataisiin taattua. Toisaalta vajaa puolet vastaajista koki, ettei johto ollut oikeastaan (19 %) tai lainkaan (26 %) panostanut resursseja turvallisen toiminnan mahdollistamiseen.

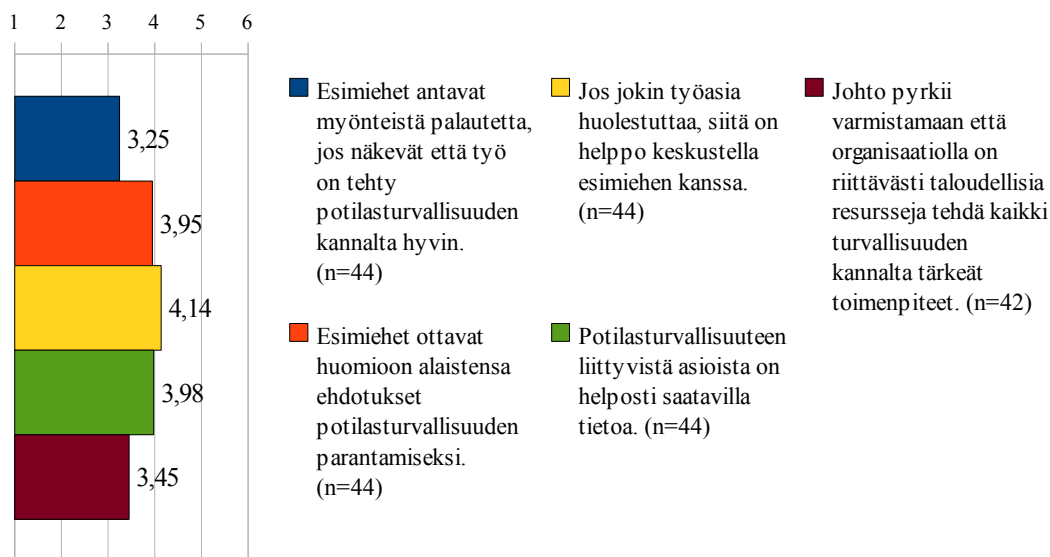
Kahden kolmasosan mielestä potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuotiin jossain määrin (34 %) tai hyvin (32 %) esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä. Kolmasosa vastaajista koki, ettei potilasturvallisuus näkynyt kovin (27 %) hyvin tai lainkaan

(7 %) sisäisessä viestinnässä. Vajaa kaksi kolmasosaa vastaajista koki, että potilasturvallisuuden liittyvää tietoa oli helposti (33 %) tai melko helposti (33 %) saatavilla. Reilu kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, ettei tietoa ollut kovin helposti (28 %) tai lainkaan helposti (28 %) saatavilla.

Yli puolet vastaajista koki, ettei esimiehiltä saanut lainkaan (34 %) tai juurikaan (18 %) positiivista palautetta potilasturvallisuuden kannalta hyvin tehdystä työstä. Vajaa puolet taas oli palautetta jossain määrin (30 %) tai usein (18 %) saanut. Kaksi kolmasosaa vastaajista koki esimiesten ottavan alaisten potilasturvallisuutta parantavat ehdotukset huomioon hyvin (36 %) tai jossain määrin (34 %). Kolmasosa vastaajista koki, ettei ehdotuksia huomioitu lainkaan (14 %) tai juurikaan (16 %). Suurin osa pystyi helposti (55 %) tai jossain määrin (14 %) keskustelemaan esimiehen kanssa työhön liittyvistä huolista. Kuitenkin kolmasosa vastaajista ei pystynyt lainkaan (23 %) tai juurikaan (9 %) puhumaan esimiehen kanssa työhön liittyvistä huolista. Potilasturvallisuuden liittyviä asioita tuotiin melko hyvin esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä keskiarvolla mitattuna (Kuvio 8). Keskiarvon perusteella arvioituna esimiehen kanssa keskustelu katsottiin melko helpoksi (Kuvio 9).



Kuvio 8. Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 1 alkukartoituksessa.



Kuvio 9. Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 2 alkukartoituksessa.

Organisaation oppimiskäytännöt

Organisaation oppimiskäytäntöjä kartoitettiin kuudella väittämällä. Väittämät koskivat potilasturvallisuuteen liittyvää oppimista, muun muassa virheistä oppimista. Suurin osa vastaajista koki, että käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi olivat toimivia (52 %) tai jokseenkin toimivia (34 %). Lähes kaikki vastaajat kokivat, että toiminnot potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoimiseksi olivat jokseenkin toimivia (48 %) tai toimivia (41 %). Kaksi kolmasosaa koki toimintatapojen ja käytäntöjen arvioinnin olevan jokseenkin (47 %) tai täysin (21 %) oppimista edistävää. Kolmasosa koki, ettei arviointi juurikaan (26 %) tai lainkaan (7 %) edistänyt oppimista.

Lähes kaikki vastaajat kokivat organisaatiossa kehitettävän toimintaa aktiivisesti (59 %) tai jossain määrin (27 %) potilasturvallisuuden parantamiseksi. Melkein kaikki vastaajat kokivat potilashaittatapahtumien ehkäisytyökalut toimivina (46 %) tai jokseenkin toimivina (43 %). Kaksi kolmasosaa koki, että potilasturvallisuuden tasoa seurattiin jokseenkin säännöllisesti (40 %) tai säännöllisesti (26 %). Kolmasosa koki, ettei potilasturvallisuuden tasoa seurattu juurikaan (28 %) tai lainkaan (7 %) säännöllisesti. Organisaation oppimiskäytännöt saivat positiivisia

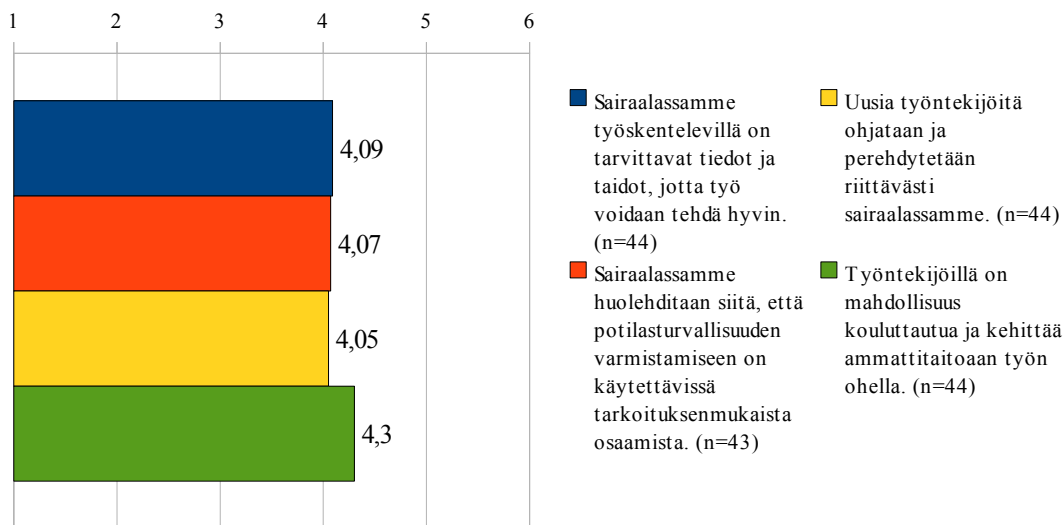
arvioita keskiarvolla mitattuna (Kuvio 10).



Kuvio 10. Organisaation oppimiskäytännöt -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

Osaamisen hallinta

Osaamisen hallintaa tarkasteltiin neljällä väittämällä. Väittämät kartoittivat työntekijöiden osaamista, perehdytystä ja lisäkoulutusta. Suurin osa vastaajista koki sairaalassa työskentelevien omaavan jokseenkin (46 %) tai täysin (31 %) tarpeelliset tiedot ja taidot hyvän työtuloksen saavuttamiseksi. Reilu kaksi kolmasosaa vastaajista näki, että potilasturvallisuuden osaamisen saatavuudesta oli jokseenkin (37 %) tai täysin (35 %) huolehdittu. Vajaa kolmasosa (28 %) vastaajista näki jonkin verran puutteita osaamisen saatavuudessa. Suurimman osan mielestä uusien työntekijöiden perehdytys ja ohjaus oli riittävää (40 %) tai jokseenkin riittävää (34 %). Valtaosa vastaajista ajatteli työntekijöiden koulutusmahdollisuuksien olevan riittäviä (48 %) tai jokseenkin riittäviä (27 %). Neljännes (25 %) koki koulutusmahdollisuudet jokseenkin riittämättöminä. Osaamisen hallinta arvioitiin hyväksi (Kuvio 11).

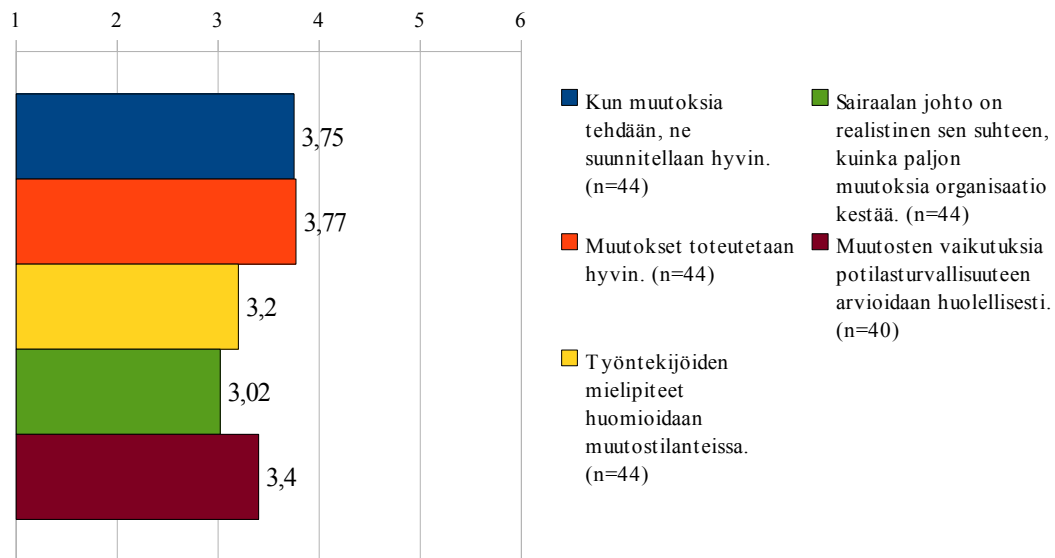


Kuvio 11. Osaamisen hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

Muutosten hallinta

Muutosten hallinnan osuudessa käsiteltiin muutosten suunnittelua, toteutusta, työntekijöiden huomiointia, organisaation muutoksen sietokykyä sekä muutosten vaikutusten arviointia. Väittämiä oli viisi. Reilu kaksi kolmasosaa vastaajista koki, että muutokset suunniteltiin jokseenkin hyvin (50 %), tai hyvin (18 %). Kolmasosan mielestä muutoksia suunniteltiin jokseenkin huonosti (23 %) tai huonosti (9 %). Kaksi kolmasosaa vastaajista koki, että muutokset toteutettiin melko hyvin (48 %), tai hyvin (21 %). Kolmannes vastaajista koki muutosten toteutuksen melko huonona (23 %) tai huonona (9 %). Puolet vastaajista koki, että työntekijöiden mielipiteet huomioitiin muutostilanteissa jokseenkin hyvin (41 %) tai hyvin (9 %). Puolet vastaajista taas koki ettei mielipiteitä lainkaan (30 %) tai juurikaan (21 %) huomioitu. Kaksi kolmasosaa vastaajista koki, ettei sairaalan johto ollut realistinen (34 %) tai kovin realistinen (30 %) organisaation muutostensietokyvystä. Kolmannes koki johdon jokseenkin realistiseksi (27 %) tai täysin realistiseksi (9 %) organisaation muutostensietokykyjen suhteen. Yli puolet vastaajista koki, ettei muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen mietitty kovin huolellisesti (45 %) tai lainkaan (10 %). Vajaa puolet vastaajista ajatteli muutoksia arvioitavan jokseenkin huolellisesti (40 %) tai hyvin huolellisesti (5 %). Muutosten hallinnassa nähtiin ongelmia. Sairaalan johdon ei katsottu olevan kovinkaan realistinen orga-

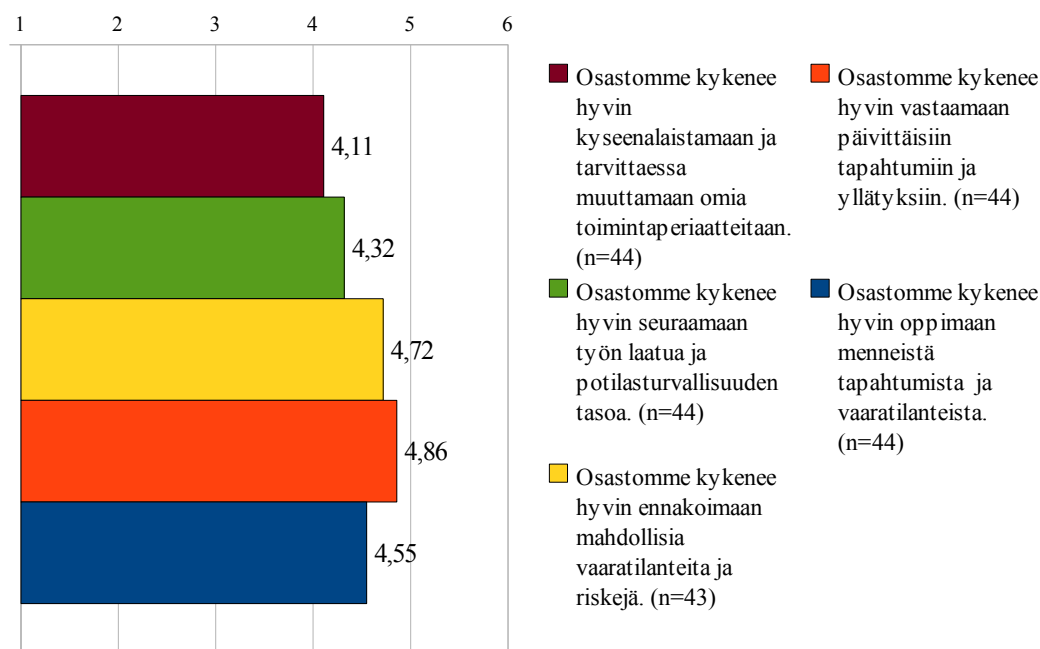
nisaation muutoksensietokyvyn suhteen (Kuvio12).



Kuvio 12. Muutosten hallinta -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

Ryhmätason kriittiset toiminnot

Ryhmätason kriittisiä toimintoja tutkittiin viidellä väittämällä. Suurin osa vastaajista näki, että osasto pystyi hyvin (59 %) tai melko hyvin (25 %) oppimaan menneistä tapahtumista ja vaaratilanteista. Lähes kaikki kokivat, että osastolla pystyttiin vastaamaan päivittäisiin tapahtumiin ja yllätyksiin hyvin (73 %) tai melko hyvin (18 %). Valtaosa vastaajista koki osastolla pystyttävän ennakoimaan vaaratilanteita ja riskejä hyvin (77 %) tai melko hyvin (12 %). Lähes kaikki vastaajat kokivat, että osastolla pystyttiin seuraamaan työn laatua ja potilasturvallisuuden tasoa hyvin (46 %) tai melko hyvin (39 %). Suurin osa vastaajista koki osaston pysyvän kyseenalaistamaan ja muuttamaan toimintaperiaatteitaan hyvin (43 %) tai melko hyvin (34 %). Ryhmätason kriittiset toiminnot saivat positiivisia arvioita myös keskiarvolla mitattuna (Kuvio 13).



Kuvio13. Ryhmätason kriittisten toimintojen keskiarvot -väittämien keskiarvo alkukartoituksessa.

5.1.3. Yhteenveto

Vastaajien mukaan osastolla työskentely oli kiireistä. Työtä ei ollut aina mahdollisuus tehdä riittävän huolellisesti ja työssä jouduttiin usein kiirehtimään. Omat taidot kuitenkin riittivät työtehtävien suorittamiseen eikä työtehtäviä pidetty liian vaativina. Työ koettiin kuitenkin kokonaisuudessaan stressaavana. Henkilökunnalla oli suuri henkilökohtainen vastuuntunne työstään. Myös henkilökunnan turvallisuusmotivaatio oli erittäin korkealla. Valppaus-taso oli osastolla hyvä: vaaratilanteita ja -tekijöitä pohdittiin työn ohessa ja niihin pyrittiin etsimään ratkaisuja jo ennalta.

Työ koettiin tärkeänä ja työhön oltiin tyytyväisiä. Työilmapiiri oli hyvä. Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat koettiin keskeisinä omassa työssä. Ehkä tästä johtuen sairaalan potilasturvallisuuden taso oli huolestuttanut jonkin verran. Sairaalan ilmapiiri ei ollut hyvä eikä huono.

Työn edellytykset olivat hallinnassa. Työprosessit ja -käytännöt olivat helposti hahmotettavissa ja ne tukivat päivittäistä yhteistyötä. Kuitenkin yksiköiden välisessä työskentelyssä nähtiin ongelmia. Henkilökunta koki, että sairaalassa potilasturvallisuus oli jokseenkin keskeinen arvo ja sen varmistamiseksi oli suunnitelma. Potilasturvallisuudesta viestittiin sairaalan sisällä ja näin ollen potilasturvallisuudesta oli saatavilla tietoa melko helposti. Sairaalan johtoa kritisoitiin siitä, ettei laadukkaalle työn teolle ollut täysin hyviä mahdollisuuksia. Myöskään taloudelliset resurssit liittyen turvallisuuteen eivät olleet täysin kohdallaan. Esimiehet huomioivat alaisten ehdotuksia potilasturvallisuuden parantamiseksi jonkin verran. Esimiesten kanssa oli helppo keskustella. Myönteistä palautetta potilasturvallisuuden kannalta hyvin tehdystä työstä kaivattiin esimiehiltä lisää.

Organisaation oppimiskäytännöt olivat hyvät. Potilasturvallisuustyökalut nähtiin toimivina. Myös osaamisen hallinta oli hyvällä mallilla. Sairaalassa työskentelevillä oli tiedot ja taidot, jotta työ voitiin tehdä hyvin. Muutosten hallinta vaati parannuksia. Vastaajien mielestä työntekijöiden mielipiteitä ei huomioitu riittävästi muutostilanteissa. Johdon käsitys organisaation muutoksen sietokyvystä ei ollut kovin realistinen eikä muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioitu riittävän huolellisesti. Kuitenkin muutokset suunniteltiin ja toteutettiin melko hyvin. Ryhmätason kriittiset toiminnot olivat hyvällä tasolla. Osastolla pystyttiin vastaamaan hyvin yllättäviin tilanteisiin. Myös mahdollisia vaaratilanteita pystyttiin ennakoidaan hyvin.

5.2. Palaute koulutuksesta

Interventiokeinona käytettiin koulutusta. Koulutuksen tarkoituksena oli lisätä henkilökunnan tietoa kirurgisen tarkistuslistan merkityksestä sekä sen käytöstä. Tietoa lisäämällä oli tarkoitus myös vähentää mahdollista muutosvastarintaa.

Koulutus jakautui useampaan kertaan, jotta mahdollisimman moni työntekijä pystyi osallistumaan siihen. Koulutusta järjestettiin aamuraporteilla 6.9., 7.9. ja

20.9.2010. Aamuraporteilla pidettiin aina samansisältöinen luento kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotosta. Luennon aikana käytiin läpi myös käyttöön tuleva tarkistuslista kohta kohdalta. Lisäksi 20.9. näytettiin osastolla kuvattu video tarkistuslistan käytöstä esimerkkipotilaan toimenpiteessä. Koulutusta annettiin myös 14.9.2010 järjestetyssä koulutuspäivässä, joka oli suunnattu koko operatiivisen tulosalueen henkilökunnalle.

Koulutuspäivän ohjelmasta vastasi sairaanhoitopiirin laatu- ja turvallisuusyksikön kanssa. Koulutuspäivän aikana luennoitsijat puhuivat tarkistuslistoista, niiden käytöstä ja käyttöönotosta (pilottisalien kokemukset) sekä tiimityöstä ja kommunikaatiosta. Tarkistuslistojen käyttöönotossa puhuttaessa nähtiin kaksi videota, jotka kuvasivat tarkistuslistan käyttöä saliolosuhteissa.

Tarkistuslistan käyttöönotokoulutuksesta pyydettiin palaute koulutusten jälkeen. Palaute kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli avoimia kysymyksiä. Palaute pyydettiin vain leikkaus- ja anestesiaosaston hoitohenkilökunnalta. Koulutuspalautteen analyysi suoritettiin sisällönanalyysin avulla.

Palautteella pyrittiin selvittämään, miten henkilökunta koki annetun koulutuksen ja millaista koulutusta mahdollisesti kaivataan lisää uuden työkalun käyttöönotossa.

Koulutuksiin osallistui yhteensä 54+4 (76 % koko hoitohenkilökunnan määrästä yht. 76) osaston hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Kyselylomake oli saatavilla sekä suomeksi että ruotsiksi. Palautteen antoon annettiin kaksi viikkoa aikaa. Vastauksia saatiin 19 (N=19) ja vastausprosentiksi muodostui 33. Suurin osa vastaajista oli osallistunut vähintään kolmeen tai useampaan koulutuskertaan. Neljä vastaajaa oli osallistunut kahteen koulutuskertaan ja yksi yhteen. Yksi vastaajista ei ollut merkinnyt osallistumiskertojaan kyselyyn. Mainintojen lukumäärä ilmenee tämän osion lopussa olevasta taulukosta.

5.2.1. Kokemus koulutuksesta

Saatu koulutus arvioitiin hyväksi ja mielenkiintoiseksi. Koulutusta pidettiin tarpeellisena, motivoivana ja tietoa antavana. Koulutus koettiin myös riittävänä.

”Hyvänä ja tarpeellisena” S6

”Bra fick vetskap...” R1

”Koulutus on ollut riittävää...” S8

5.2.2. Koulustarve ennen kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoa

Vastaajat kokivat jo saadun koulutuksen riittävän kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoon omassa työssään. Käytännön harjoitteluun ja toimintaohjeiden läpikäyntiin liittyvä koulutus katsottiin tärkeäksi. Lisäksi toivottiin myös lääkärien osallistuvan koulutuksiin, jotta heidätkin saataisiin tietoiseksi asiasta ja sitoutettua tarkistuslistan käyttöön. Moniammatillista yhteistyötä siis kaivattiin.

”En oikeastaan kaivannut enempää koulutusta...” S1

”Käytännön harjoittelua.” S7

”Kirurgerna mera med.” R2

5.2.3. Paras koulutusmuoto

Luennot koettiin parhaana itselle sopivana koulutusmuotona. Käytännöstä oppiminen koettiin hyvänä koulutuksena. Myös teorian ja käytännön yhdistämistä pidettiin hyvänä. Lisäksi mainittiin yhteinen keskustelu koulutuksen aiheesta.

”Yhteisluennot...” S10

”Käytännön koulutus.” S4

”Teori + praktik” R5

5.2.4. Koulutuksen kehittäminen

Suurin osa vastaajista ei antanut ehdotuksia koulutuksen kehittämiseksi. Moniammatillisen koulutuksen lisääminen koettiin tärkeäksi. Siltä toivottiin kirurgien, anestesia lääkärien ja esimiesten sitouttamista. Tarkistuslistan kehittämiseksi toivottiin listan yksinkertaistamista ja salikohtaistamista. Tarkistuslistan mahdollisen salikohtaistamisen toteuduttua toivottiin koulutusta aiheesta. Lisäksi mainittiin panostaminen käytännön harjoitteluun ja useiden koulutustilaisuuksien järjestäminen samasta aiheesta, jotta mahdollisimman moni saisi koulutuksen. Uudelle työkalulle ehdotettiin raporttikansion luomista. Raporttikansiosta löytyisi työkalun päivitetty tilanne, järjestettyjen koulutusten sisältö sekä lähiajan koulutussuunnitelmat. Raporttikansion avulla pysyttäisiin ajan tasalla, mutta omaa aktiivisuutta vaadittaisiin. Koulutuksen kehittämiseksi tuotiin esiin myös tarve yhtenäisten toimintatapojen luomisesta instrumenttien ja taitosten tarkistuslaskujen suorittamiseksi. Nykyinen käytäntö koettiin sekavana ja jopa potilasturvallisuutta vaarantavana (laskut tehty ennen kuin haava suljettu).

”Inga förslag.” R1

”...kaikki mukaan..kirurgit ennen kaikkea.” S5

”...(toistoja riittävästi) koska moni poissa varsinaisesta koulutuksesta” S7

5.2.5. Yhteenveto

Saatu koulutus oli hyvää, riittävää ja tarpeellista. Lisäkoulutusta ei juuri kaivattu. Kuitenkin toimintaohjeita olisi voitu käydä enemmän läpi. Luennot ja käytännön harjoitukset koettiin parhaiksi koulutusmuodoiksi. Koulutuksen kehittämiskohteita ei juuri annettu. Moniammatillista koulutusta toivottiin, jotta myös lääkärit saataisiin sitoutettua uuden työkalun käyttöön. (Kts. Taulukko 3).

Taulukko 3. Käyttöönottokoulutuksesta saatu palaute

Kokemus saadusta käyttöönotto koulutuksesta	Koettu lisäkoulutuksen tarve	Parhaaksi koettu koulutusmuoto	Käyttökoulutuksen kehittämistarpeet
hyvä; n= 11	ei lisäkoulutustarvetta; n= 8	luennot; n=10	ei kehittämistarpeita; n=7
mielenkiintoinen; n=4	lääkärit mukaan koulutuksiin; n= 5	harjoitukset; n=10	moniammatilliset koulutukset; n=4
informatiivinen; n= 3	toimintaohjeiden läpikäynti; n=3	yhdessä pohtiminen; n=4	tarkistuslistan kehitys; n=2
tarpeellinen; n= 3			panostus käytännön harjoitteluun; n=1
riittävä; n= 3			useat koulutuskerrat; n=1
motivoiva; n=3			raporttikansio; n=1
			yhtenäiset toimintatavat laskuissa; n=1

5.3. Turvallisuuskulttuurin loppukartoitus

Turvallisuuskulttuurin loppukartoitus suoritettiin osana VTT:n ja sairaanhoitopiirin Potilasturvallisuus laatu- ja kilpailuvaltiksi -yhteistyöhanketta 21.1.–20.2.2011 välisenä aikana. Kyselystä tehtiin kaksi versiota, joista toinen oli suunnattu leikkaus- ja anestesiaosastolle ja toinen muulle organisaatiolle. Tähän päädyttiin, koska VTT:n tutkijat olivat alkukartoitustulosten perusteella muuttaneet kyselyä jonkin verran ja lisänneet siihen kokonaan uusia kysymyksiä. Jotta verrattavuus alkukartoitustuloksiin säilyisi, päätettiin leikkaus- ja anestesiaosaston kohdalla käyttää alkuperäistä kyselyä ja lisätä siihen uudet kysymykset. Loppukartoitus suoritettiin siis samat kysymykset sisältävällä, strukturoidulla kyselykaavakkeella kuin alkukartoitus. Kyselyyn vastattiin internetissä. Vastauksia saatiin yhteensä 36. Osa vastaajista oli kuitenkin jättänyt kyselyn kesken. Heidän antamansa vastaukset otettiin kuitenkin mukaan tuloksiin, koska kyselyllä haettiin

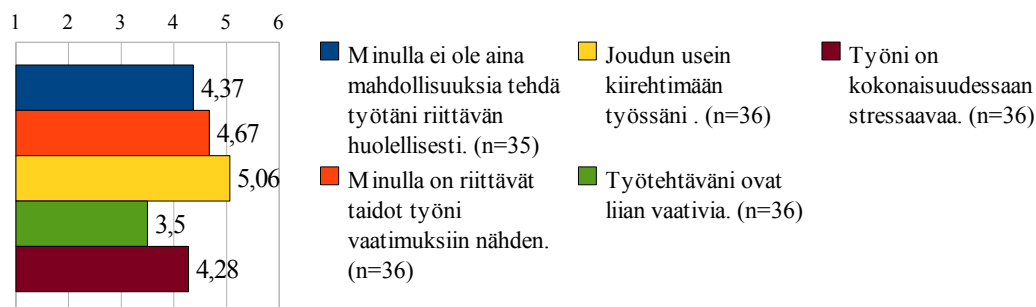
kokonaiskuvaa osaston turvallisuuskulttuurin muutoksesta.

Osastolla työskenteli kyselyn aikana 68 hoitajaa ja neljä osastonhoitajaa. Näin ollen vastausprosentiksi muodostui 50. Tulokset on jaettu kyselykaavakkeesta saadun jaottelun mukaan psykologisiin ja organisatorisiin ulottuvuuksiin. Nämä ulottuvuudet on vielä jaettu pienempiin ryhmiin kysymysten taustan mukaisesti. Pienryhmien tulokset käsitellään omina kokonaisuuksinaan.

5.3.1. Psykologiset ulottuvuudet

Hallinnan tunne

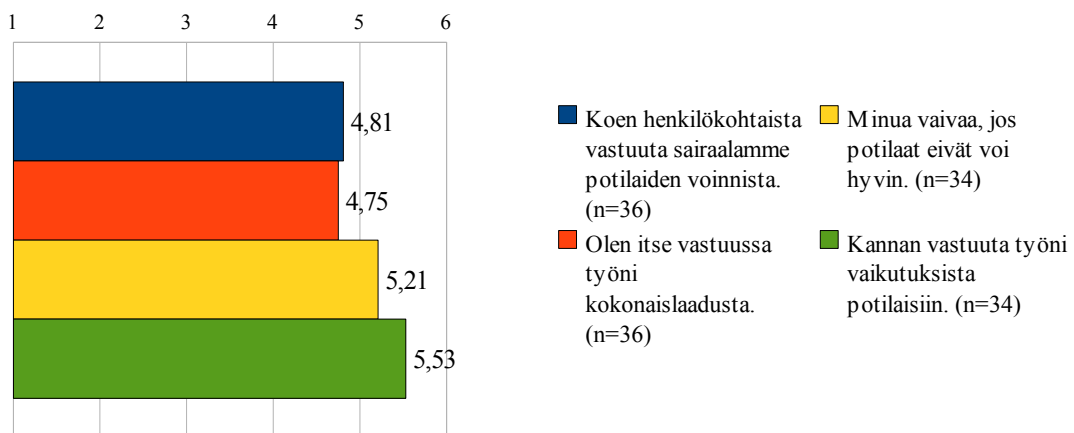
Hallinnan tunnetta mitattiin jälleen viidellä väittämällä. Työtaidot koettiin riittävinä (49 %) tai melko riittävinä (39 %) työn vaatimuksiin nähden. Työtehtävien vaativuus jakoi vastaajat kahtia. Puolet koki työtehtävät liian (19 %) tai joksenaan liian (31 %) vaativiksi ja puolet ei oikeastaan (33 %) tai lainkaan (17 %) vaativiksi. Kolmasosa vastaajista koki työn kokonaisuudessaan stressaavaksi (47 %) tai melko stressaavaksi (25 %). Melkein kaikki vastaajat joutuivat usein (83 %) tai melko usein (14 %) kiirehtimään työssään. Lähes kaikki vastaajat kokivat, ettei työn tekemiseen huolellisesti ollut ainakaan aina (40%) tai läheskään aina (49 %) mahdollisuuksia. Työssä jouduttiin kiirehtimään usein myös keskiarvolla mitattuna (Kuvio 14).



Kuvio 14. Hallinnan tunne -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

Henkilökohtainen vastuun tunne

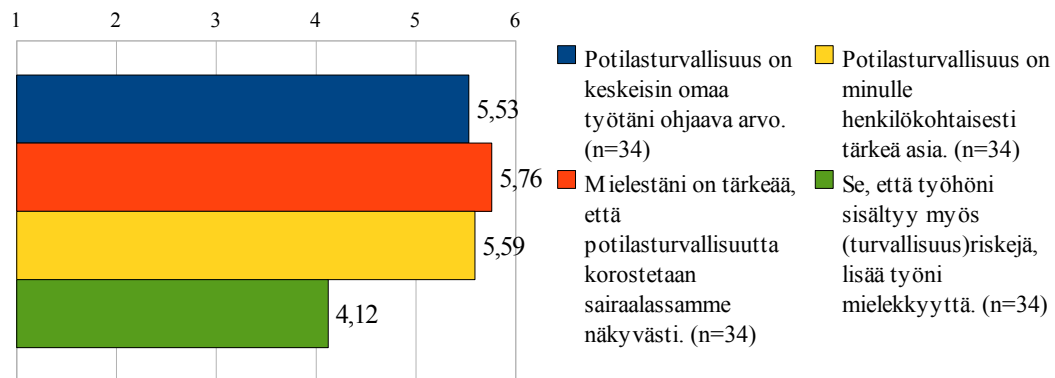
Suuri osa (67 %) vastaajista koki henkilökohtaista vastuuta potilaiden hyvinvoinnista. Valtaosa vastaajista (67 %) koki itse olevansa vastuussa työnsä kokonaislaadusta. Lähes kaikkia vaivasi (82 %) tai jossain määrin vaivasi (15 %), jos potilaat eivät voineet hyvin. Kaikki vastaajat kantoivat paljon (94 %) tai jossain määrin vastuuta (6 %) työnsä vaikutuksista potilaisiin. Henkilökohtainen vastuuntunne oli erittäin korkeaa (Kuvio 15).



Kuvio 15. Henkilökohtaisen vastuun tunne -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa .

Turvallisuusmotivaatio

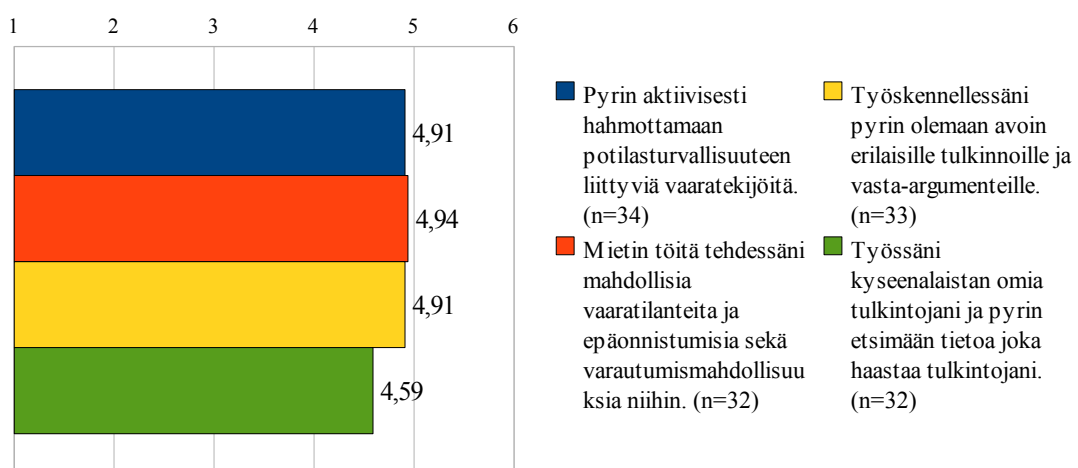
Lähes kaikki vastaajat (97 %) pitivät potilasturvallisuutta keskeisimpänä työtään ohjaavana arvona. Potilasturvallisuutta korostettiin vastaajien mielestä (100 %) näkyvästi sairaalassa. Lähes kaikki (97 %) kokivat potilasturvallisuuden henkilökohtaisesti tärkeäksi asiaksi. Työn sisältämien riskien koettiin lisäävän (44 %) tai jokseenkin lisäävän (27 %) työn mielekkyyttä. Turvallisuusmotivaatio arvioitiin erittäin korkeaksi (Kuvio 16).



Kuvio 16. Turvallisuusmotivaatio-väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

Valppaus

Suurin osa vastaajista pyrki aktiivisesti (77 %) tai jokseenkin aktiivisesti (15 %) hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä. Lähes kaikki miettivät paljon (66 %) tai jossain määrin (31 %) mahdollisia vaaratilanteita ja varautumismahdollisuuksia niihin töitä tehdessään. Suurin osa vastaajista pyrki työskennellessään olemaan avoin (70 %) tai jokseenkin avoin (27 %) erilaisille tulkintoille ja vasta-argumenteille. Valtaosa kyseenalaisti (56 %) tai jossain määrin kyseenalaisti (41 %) omia tulkintojaan ja pyrki etsimään tietoaan haastavia tulkintoja. Keskiarvojen perusteella valppaus oli hyvällä tasolla (Kuvio 17).

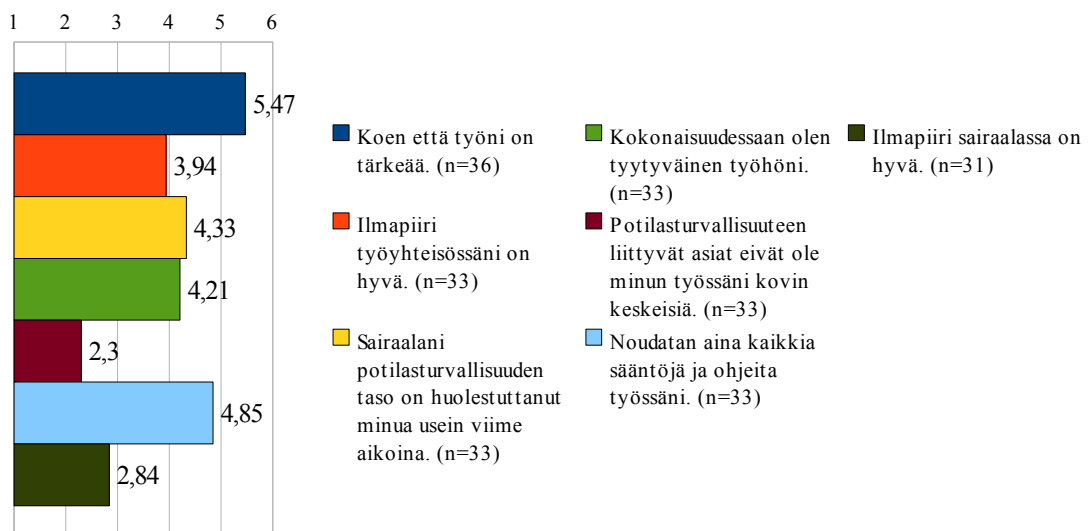


Kuvio 17. Valppaus-väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

Kontrollimuuttajat

Kaikki vastaajat kokivat työnsä tärkeänä (89 %) tai jokseenkin tärkeänä (11 %). Suurin osa vastaajista oli kokonaisuudessaan tyytyväinen (52 %) tai melko tyytyväinen (24 %) työhönsä. Valtaosa (73 %) koki potilasturvallisuuteen liittyvät asiat keskeisinä työssään. Lähes kaikki noudattivat aina (76 %) tai lähes aina (21 %) kaikkia sääntöjä ja ohjeita työssään.

Työyhteisön ilmapiiri jakoi vastaajien mielipiteitä. Enemmistö piti työyhteisön ilmapiiriä kuitenkin hyvänä (39 %) tai jokseenkin hyvänä (21 %). Suurin osa piti sairaalan ilmapiiriä huonona (32 %) tai melko huonona (42 %). Sairaalan potilasturvallisuuden taso oli huolestuttanut usein (52 %) tai melko usein (27 %) suurinta osaa vastaajista. Sairaalan ilmapiiri arvioitiin keskiarvon perusteella melko huonoksi (Kuvio 18).



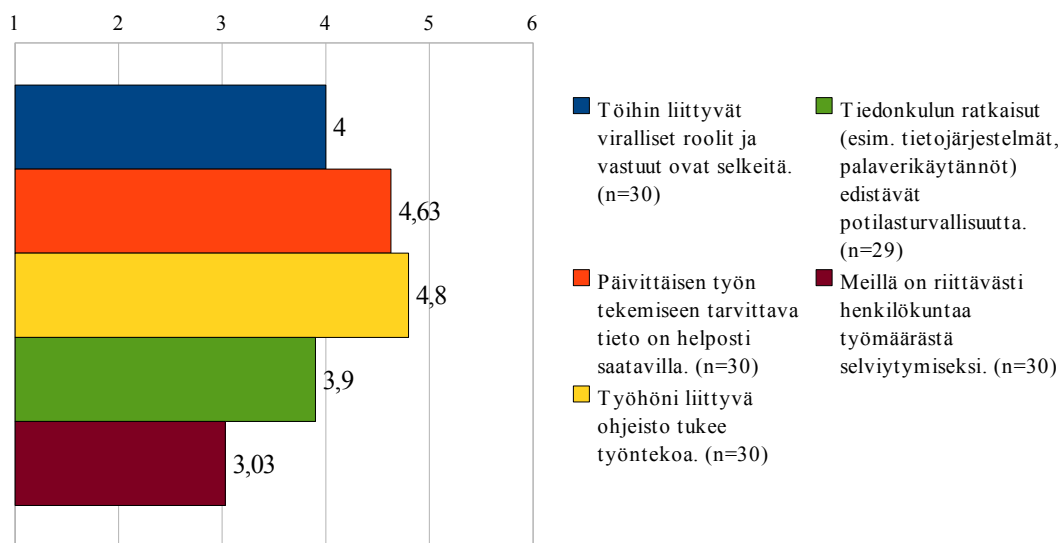
Kuvio 18. Kontrollimuuttajat-väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

5.3.2. Organisaatoriset ulottuvuudet

Työn edellytysten hallinta

Suurin osa piti töihin liittyviä virallisia vastuita ja rooleja selkeinä (23 %) tai melko selkeinä (57 %). Myös päivittäiseen työn tekemiseen tarvittava tieto oli helposti (60 %) tai melko helposti (37 %) saatavilla. Työhön liittyvän ohjeiston koet-

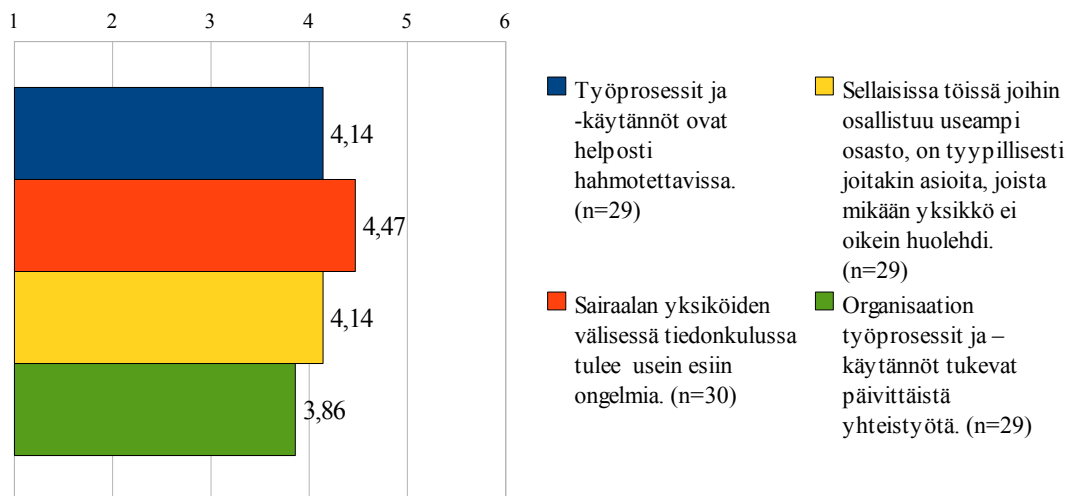
tiin tukevan työtä hyvin (67 %) tai melko hyvin (27 %). Suurin osa katsoi tiedonkulun ratkaisujen edistävän potilasturvallisuutta paljon (31 %) tai jossain määrin (38 %). Valtaosa koki henkilökuntamäärän täysin (33 %) tai jokseenkin riittämättömänä (40 %) työmäärään nähden. Myös keskiarvolla mitattuna henkilökuntamäärä arvioitiin jokseenkin riittämättömänä (Kuvio 19).



Kuvio 19. Työn edellytysten hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

Työprosessien hallinta

Työprosessit ja -käytännöt olivat valtaosan mielestä helposti (28 %) tai melko helposti (59 %) hahmotettavissa. Suurin osa katsoi organisaation työprosessien ja -käytäntöjen tukevan päivittäistä yhteistyötä hyvin (14 %) tai melko hyvin (66 %). Sairaalan yksiköiden välisessä tiedonkulussa esiintyi valtaosan mielestä usein (47 %) tai melko usein (40 %) ongelmia. Suurin osa koki osastojen välisissä töissä olevan tyypillisesti (45 %) tai melko tyypillisesti (28 %) ongelmia, joiden vuoksi jokin asia jäi kokonaan hoitamatta. Yksiköiden välinen tiedonkulku arvioitiin keskiarvolla mitattuna jokseenkin ongelmalliseksi (Kuvio 20).



Kuvio 20. Työprosessien hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

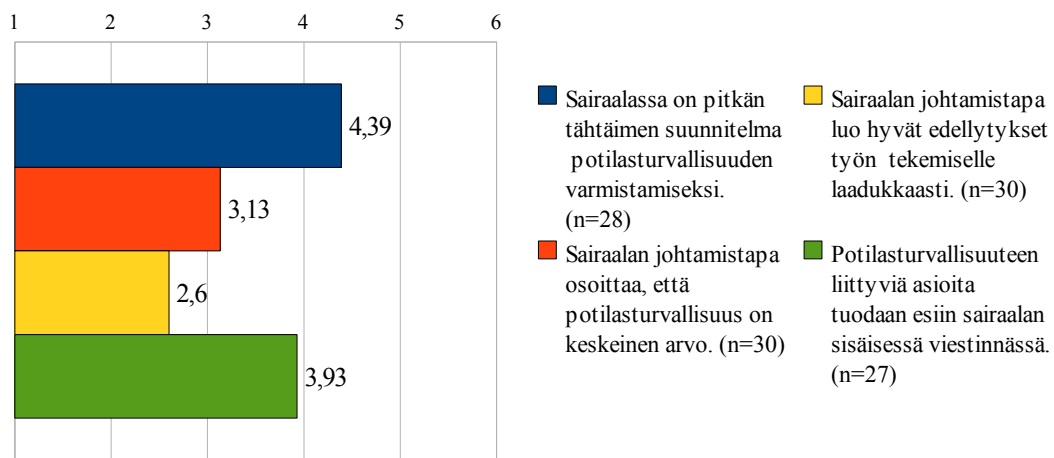
Turvallisuusjohtaminen

Suurin osa vastaajista uskoi sairaalassa olevan pitkäntähtäimen (50 %) tai jonkinlainen suunnitelma (36 %) potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Potilasturvallisuuden liittyviä asioita tuotiin esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä valtaosan mielestä hyvin (19 %) tai melko hyvin (52 %). Suurimman osan mielestä potilasturvallisuuden liittyvistä asioista oli saatavilla tietoa helposti (30 %) tai melko helposti (50 %).

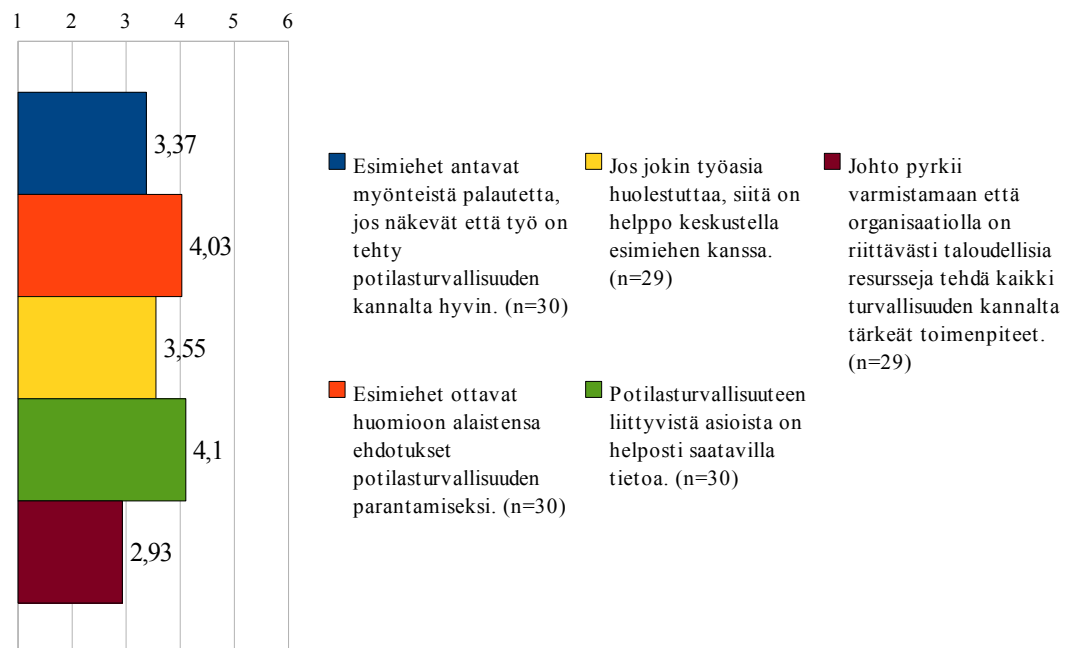
Yli puolet vastaajista katsoi, ettei sairaalan johtamistapa osoittanut potilasturvallisuutta keskeiseksi (37 %) tai oikeastaan keskeiseksi (20 %) arvoksi. Valtaosa katsoi, ettei sairaalan johtamistapa luonut myöskään hyviä (50 %) tai oikeastaan hyviä (27 %) edellytyksiä laadukkaalle työn teolle. Suurin osa vastaajista koki, ettei johto pyrkinyt varmistamaan riittäviä (35 %) tai oikeastaan riittäviä (38 %) taloudellisia resursseja turvallisuuden kannalta tärkeiden toimenpiteiden varmistamiseksi.

Suurin osa vastaajista koki esimiesten ottavan huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi hyvin (43 %) tai melko hyvin (30 %). Esimiehen kanssa keskustelun helppous jakoi vastaajia. Yli puolet koki keskustelun ole-

van helppoa (35 %) tai melko helppoa (17 %) esimiehen kanssa. Vajaa puolet piti sitä vaikeana (28 %) tai melko vaikeana (21 %). Reilu puolet vastaajista koki, ettei esimiehiltä saanut palautetta potilasturvallisuuden kannalta hyvin tehdystä työstä lainkaan (23 %) tai lähes ollenkaan (33 %). Sairaalassa katsottiin olevan jonkinlainen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi (Kuvio 21). Potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista oli melko helposti saatavilla tietoa keskiarvolla mitattuna (Kuvio 22).



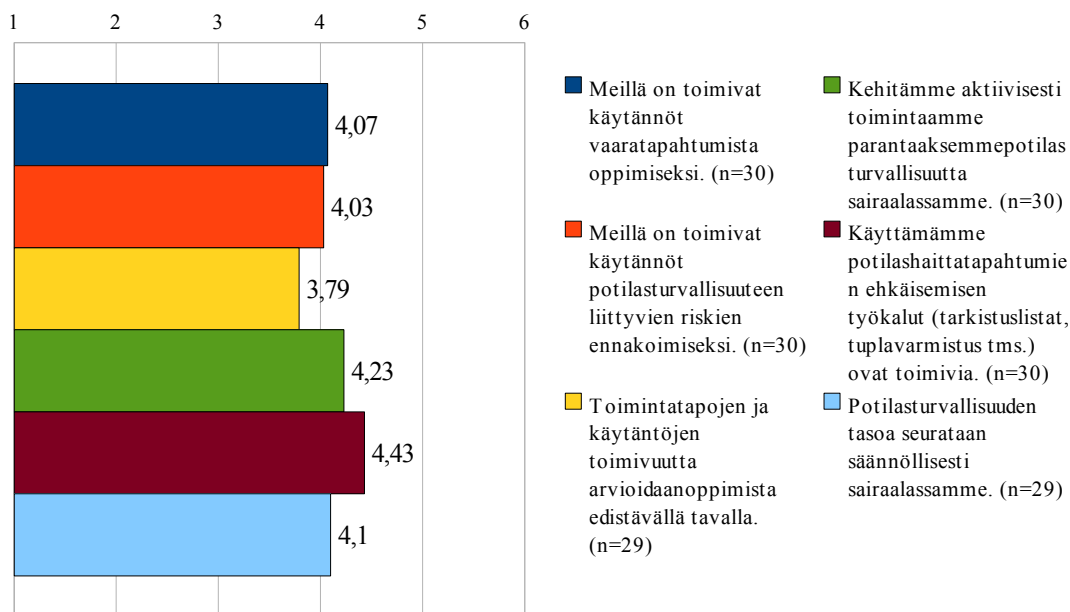
Kuvio 21. Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 1 loppukartoituksessa.



Kuvio 22. Turvallisuusjohtaminen-väittämien keskiarvo 2 loppukartoituksessa.

Organisaation oppimiskäytännöt

Yli puolet vastaajista koki käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi toimivina (37 %) tai jokseenkin toimivina (30 %). Suurin osa koki myös potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoimiskäytännöt toimivina (33 %) tai melko toimivina (40 %). Reilu puolet vastaajista piti toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuuden arviointia oppimista kehittävänä (21 %) tai jokseenkin kehittävänä (38 %). Suurin osa vastaajista koki, että toimintaa kehitettiin aktiivisesti (37%) tai jokseenkin aktiivisesti (47 %) parantamaan potilasturvallisuutta. Valtaosa koki myös potilashaittatapahtumien ehkäisytyökalut toimivina (50 %) tai jokseenkin toimivina (37 %). Suurimman osan mielestä potilasturvallisuuden tasoa seurattiin säännöllisesti (31 %) tai jokseenkin säännöllisesti (45 %). Potilashaittatapahtumien ehkäisemistyökalut katsottiin melko toimivina keskiarvon perusteella (Kuvio 23).

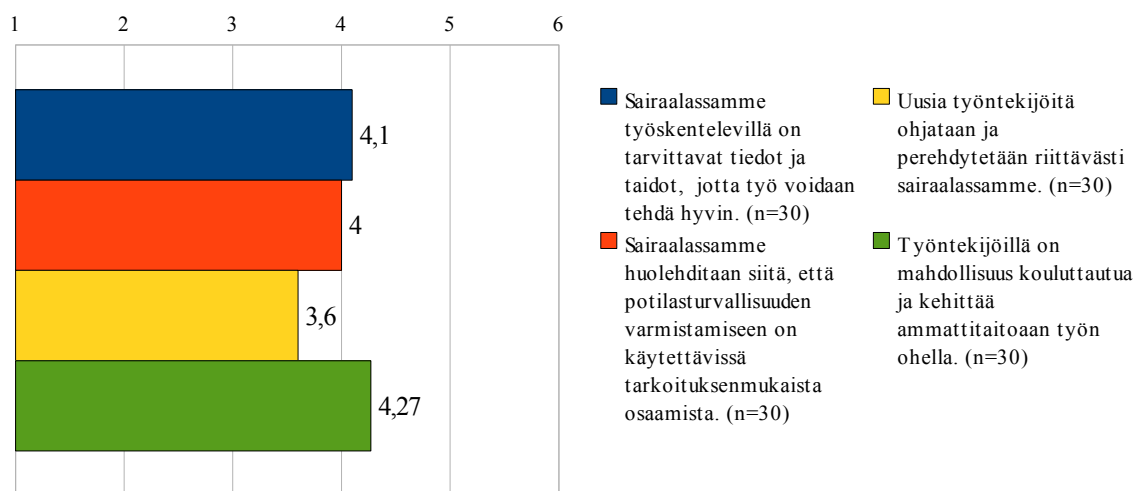


Kuvio 23. Organisaation oppimiskäytännöt -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

Osaamisen hallinta

Suurin osa vastaajista koki sairaalassa työskentelevien omaavan tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voitaisiin hoitaa hyvin (30 %) tai jokseenkin hyvin (47 %). Potilasturvallisuusosaamista koettiin olevan riittävästi (27 %) tai jokseenkin riittävästi

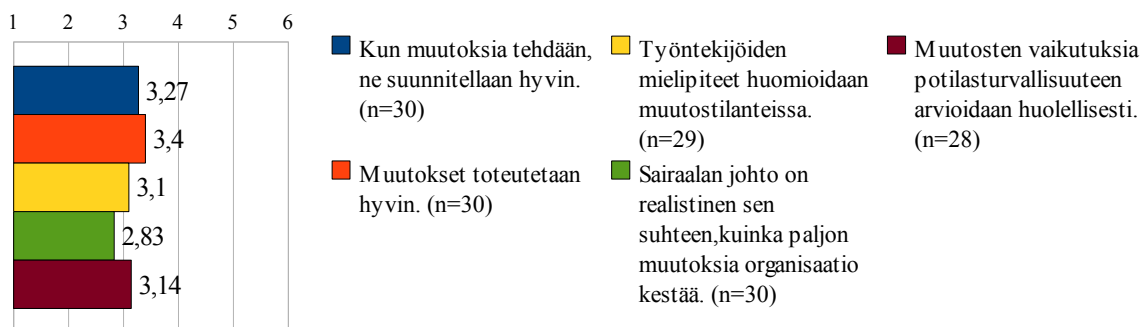
(43 %). Valtaosan mielestä työntekijöiden työn ohella tapahtuvat koulutus- ja ammattitaidon kehittämismahdollisuudet olivat hyvät (50 %) tai jokseenkin hyvät (23 %). Uusien työntekijöiden perehdytys jakoi mielipiteitä. Hiukan yli puolet koki perehdytyksen ja ohjauksen riittävänä (23 %) tai jokseenkin riittävänä (30 %). Hieman alla puolet piti perehdytystä riittämättömänä (33 %) tai jokseenkin riittämättömänä (13 %). Työntekijöiden kouluttautumismahdollisuudet katsottiin melko hyvinä myös keskiarvolla mitattuna (Kuvio 24).



Kuvio 24. Osaamisen hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

Muutosten hallinta

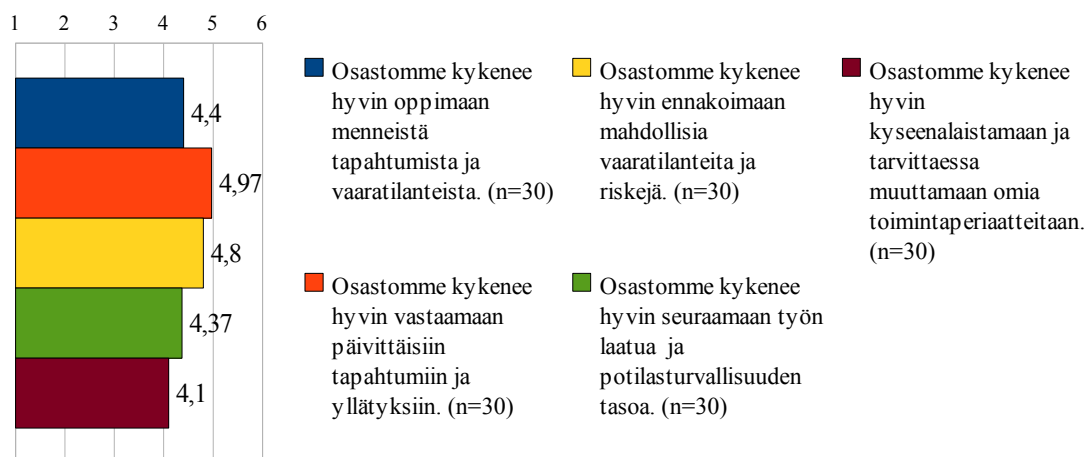
Yli puolet vastaajista koki, että muutokset suunniteltiin hyvin huonosti (17 %) tai huonosti (43 %). Reilu puolet vastaajista koki, ettei työntekijöiden mielipiteitä otettu koskaan (31 %) tai lähes koskaan (24 %) huomioon muutostilanteissa. Valtaosa piti johdon käsitystä organisaation muutoksensietokyvystä epärealistisena (33 %) tai jokseenkin epärealistisena (40 %). Suurin osa koki, että muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioitiin hyvin huonosti (21 %) tai huonosti (46 %). Muutosten toteuttamisen arviointi jakoi mielipiteet. Puolet piti muutoksia hyvin (7 %) tai jokseenkin hyvin (43 %) toteutettuina, puolet hyvin huonosti (17 %) tai huonosti toteutettuina (33 %). Muutosten hallinta sai negatiivisia arvioita myös keskiarvoilla mitattuna (Kuvio 25).



Kuvio 25. Muutosten hallinta -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

Ryhmätason kriittiset toiminnot

Lähes kaikki vastaajat uskoivat osaston pystyvän oppimaan menneistä tapahtumista ja vaaratilanteista hyvin (43 %) tai melko hyvin (50 %). Kaikki vastaajat uskoivat osaston kyvyn vastata päivittäisiin tapahtumiin ja yllätyksiin olevan hyvä (73 %) tai melko hyvä (27 %). Myös osaston vaaratilanteiden ja riskien ennakoimiskyvyn koettiin olevan hyvä (67 %) tai melko hyvä (33 %). Lähes kaikki uskoivat osaston pystyvän seuraamaan työnlaatua ja potilasturvallisuuden tasoa hyvin (43 %) tai melko hyvin (50 %). Suurin osa vastaajista uskoi osaston pystyvän kyseenalaistamaan ja tarvittaessa muuttamaan toimintaperiaatteitaan hyvin (37 %) tai melko hyvin (43 %). Ryhmätason kriittiset toiminnot arvioitiin keskiarvon perusteella hyviksi (Kuvio 26).



Kuvio 26. Ryhmätason kriittiset toiminnot -väittämien keskiarvo loppukartoituksessa.

5.3.3. Yhteenveto

Työskentely osastolla oli tullut kiireisemmäksi alkukartoitukseen verrattuna. Yhä useammin työtä ei ollut mahdollisuus tehdä riittävän huolellisesti. Työ oli kokonaisuudessaan stressaavampaa kuin aiemmin. Työtehtävien vaativuus oli kasvanut. Kuitenkin omat taidot katsottiin riittävämmiksi työn vaativuuteen nähden kuin ennen. Henkilökohtainen vastuuntunne oli noussut lähes kaikilta osin. Vain vastuu oman työn kokonaislaadusta oli laskenut hieman. Myös turvallisuusmotivaatio oli noussut. Valppaus oli kasvanut: potilasturvallisuuden liittyviä vaaratekijöitä pyrittiin hahmottamaan aktiivisemmin. Lisäksi varautumismahdollisuuksia vaaratapahtumiin mietittiin useammin.

Työ koettiin tärkeämpänä kuin ennen. Kokonaistyytyväisyys työhön oli laskenut, kuitenkin oltiin melko tyytyväisiä työhön. Työyhteisön ilmapiiri oli laskenut, mutta se oli kuitenkin jokseenkin hyvä. Potilasturvallisuuden liittyvät asiat koettiin yhä melko keskeisinä, vaikka sen taso olikin laskenut. Sairaalan potilasturvallisuuden taso oli huolestuttanut useammin kuin aiemmin. Sairaalan ilmapiiri oli laskenut melko huonoksi.

Työn edellytysten hallinta oli pysynyt melko samanlaisena. Tiedonkulun ratkaisujen katsottiin edistävän potilasturvallisuutta hieman vähemmän kuin alkukartoituksessa. Kuitenkin tiedonkulun ratkaisut katsottiin potilasturvallisuutta melko hyvin edistäviksi. Henkilökuntaa katsottiin olevan jossain määrin liian vähän työmäärästä selviytymiseksi. Työprosessien hallinta oli melko lailla samalla tasolla kuin alkukartoituksessa: työprosessit olivat melko helposti hahmotettavissa ja ne tukivat päivittäistä yhteistyötä. Edelleen yksiköiden välisessä työskentelyssä nähtiin ongelmia.

Sairaalan johtamistavan ei enää juurikaan katsottu osoittavan potilasturvallisuutta keskeiseksi arvoksi. Toisaalta sairaalan pitkän tähtäimen suunnitelmaan potilasturvallisuuden parantamiseksi uskottiin enemmän kuin aiemmin. Sairaalan sisäinen

viestintä potilasturvallisuuteen liittyen oli aavistuksen vähentynyt, mutta pysyi silti melko hyvällä tasolla. Potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista oli kuitenkin saatavilla paremmin tietoa. Sairaalanjohtamistavan katsottiin yhä huonommin luovan hyvät edellytykset laadukkaalle työnteolle. Myös johdon turvallisuuteen varmistamat taloudelliset resurssit koettiin heikommiksi kuin aiemmin.

Organisaation oppimiskäytännöt oli arvioitu hieman huonommaksi kuin aiemmin, kuitenkin pysyttiin hyvällä tasolla. Käytössä olevat potilasturvallisuustyökalut koettiin kuitenkin hieman paremmin toimiviksi kuin ennen. Osaamisen hallinta pysyi melko hyvänä, lievästä laskusta huolimatta. Uusien työntekijöiden perehdyttämisen riittävyys oli laskenut eniten. Muutosten hallinta oli huonontunut. Työntekijöiden mielipiteet otettiin entistä huonommin huomioon muutostilanteissa. Sairaalan johdon realismi organisaation muutoksen sietokyvystä oli edelleen laskenut. Muutosten vaikutuksia arvioitiin aiempaa huonommin. Nyt myös muutokset suunniteltiin ja toteutettiin melko huonosti. Ryhmätason kriittiset toiminnot olivat edelleen hyvällä tasolla. Osaston kyky vastata päivittäisiin tapahtumiin ja yllätyksiin sekä kyky ennakoita vaaratilanteita oli parantunut.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1. Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia leikkaus- ja anestesiaosaston turvallisuuskulttuurin muutosta uuden potilasturvallisuustyökalun, WHO:n kirurgisen tarkistuslistan, käyttöönoton yhteydessä. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, millainen turvallisuuskulttuurin tila osastolla ennen tarkistuslistan käyttöönottoa vallitsee ja millainen osaston turvallisuuskulttuuri on tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Lisäksi tavoitteena oli selvittää millaista koulutusta henkilökunta kaipaa ennen uuden työkalun käyttöönottoa. Tutkimuksessa kuvataan myös käyttöönottoprosessin sujumista osastolla. Prosessin sujuvuutta peilataan muutosjohtajuuden teoriaan. Tutkimusaineisto koostuu turvallisuuskulttuurin alku- ja loppukartoituskyselyn vastauksista, koulutuspalautekyselyyn saaduista vastauksista sekä opinnäytetyöntekijän tekemistä havainnoista. Tutkimuksessa lähdettiin liikkeelle potilasturvallisuuden ja turvallisuuskulttuurin käsitteistä.

Kuten jo aiemmin tässä tutkimuksessa on todettu, potilasturvallisuus on noussut viime vuosina tärkeään asemaan sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä on valmistellut suomalaisen potilasturvallisuusstrategian. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on korostanut Suomessa tehtävän, potilasturvallisuutta edistävän tutkimuksen tärkeyttä. (Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Kirurginen tarkistuslista on yksinkertainen menetelmä, jonka avulla kirurgisille potilaille tapahtuvia haittatapahtuvia voidaan vähentää (Pau-niaho ym. 2009). Tämän tutkimuksen aihe oli siis hyvin ajankohtainen.

Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa tutkittavan osaston turvallisuuskulttuurista ennen tarkistuslistan käyttöönottoa. Osaston turvallisuuskulttuuri oli pääasiallisesti hyvällä tasolla. Henkilökunnalla oli suuri henkilökohtainen vastuuntunne. Turvallisuusmotivaatio oli erittäin korkealla. Henkilökunta oli myös valpasta: vaaratilan-

teita ja -tekijöitä pohdittiin työn ohessa ja niihin pyrittiin etsimään ratkaisuja jo ennalta. Työn edellytykset olivat hallinnassa. Organisaation oppimiskäytännöt olivat hyvät: vaaratapahtumista otettiin oppia ja toimintaa kehitettiin aktiivisesti potilasturvallisuuden parantamiseksi. Oppimiskäytännöt oli arvioitu organisaation vahvuudeksi myös vuonna 2008 tehdyssä turvallisuuskulttuurikyselyssä (Reiman ym. 2008a). Osaaminen oli hallinnassa, työntekijät omasivat riittävät tiedot ja taidot, jotta työ voitiin tehdä hyvin.

Työprosessien hallinnassa työprosessit ja -käytännöt oli helposti hahmotettavissa ja ne tukivat päivittäistä yhteistyötä. Yksiköiden välisessä yhteistyössä esiintyi kuitenkin ongelmia. Osastojen välinen tiedonkulku ei ollut sujuvaa jonka vuoksi joitakin asioita jäi kokonaan tekemättä. Turvallisuusjohtamiseen liittyvistä asioista löytyi sekä vahvuuksia että heikkouksia. Sairaalan johtamistapa osoitti potilasturvallisuuden jossain määrin keskeiseksi arvoksi, potilasturvallisuutta tuotiin esille sairaalan sisäisessä viestinnässä ja potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista oli saatavilla melko helposti tietoa. Esimiesten kanssa oli helppo keskustella ja he ottivat alaisten ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseen liittyen melko hyvin huomioon. Esimiesten myönteistä palautetta potilasturvallisuuden kannalta hyvin tehdystä työstä ei kuitenkaan juurikaan saatu. Sairaalan johtamistavan ei katsottu juurikaan luovan hyviä edellytyksiä työn tekemiselle laadukkaasti.

Myös muutosten hallinnasta löytyi vahvuuksia ja heikkouksia. Henkilöstö koki, että muutokset suunniteltiin ja toteutettiin melko hyvin. Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen ei sen sijaan juurikaan arvioitu. Työntekijöiden mielipiteitä ei muutostilanteissa paljon huomioitu. Johto ei ollut kovin realistinen organisaation muutoksen sietokyvyn suhteen.

Hallinnan tunne koettiin heikoimpana. Työtä ei ehditty aina tehdä riittävän huolellisesti ja työssä jouduttiin usein kiirehtimään. Työ koettiin myös kokonaisuudessaan jokseenkin stressaavana. Työtehtävät eivät kuitenkaan oikeastaan olleet liian vaativia ja omat taidot katsottiin riittävinä työn vaatimuksiin nähden. Yhteen-

veto turvallisuuskulttuurin suurimmista vahvuuksista ja heikkouksista on esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 4).

Taulukko 4. Turvallisuuskulttuurin suurimmat vahvuudet ja heikkoudet alkukartoituksessa.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
Erittäin korkea turvallisuusmotivaatio	Hallinnan tunne
Henkilökohtainen vastuuntunne	Muutosten hallinta
Valppaus	Yksiköiden välinen yhteistyö
Työn edellytysten hallinta	
Organisaation oppimiskäytännöt	
Osaamisen hallinta	

Turvallisuuskulttuurin loppukartoituksen perusteella pystyttiin määrittelemään turvallisuuskulttuurissa tapahtunut muutos. Henkilökohtainen vastuuntunne ja valppaus olivat kasvaneet alkukartoituksesta. Jo aiemmin erittäin korkeaksi arvioitu turvallisuusmotivaatio oli yhä kasvanut. Nämä muutokset turvallisuuskulttuurissa voidaan selittää sillä, että uuden potilasturvallisuustyökalun käyttöönotto ja koulutus aiheesta sekä yleinen keskustelu potilasturvallisuudesta herättivät ajatuksia ja auttoivat henkilökuntaa jäsentämään ajatuksiaan osaston potilasturvallisuudesta. Myös aiemmissa tutkimuksissa (Agency for Health Care Reserch and Quality 2010, Pietikäinen 2008) on päädytty samanlaisiin tuloksiin: jo pelkän turvallisuuskulttuurikyselyn suorittaminen auttaa henkilöstöä ajattelemaan potilasturvallisuutta uudella tavalla.

Organisaation oppimiskäytännöt ja ryhmätason kriittiset toiminnot olivat lähes samalla, hyvällä tasolla kuin aiemmin. Osaamisen hallinta säilyi hyvällä tasolla, vain kokemus uusien työntekijöiden perehdyttämisen riittävydestä oli laskenut hieman. Työn edellytysten hallinta oli aika hyvällä tasolla, vain henkilökunnan riittävyys työmäärään suhteutettuna arvioitiin melko huonoksi. Henkilöstön riittävyyteen tulisikin kiinnittää jatkossa enemmän huomiota, sillä myös Yli-Villamon

(2008) mukaan riittämätön henkilöstö on uhka potilasturvallisuudelle.

Työprosessien hallinnassa oli nähtävissä samat vahvuudet ja heikkoudet kuin aiemminkin: työprosessit ja -käytännöt olivat toimivia, yhteistyö osastojen välillä ei toiminut. Sillanpää (2009) on todennut hyvän kommunikaation ja tiedonkulun edistävän potilasturvallisuutta. Avoin keskustelu on myös Yli-Villamon (2008) mukaan tärkeää vaaratapahtumien ennaltaehkäisyssä. Siispä osastojen välisen yhteistyön toimivuuteen tulisikin panostaa jatkossa.

Turvallisuusjohtaminen sisälsi yhä vahvuuksia ja heikkouksia. Potilasturvallisuuden liittyviä asioita tuotiin yhä esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä ja tietoa potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista oli helpommin saatavilla. Esimiehet huomioivat alaisten ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseen liittyen paremmin. Esimiesten kanssa ei ollut enää niin helppo keskustella. Henkilökunnan arviot olivat juuri positiivisen puolella. Esimiehiltä ei oikeastaan vielääkään saatu positiivista palautetta potilasturvallisuuden kannalta hyvin tehdystä työstä, vaikkakin nousua oli arvioinnissa tapahtunut. Sairaalan johtamistavan katsottiin luovan edellytykset laadukkaalle työnteolle aiempaa huonommin. Nyt sairaalan johtamistavan ei juurikaan katsottu osoittavan potilasturvallisuutta keskeiseksi arvoksi.

Muutosten hallinta koettiin aikaisempaa heikompana. Loppukartoituksessa siinä huomattiin vain negatiivisia asioita. Muutokset suunniteltiin ja toteutettiin melko huonosti. Myös muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioitiin aiempaa huonommin. Työntekijöiden mielipiteitä ei oikeastaan vielääkään huomioitu muutostilanteissa. Sairaalan johdon katsottiin olevan aiempaa epärealistinen organisaation muutostensietokyvystä.

Kuten Helikin (1993) on todennut muutosjohtajuudessa tulee huomioida ihmisten ja koko organisaation rajallinen muutosten sietokyky. Sillä hyvätkin muutokset alkavat tuntua vastenmielisiltä ja ne väsyttävät, jos muutoksia tehdään liikaa. Muutosten hallinta oli nähty organisaation heikkoutena jo vuonna 2008 (Reiman

ym. 2008a). Tulevaisuudessa muutosten hallinta tulisikin ottaa koko organisaatiossa kehittämiskohteeksi.

Eniten kehittämistä vaativat kuitenkin työn hallintaan liittyvät asiat. Työssä jouduttiin yhä useammin kiirehtimään ja riittävän huolelliseen työntekoon oli yhä harvemmin mahdollisuuksia. Työ oli myös stressaavampaa kuin aiemmin. Kuitenkin omien taitojen katsottiin riittävän työn vaatimuksiin hyvin. Kiirettä selittää se, että työntekijöiden määrä oli prosessin aikana osastolla vähentynyt. Lisäksi pitkiä sairauslomia oli useita. Taulukossa 5 on esitetty turvallisuuskulttuurin suurimmat vahvuudet ja heikkoudet loppukartoituksessa. Kuviossa esitetään myös turvallisuuskulttuurin muutos.

Taulukko 5. Turvallisuuskulttuurin suurimmat vahvuudet ja heikkoudet loppukartoituksessa sekä muutos alkukartoitukseen verrattuna.

VAHVUUDET	MUUTOS	HEIKKOUEDET	MUUTOS
Erittäin korkea turvallisuusmotivaatio	↑	Hallinnan tunne	↓
Henkilökohtainen vastuuntunne	↑	Muutosten hallinta	↓
Valppaus	↑	Yksiköiden välinen yhteistyö	↓

Tarkistuslistasta järjestetty koulutus koettiin hyvänä, tarpeellisena ja riittävänä. Pauniahon ym. (2009) toteavat tarkistuslistan olevan yksinkertainen menetelmä komplikaatioiden vähentämiseen. Ehkä menetelmän yksinkertaisuuden vuoksi lisäkoulutusta ei juuri kaivattu. Parhaana koulutusmuotona mainittiin luennot yhdistettyinä käytännön harjoitteluun. Käytännön harjoittelua tarkistuslistan käytöstä oli osastolla saatu jo pilotoinnin aikana. Toisaalta kaikki eivät työskennelleet pilottilaisissa. Kuitenkin käyttöönoton aikana käytännön harjoitusta on saatu joka salissa.

Koulutuksen kehittämiseen ei nähty tarvetta, tai ainakaan kehittämiskohteita ei

juurikaan mainittu. Moniammatillisia koulutuksia kuitenkin peräänkuulutettiin, jotta myös lääkärit saataisiin sitoutettua listan käyttöön. Lääkäreillä oli mahdollisuus osallistua tarkistuslistasta järjestettyyn operatiivisen tulosalueen koulutuspäivään, joten moniammatillista koulutusta oli ollut tarjolla. Koska leikkaussalityöskentely on tiimityötä, olisi yhteisiä koulutuksia voitu järjestää enemmänkin. Moniammatillinen yhteistyö on äärimmäisen tärkeää tarkistuslistan käytössä. Sitoutuneiden lääkäreiden saleissa listan käyttö oli sujuvampaa jo pilotointivaiheessa. Alla olevassa kuviossa on yhteenveto koulutustoiveista uuden työkalun käyttöönottoon liittyen (Taulukko 6).

Taulukko 6. Koulutustoiheet uuden työkalun käyttöönotossa.

Riittävästi koulutusta.
Luentojen ja käytännön harjoitusten yhdistäminen.
Moniammatillista koulutusta.

Tässä tutkimuksessa havainnoitiin tarkistuslistan käyttöönottoprosessia muutosjohtajuuden kannalta. Helin (1993) on kuvannut muutosjohtajuuden malleja. Tässä tutkimuksessa käytettiin projektin ja prosessin välimuotoa. Projektina muutosta voidaan ajatella aikataulutuksen kannalta: käyttöönoton päivämäärä oli päätetty ja asiat etenivät aikataulussa riippumatta muutosvastarinna. Toisaalta kyseessä oli prosessi, sillä jo alkuvaiheessa työntekijät pääsivät mukaan muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen.

Helin (1993) on määritellyt myös muutoksen syvyyden tasot. Muutoksen syvyydeksi pyrittiin saavuttamaan käytännön taso. Aluksi henkilökunnan tietoa lisättiin, jonka jälkeen alkoi tiedon soveltaminen käytäntöön listan käytön harjoittelun muodossa. Tarkistuslista oli tarkoitus istuttaa osaksi rutiineja. Tässä suhteessa prosessi on vielä käynnissä. Osassa saleista on saavutettu taito-taso, osassa ollaan jo käytännön tasolla. Tarkistuslistan käyttökertojen lisääntyessä henkilökunta harjaantuu listan käytössä ja käytännön taso voidaan saavuttaa kaikissa saleissa.

Tarkistuslistan käyttöönotolle oli selkeät päämäärät: listaa tulee käyttää joka salis-

sa sovitusta päivämäärästä lähtien. Osaston esimiehet ja heidän esimiehensä osoittivat positiivisen asenteensa listan käyttöä kohtaan useissa tilanteissa. Esimies- ja johtamistaitoja hyödynnettiin. Päämäärien selkeyden ja johdonsitoutumisen tärkeydestä ovat puhuneet myös Viitala (2007) ja Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä (2009b).

Helin (1993) puhuu organisaation muutoksensietokyvystä. Tässä prosessissa organisaation rajallinen muutoksen sietokyky jäi vähäiselle huomiolle. Vaikka leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmä OIS:in käyttöönotto siirtyi osastosta riippumattomista syistä syksyyn, olisi sen käyttöönotto pitänyt suorittaa loppuun, ennen kuin tarkistuslista otettiin käyttöön koko osastolla. Tarkistuslistan ja OIS:in lähes yhtäaikainen käyttöönotto vei pois huomiota tarkistuslistan käytöstä. Henkilökunnalta ei ehkä olisi saanut odottaa, että he pystyvät/jaksavat keskittyä molempiin uusiin työkaluihin samanaikaisesti.

Potilasturvallisuuden edistäminen vaatii koko organisaation sitoutumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a). Tarkistuslistan käyttöönoton valmistelussa ja toteutuksessa tehtiin moniammatillista yhteistyötä. Organisaation ulkopuoliseen koulutukseen tarkistuslistasta osallistui sekä hoitajia että lääkäri. Toisessa pilottisalissa lääkärit olivat vahvasti mukana sekä käynnistämässä prosessia että implementoimassa listaa käytäntöön. Myös koulutusvideon teko oli moniammatillista. Moniammatillista koulutusta olisi voitu järjestää enemmän, ehkä silloin olisi saatu luotua oikea tiimihenki listan käytön ympärille. Henkilökunta oli osallistettuna muutokseen. Henkilökuntaa oli mukana projektin valmistelussa (koulutukset organisaation sisällä ja ulkona), heitä informoitiin asiasta (koulutus, aamuraportit) ja he olivat mukana muokkaamassa käyttöön tulevaa tarkistuslistaa, vaikkei kaikkia ehdotuksia voitukaan huomioida. Myös Laaksonen ym. (2005) korostavat yhteistyötä ja osallistamisen merkitystä muutoksen toteuttamisessa.

Laaksonen ym. (2005) puhuvat muutosvastarinnasta. Muutosvastarintaa esiintyi käyttöönoton yhteydessä. Toisaalta tiedotus ja koulutus asiasta lievensi sitä. Muu-

toksen vastustajat saivat purkaa tuntojaan koulutustilaisuuksien yhteydessä, mutta heidän asenteidensa muutosta ei jääty odottamaan ennen käyttöönoton jatkamista.

Tarkistuslistaa ei saatu opinnäytetyöprosessin aikana täysin implementoitua osaksi normaalia käytäntöä. Tarkistuslistan käyttöprosentti kuitenkin nousi tammikuusta maaliskuuhun huomattavasti. Maaliskuussa 2011 tarkistuslistaa käytettiin kokonaan tai osittain 49 %:ssa kaikista leikkauskäynneistä.

Listan käyttämättömyyteen vaikuttivat monet asiat. Listaa ei ollut heti saatavilla ruotsiksi, jolloin osa ruotsia äidinkielenään puhuvista koki listan käytön liian hankalana. Lista saatettiin kokonaan unohtaa tai sitä ei löydetty salista. Varmasti myös osastolla lisääntynyt kiire on vaikuttanut listan käyttöön. Takala ym. (2009) toteavat tutkimuksessaan, ettei listan käyttö pidentänyt merkittävästi leikkausai-
kaa. Tästä huolimatta, kiireen keskellä se saattaa unohtua tai se koetaan vielä asia-
na, joka voidaan kiireessä sivuuttaa. Kuitenkin juuri kiireessä tarkistuslistan läpi-
käynti olisi äärimmäisen tärkeää, sillä kiire lisää virheitä.

Kahden suuren muutoksen yhtäaikainen läpivienti on varmasti vaikuttanut listan käyttämättömyyteen. Leikkaussuunnitteluohjelman käyttö on koettu tärkeämmäksi, jolloin tarkistuslistan käyttö on jäänyt vähemmälle huomiolle. Nyt kun OIS:ia osataan jo käyttää, tarkistuslistan käyttäminen on lisääntynyt. Organisaation muu-
toksen sietokyky olisi pitänyt paremmin huomioida. Taulukko 7 esittää tarkistus-
listan sujuvuutta muutosjohtajuuden näkökulmasta.

Taulukko 7. Tarkistuslistan käyttöönoton sujuvuus muutosjohtajuuden näkökulmasta.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
Selkeät päämäärät	Muutoksensietokyvyn vähäinen huomiointi
Johdon tuki	Muutosvastarinta
Henkilökunta osallistettuna muutokseen	Tarkistuslistan implementoinnin osittainen epäonnistuminen (käyttöprosentti maaliskuussa 49)
Moniammatillinen yhteistyö	

Toimenpide-ehdotukset

Turvallisuuskulttuurissa nähtiin paljon vahvuuksia, kuten erittäin korkea turvallisuusmotivaatio, henkilökohtainen vastuuntunne sekä valppaus. Vaikka nämä asiat koettiin turvallisuuskulttuurin vahvuuksina, ei osastolla saa tuudittautua liialliseen turvallisuuden tunteeseen. Muutoksia saattaa tapahtua nopeassakin ajassa, joten henkilökuntaa on syytä jatkossakin kannustaa ja tukea kehittämään sekä omaa ammattitaitoaan että potilasturvallisuutta osastolla.

Henkilökunnan riittävyyteen on jo kiinnitetty huomiota. Osastolle ollaan saamassa lisähenkilökuntaa. Uuden henkilökunnan saapuessa osastolle tulee heidän perehdyttämiseensä kiinnittää erityistä huomioita, sillä perehdyttämisen riittävyyteen liittyvät arviot olivat laskeneet alkukartoituksesta. Palautteenantojärjestelmää tulisi kehittää jatkossa, sillä henkilökunta koki, ettei palautetta saatu riittävästi. Myös keskustelumahdollisuuksia alaisten ja esimiesten välillä tulisi lisätä, jotta luottamus näiden tahojen välillä kasvaisi. Kun saavutetaan luottamuksellinen ilmapiiri, on keskustelu vaikeistakin asioista helpompaa.

Osastojen väliseen yhteistyöhön tulee panostaa jatkossa lisää. Esimerkiksi linjavastaavien yhteistyötä voitaisiin kehittää. Kun tunnemme toistemme toimintatavat on helpompi ymmärtää, miksi joku asia tehdään juuri tietyllä tavalla. Moni ongelma saattaa ratketa pelkällä toimintaan tutustumisella. On myös helpompi keskustella toiminnan ongelmakohdista, kun tiedetään toisten lähtökohdat.

Muutosten hallinta on koko organisaation ongelma. Sen ratkaisemiseen tarvitaan yhteistyötä. Olisi hyvä kartoittaa organisaatiossa tapahtuvat muutostoimenpiteet, jottei päällekkäisyyksiä syntyisi. Näin voitaisiin helpottaa organisaatiossa esiintyvää muutosähkä eli liiallisista muutoksista syntyvää väsymystä. Tiedotusta lisäämällä saadaan henkilökuntaa paremmin osallistettua organisaatiossa tapahtuviin muutoksiin.

Kuten jo aiemmin tässä raportissa on esitetty, osaan tarkistuslistan käyttöä estäivistä asioista on puututtu tai tullaan puuttumaan. Lista on lisätty OIS:iin, lista on käännetty ruotsiksi ja saleihin tullaan teettämään suuret seinätaulut listasta.

Kaiken kaikkiaan tarkistuslistan käyttöön tulee tulevaisuudessa panostaa enemmän. Listan käyttö tulee vakiinnuttaa osaksi normaalia toimintaa kaikissa saleissa. Vakiinnuttaminen saadaan tehtyä, kun työskennellään moniammatillisesti yhdessä tämän päämäärän eteen. Oikein käytettynä kirurginen tarkistuslista on oiva työkalu potilasturvallisuuden parantamiseen, jonka käytön hyödyllisyydestä on näyttöä (mm. Haynes ym. 2009; Takala, ym. 2009; Pauniahon ym. 2009).

6.2. Pohdinta

Tämän tutkimuksen tulokset ovat merkityksellisiä tutkittavalle osastolle. Tutkimuksessa selvisi osaston turvallisuuskulttuurin tila. Turvallisuuskulttuurikyselyn tulosten perusteella määritettiin osaston turvallisuuskulttuurin vahvuudet ja heikkoudet. Kun turvallisuuskulttuurin vahvuudet ovat tiedossa, voidaan niitä hyödyntää osaston toiminnan kehittämisessä. Turvallisuuskulttuurin heikkoudet sen sijaan paljastavat osaston kehittämiskohteita. Heikkouksiin on nyt helpompi tarttua, kun ne ovat tiedossa.

Koulutuksesta saatua palautetta voidaan hyödyntää tulevia koulutuksia järjestettäessä. Henkilökunta toivoi luentojen ja käytännön harjoitusten yhdistämistä koulutuksissa. Kun tiedetään millaista koulutusmuotoa henkilökunta pitää parhaana,

voidaan koulutuksia suunnitella siten, että oppiminen muodostuu mielekkääksi.

Kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoprosessista tehtyjä havaintoja voidaan hyödyntää, kun osastolla valmistellaan seuraavaa suurempaa muutosta, kuten jonkun työkalun tai käyttöjärjestelmän vaihtoa. Havaintoja hyödyntämällä ei enää upota samoihin soihin kuin tarkistuslistan käyttöönotossa. Esimerkkinä tällaisesta ei-toivotusta suosta on organisaation rajallinen muutoksensietokyky, joka pitäisi huomioida paremmin.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös muissa yksiköissä tai organisaatioissa. Tulokset voivat auttaa ja helpottaa kirurgisen tarkistuslistan käyttöönotossa myös muualla.

Koulutusinterventio sujui palautteiden perusteella hyvin. Lähes kaikki vastaajat olivat osallistuneet useampaan kuin yhteen koulutustilaisuuteen. Tietoa saatiin riittävästi tarkistuslistan käytön aloittamiseen. Käytännön harjoittelua ei erikseen järjestetty: harjoitusta saatiin työn ohessa. Moniammatilliseen koulutukseen olisi pitänyt panostaa enemmän. Lääkärit olisi pitänyt kutsua aamuraporteilla järjestettyihin koulutuksiin. Käytännössä tämä olisi voinut olla vaikeaa, sillä lääkäreillä on omia kokouksia hoitajien aamuraportin aikaan.

Tutkimus pystyttiin toteuttamaan suunnitellussa aikataulussa. Vain loppukartoituskyselyyn jouduttiin antamaan suunniteltua enemmän vastausaikaa. Nettikyselynä toteutettuun loppukartoitukseen saatiin vastauksia vähemmän kuin paperikyselynä toteutettuun alkukartoitukseen. Kiireisellä osastolla ei ehkä ollut tarpeeksi pitkiä vapaita hetkiä, jolloin nettikyselyyn olisi voinut vastata. Paperiversion pystyi ottamaan mukaan saliin tai jättää kesken ja jatkaa vastaamista kun kiire hellitti. Loppukartoitukseen saatujen vastausten määrä katsottiin kuitenkin riittäväksi, eikä paperiversiota kyselystä enää laitettu jakoon. Vastausinnostus oli melko laimeaa myös koulutuspalautteen osalta. Avoimet kysymykset eivät välttämättä innosta vastaajia. Toisaalta saatu palaute oli melko yhtenäistä, joten vastauksista voitiin

muodostaa kuva koulutustarpeista uuden työkalun käyttöönotossa.

Vaikka koulutus oli koettu riittävänä ja hyvänä, ei tarkistuslistaa saatu täysin vakiinnutettua osaksi normaalia toimintaa osastolla. Joissain saleissa listaa käytettiin jokaisen potilaan leikkauksissa, toisissa ei välttämättä kenenkään. Salista johtuva vaihtelu listan käytössä selittynee salien henkilökunnan ja lääkäreiden tarkistuslistan käytön motivaatiotason eroilla. Kuitenkin listan käyttöprosentti nousi tammikuusta helmikuuhun 25 %. Ehkäpä tammikuussa vielä harjoiteltiin OIS:in käyttöä. Kun OIS:in käyttö alkoi sujua, pystyttiin huomioimaan myös listan käyttö paremmin. Todennäköisesti lista saadaan vakiintumaan osaksi normaalia toimintaa koko osastolla ajan myötä.

Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyöntekijä on oppinut uutta potilasturvallisuudesta, turvallisuuskulttuurista ja muutosjohtajuudesta. Potilasturvallisuus oli opinnäytetyöntekijää kiinnostava aihe, johon liittyen oli mielekästä lähteä toteuttamaan opinnäytetyötä. Opinnäytetyöntekijän halu työskennellä potilasturvallisuuden edistämiseksi myös tulevaisuudessa on kasvanut entisestään prosessin aikana.

Turvallisuuskulttuurikyselyyn liittyen opinnäytetyöntekijä on saanut mahdollisuuden työskennellä yhteistyössä VTT:n tutkijoiden kanssa. Koko organisaation turvallisuuskulttuurikyselyyn liittyen järjestettiin analyysikokous organisaation johdolle laatupäällikön ja VTT:n tutkijoiden toimesta. Analyysikokouksen jälkeen järjestettiin potilasturvallisuusiltapäivä aiheesta. Opinnäytetyöntekijällä oli mahdollisuus osallistua molempiin tilaisuuksiin. Tilaisuudet antoivat lisätietoa turvallisuuskulttuurista ja sen laaja-alaisuudesta. Turvallisuus kuuluukin olennaisena osana organisaation toimintaan, eikä sitä pidä erottaa omaksi alueekseen. Turvallisuus tulisi aina huomioida, kun suunnitellaan muutoksia. Potilasturvallisuusiltapäivässä kävi ilmi, miten yksittäisen osaston suunnittelemaat toiminnan muutokset voivat vaikuttaa suuresti muiden yksiköiden toimintaan. Siksi saumaton yhteistyö osastojen ja toimialojen välillä on äärimmäisen tärkeä osa turvallista toimintaa.

Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyöntekijä on saanut harjoittaa yhteistyötaitojaan eri tahojen kanssa. Omat esimiehet ja kollegat ovat olleet suuressa roolissa tarkistuslistan käyttöönotossa. Laatupäällikkö on ollut ensimmäisenä ajamassa potilasturvallisuustyökalun käyttöönottoa. Tarkistuslistasta järjestetty koulutus oli laatupäällikön ja koulutusyksikön järjestämä. Videon kuvaamiseen osallistui myös osaston ulkopuolinen hoitaja. VTT:n tutkijat ovat mahdollistaneet uuden turvallisuuskulttuurikyselyn käytön. VTT:n tutkijoilta on saatu apua ja tietoa kyselyyn liittyen. Alkukartoituskyselyn tuloksilla on testattu VTT:n toimesta kyselyn toimivuutta. Lisäksi VTT:n tutkijat toteuttivat omien yhteistyötahojensa kanssa turvallisuuskulttuurikyselyn koko organisaatiossa, josta tämän tutkimuksen loppukartoitustulokset saatiin.

Muutosjohtajuuden teoriaan tutustuminen on nostanut esille tärkeitä asioita, joita muutoksia tehtäessä on huomioitava. Teoriaan tutustuminen on antanut työkaluja muun muassa muutosvastarinnan hallintaan ja ehkäisyyn liittyen. Muutoksia suunniteltaessa on tärkeää osallistaa henkilökunta muutokseen. Tiedottaminen muutoksen syistä ja vaikutuksista auttaa henkilökuntaa suhtautumaan muutokseen oikein. Näin toimittaessa muutosvastarintaa voidaan lieventää ja esimerkiksi hyvät toimintatavat saadaan nopeammin istutettua työyhteisöön.

Tutussa työyhteisössä on ollut helppo kokeilla siipiään tutkijana ja muutosagenttina. Esimiehet ja kollegat ovat osallistuneet aktiivisesti käyttöönottoprosessiin sekä kannustaneet ja tukeneet opinnäytetyöntekijää prosessin aikana. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen on opettanut paljon ja antanut eväitä tulevaisuuden haasteisiin.

6.3. Luotettavuus

Tutkimuksen uskottavuuden perusta rakentuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamiselle. Tutkijan tulee työskennellä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tutkimusta tehdessä tulee tiedonhankinnassa ja arvioinnissa käyttää tutkimuksen vaa-

timusten mukaisia ja eettisiä menetelmiä. Toisen tekemää työtä ei saa esittää omaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt työskentelemään hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Opinnäytetyössä prosessin kuvaus ja tulokset on esitetty huolellisesti ja tarkasti. Varsinkin tuloksia kirjoitettaessa alkuperäiseen materiaaliin on palattu, jotta asioita on voitu tarkistaa. Tutkimuksessa käytetyt lähteet on merkitty asianmukaisesti sekä tekstiin että lähdeluetteloon.

Tutkittavilta tulee saada asiaan perehtyneesti suostumus tutkimukseen. Tutkittaville on annettava riittävästi informaatiota tutkimuksesta. Näin toimittaessa voidaan varmistua siitä, että tutkittavat ovat tietoisia siitä, mihin tutkimuksella pyritään. Lisäksi he pystyvät muodostamaan käsityksen siitä, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. Tutkimuksen tietoja käsitellessä ja tuloksia julkaistaessa tulee huomioida myös luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Luottamuksellisuuteen liittyy se, ettei tutkimus-suostumusta pyydetä enempää kuin voidaan pitää. Anonymiteettisuojaan kuuluu, ettei tutkittavien henkilöllisyys paljastu tuloksissa julkaistaessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavan osaston hoitohenkilökuntaa informoitiin opinnäytetyöstä ja siihen liittyvistä kyselyistä ennen ensimmäisen kyselyn jättämistä osastolle. Lisäksi alkukartoitus- ja koulutuspalautekyselyiden mukana oli saatekirje, jossa opinnäytetyön tarkoitusta ja -prosessia vielä kuvattiin. Alkukartoitus- ja koulutuspalautekyselyiden saatteessa korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta ja vastaamista nimettömästi. Nettikyselynä toteutetun loppukartoituskyselyn alussa kerrottiin, että kyselyn vastaukset tulevat sekä opinnäytetyöntekijän että VTT:n tutkijoiden käyttöön. Lisäksi korostettiin kyselyn luottamuksellisuutta ja sitä, ettei yksittäisen vastaajan vastaukset ole tuloksissa tunnistettavissa.

Opinnäytetyöntekijä työskentelee tutkittavalla osastolla. Tutkittavien anonymitee-

tin säilyttämisen kannalta koettiin tärkeänä, ettei taustatietoja kyselyissä selvitetty. Loppukartoitus suoritettiin VTT:n tutkijoiden toimesta ja siinä kysyttiin vastaajilta taustatietoja. Opinnäytetyöntekijä ei kuitenkaan niihin ole paneutunut. Tutkimuksen tuloksista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Tämä tutkimus täyttää siis luottamuksellisuuden ja anonymiteetin kriteerit.

Tutkimusprosessiin liittyy kolme eettistä näkökulmaa. Ensimmäisenä on tutkimusaiheen eettinen oikeutus. Toisin sanoen tulee pohtia, miksi juuri kyseinen aihe on perusteltu tutkimuksen kohde. Toisena näkökulmana ovat tutkimusmenetelmät. Tällöin pohditaan saadaanko haluttu tieto selville käytetyillä aineistonkeruumenetelmillä. Kolmantena näkökulmana on tutkimusaineiston analyysi ja raportointi. Tulosten analyysivaiheessa tulee huomioida, ettei tutkittavien henkilöllisyys paljastu. Kuitenkin tulokset on esitettävä mahdollisimman rehellisesti ja tarkasti. Tutkimusraportista tulee selvittää, miten tuloksiin on päädytty. Analyysiin liittyvä prosessi pitää saattaa näkyvään muotoon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Tämän tutkimuksen aihe on erittäin ajankohtainen. Potilasturvallisuus on kehittämisen kohteena sekä kotimaassa että ulkomailla. Potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta tarvitaan, jotta kehittämiseen saataisiin työkaluja. Siispä tutkimuksen aiheelle on eettinen oikeutus.

Tutkimuksessa käytettiin useampaa aineistonkeruumenetelmää, yksi niistä oli VTT:n tutkijoiden kehittämä turvallisuuskulttuurikysely. Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuutta on tutkittu (Pietikäinen 2008) ja tutkimuksen jälkeen kyselyä on kehitetty lisää (Pietikäinen 2008, VTT 2010). Näin ollen voidaan sanoa, että kysely on reliabeeli ja validi. Reliabiliteetillä tarkoitetaan sitä, että tutkimus on toistettavissa. Validiteetillä taas sitä, että mittari mittaa sitä mitä on tarkoituskin. (Metsämuuronen 2005, 64–65.)

Turvallisuuskulttuurikysely ja koulutuspalautekysely toimivat aineistonkeruuint-

rumentteina. Aineiston keruuseen käytettiin myös osallistuvaa havainnointia. Turvallisuuskulttuurikyselyllä saatiin vastaukset turvallisuuskulttuurin muutokseen liittyviin tutkimusongelmiin. Koulutuspalautekyselyn avulla saatiin tietoa uuden työkalun käyttöönottoon liittyvistä koulutustarpeista. Osallistuvan havainnoinnin kautta saatiin tietoa käyttöönottoprosessin sujuvuudesta. Tutkimukseen valituilla aineistonkeruumenetelmillä saatiin siis vastaukset tutkimusongelmiin.

Tutkittavien henkilöllisyys ei käy ilmi tämän tutkimuksen tuloksissa. Tulokset on esitetty rehellisesti ja tarkasti. Tutkimuksen aineisto ja analyysi luvussa on selvitetty, miten tulokset ovat muodostuneet. Turvallisuuskulttuurikyselyiden yksityiskohtaiset tulokset löytyvät opinnäytetyön liitteenä. Palaute koulutuksesta -kyselyn sisällön analyysin luotettavuutta lisäävät suorat lainaukset. Lukija pystyy seuraamaan, miten eri luokat ovat syntyneet. Opinnäytetyöntekijän havaintojen uskottavuutta lisää se, että havainnot annettiin ennen opinnäytetyön julkaisua luettavaksi ja kommentoitavaksi yhdelle prosessissa mukana olleelle.

Tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa tulee huomioida myös tutkijan asema. Tutkijalla on vapaus valintoihin tutkimusprosessissaan. Toisaalta hänellä on myös vastuu muun muassa tutkittaviensa suhteen. Yleensä tutkija pyrkii toimimaan mahdollisimman objektiivisesti. Tällöin tutkijan tulee huomioida omat asenteensa, jottei hän vaikuttaisi tutkimuksen tulokseen. Toimintatutkimuksessa tutkija on kuitenkin aktiivinen toimija ja tavoittelee muutosta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.)

Opinnäytetyöntekijä työskentelee tutkittavalla osastolla. Näin ollen opinnäytetyöntekijä tuntee tutkittavan toimintaympäristön ja siellä työskentelevät. Opinnäytetyöntekijän on ollut helppo ja luonteva toteuttaa tutkimusta tutulla osastolla. Toisaalta opinnäytetyöntekijällä on ennakkokäsityksiä osastosta. Toimintatutkimuksessa tämä on kuitenkin etu. Opinnäytetyöntekijä on pystynyt etukäteen pohtimaan, millaiset toimintatavat uuden työkalun käyttöönotossa sopivat parhaiten juuri tälle osastolle.

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa tulee kiinnittää huomiota tulosten yleistettävyyteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta johdetut päätelmät eivät perustu yleistettävyyteen. Voidaan kuitenkin ajatella, että kun yksittäistä tapausta tutkitaan tarpeeksi syvällisesti, saadaan esiin myös se, mikä tutkittavassa ilmiössä on merkittävää ja toistuu usein myös yleisellä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 182).

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto kerättiin kahdella turvallisuuskulttuurikyselyllä ja koulutuspalautte-kyselyllä. Lisäksi prosessia havainnointiin noin vuoden ajan. Voidaan siis sanoa, että tätä tapausta on tutkittu syvällisesti. Näin ollen tuloksissa ollaan voitu tavoittaa piirteitä, joita esiintyisi myös yleisemmällä tasolla.

Turvallisuuskulttuurikyselyjen avulla kerätty aineisto analysoitiin kvantitatiivisin keinoin. Kvantitatiivisesta aineistosta voidaan tehdä merkitsevyydestejä. Merkitsevyydesteissä voidaan esimerkiksi tutkia, kuvaako tutkimuksen otos luotettavasti perusjoukkoa. Tällaisessa tilanteessa voidaan hyödyntää tilastollista päättelyä. Tilastollisen päättelyn avulla selvitetään otoksella saatujen tulosten yleistettävyyttä. (KvantiMOTV 2004).

Tämä tutkimus on kokonaistutkimus, joten otantaan liittyvää yleistettävyydestä ei olisi voitu tehdä. Tässä tutkimuksessa ei tehty ryhmäkohtaista vertailua (esim. työkokemuksen suhteen), sillä aineistoa ei ryhmitelty taustamuuttujien mukaan. Merkitsevyydestaus olisi voinut tulla kyseeseen alku- ja loppukartoituksen tuloksia verrattaessa, mutta näin ei tehty. Tämän vuoksi tulosten voidaan sanoa olevan suuntaa antavia.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista tutkia Hollannissa kehitetyn SURPASS-tarkistuslistan käyttöönottoa. SURPASS on koko kirurgisen hoitopolun kattava tarkistuslista ja sen avulla potilasturvallisuutta pystyttäisiin edelleen parantamaan.

LÄHTEET

Agency for Health Care Reserch and Quality 2010. Surveys on Patient Safety Culture. [online]. Päivitetty 11.2010 [viitattu 19.1.2011]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>](http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/)

de Vries EN, Hollmann MW, Smorenburg SM, Gouma DJ & Boermeester MA 2009. Development and validation of the SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist. Abstract. . [online]. [viitattu 19.1.2011]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19342526>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19342526)

Eskola Jari & Suoranta Juha 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7.p. Jyväskylä. Vastapaino.

Finohta 2006. HALO – Terveysthuollon menetelmien hallittu käyttöönotto.[online]. Päivitetty 3.5.2011. [viitattu 15.5.2011] Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://finohta.stakes.fi/FI/halo/index.htm>](http://finohta.stakes.fi/FI/halo/index.htm)

Finohta 2008. HALO-katsaukset ja suositukset. [online]. Päivitetty 10.3.2011. [viitattu 7.4.2011] Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://finohta.stakes.fi/FI/halo/katsaukset/index.htm>](http://finohta.stakes.fi/FI/halo/katsaukset/index.htm)

Haynes, Alex B., ym. 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine. Vol. 360, nro. 5. 491-499. [online]. Päivitetty 29.1.2009 [viitattu 30.5.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMsa0810119>](http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMsa0810119)

Heikkinen, Hannu 2006. Tutkiva ote toimintaan. Teoksessa Heikkinen, Hannu ym. (toim.) Toiminnasta tietoon. 2. p. Helsinki. Kansanvalistusseura.

Heikkinen, Hannu 2007. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. painos. Juva. PS-Kustannus.

Helin, Kari 1993. Tuplavoimin muutoksiin. Vantaa. Innotiimi Oy.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p. Hämeenlinna. Tammi.

Ikonen Tuija S. & Pauniahho Satu-Liisa 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnest 2010. Vol 43, nro. 2, 108-111.

Kuula, Arja 2006. Toimintatutkimus. Luku 5.4. kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [online]. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. [viitattu 13.4.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html>

KvantiMOTV 2004. Tilastollinen päättely. KvantiMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. [online] Päivitetty 4.7.2004. [viitattu 17.5.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/paattely/paattely.html>

Laaksonen Hannele, Niskanen Jouni, Ollila Seija & Risku Arja 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki. Edita Prima Oy.

Latvala Eila & Vanhanen-Nuutinen Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen Sirpa & Nikkonen Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Lääkäriliiton laatuneuvosto 2004. Potilasturvallisuus, riskienhallinta, virhetilanteiden käsittely ja virheistä oppiminen terveydenhuollossa. Suomen lääkäriliitto.

Metsämuuronen Jari 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki. International Methelp Ky.

National Patient Safety Agency 2004. Seven Steps to Patient Safety. The Full Reference Guide. 2. p.

Oedewald Pia & Reiman Teemu 2006. Turvallisuuskriittisten organisaatioiden toiminnan erityispiirteet. Espoo. VTT.

Pauniahho Satu-Liisa & Ikonen Tuija S. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. Aikakauskirja Duodecim 2010. Vol. 126, nro. 4, 333-5.

Pauniahho Satu-Liisa, Lepojärvi Martti, Peltomaa Karolina, Saario Ilkka, Isojärvi Jaana, Malmivaara Antti & Ikonen Tuija S. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen lääkärilehti 2009. Vol. 64, nro 49, 4249-4254.

Peltomaa, Karolina 2009. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa Kinnunen, Marina ym. (toim.) Potilasturvallisuus ensin Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Pietikäinen, Elina 2008. Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuoltoorganisaatioissa. Tampere. Tampereen yliopisto.

Pietikäinen Elina, Reiman Teemu & Oedewald Pia 2008. Turvallisuuskultturityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. Helsinki. VTT.

Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009a. Sosiaali- ja terveysministeriö. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä 2009b. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. [online] [viitattu 30.5.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus>

Reiman Teemu, Oedewald Pia & Pietikäinen Elina 2008a. TUKU. Turvallisuuskulttuurin tuloksia. Vaasan sairaanhoitopiiri. (Power Point -esitys 27.5.2008)

Reiman Teemu, Pietikäinen Elina & Oedewald Pia 2008b. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arvioni. Helsinki. VTT.

Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna 2006a. Luku 3.1.1 Viralliset ohjeet kokonaisuudesta KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto [online]. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.[viitattu 19.4.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_1.html>

Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna 2006b. Luku 3.1.2 Hyvä tutkimuskäytäntö kokonaisuudesta KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto [online]. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 17.4.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html>

Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna 2006c. Luku 3.2 Tutkijan asema kokonaisuudesta KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto [online]. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 19.4.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_2.html>

Sillanpää Piia 2009. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kyseily terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Potilasturvallisuus. [online] Päivitetty 8.9.2009. [viitattu 23.3.2011]. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus>

Stakes & Lääkehoidon Kehittämiskeskus Rohto 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. [online]. Helsinki. Stakes. [viitattu 7.3.2010] Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>>

Takala Riikka, Katila Ari, Porkkala Timo, Aaltonen Riitta, Pauniaho Satu-Liisa, Kotkansalo Anna, Kinnunen Marina, Peltomaa Karolina & Ikonen Tuija 2009. Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologin työssä. Finnanest vol 42, nro 4, 363.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011. Potilasturvallisuus. [online] [viitattu 7.4.2011] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/potilasturvallisuus>

Valli Raine 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola Juhani & Valli Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä. PS-Kustannus.

Viitala Riitta 2007. Henkilöstöjohtaminen Strateginen kilpailutekijä. Helsinki. Edita.

Vilkka Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VTT 2010. Measurement model TUKU 3 health care. 13.8.2010 VTT.

World Health Organization 2010. About WHO [online]. Päivitetty 2010 [viitattu 30.5.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.who.int/about/en/>>

Yli-Villamo, Rami 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

LIITTEET

LIITE1

Leikkaustiimin tarkistuslista VKS 2010 Muokkaajat: S.Salo & P.Nevala

– LIHAVOIDUT KOHDAT LUETAAN ÄÄNEEN © WHO, 2009

Alkutarkistus	Tarkistus ennen leikkausviiltoa	Lopputarkistus
Ennen anestesian aloitusta	“Aikalisä”	Ennen leikkaussalista poistumista
<p>OIS:lla ja ESKO:lla oikean potilaan tiedot auki, hoitaja vahvistaa</p> <p>Henkilöllisyys, toimenpide ja leikkausalue/-puoli vahvistettu -vastaanottanut hoitaja vahvistaa</p> <p>Anestesiavalmius vahvistettu -anestesiologi vahvistaa -ASA-luokka -Pituus ja paino -Perussairaudet ja peruslääkkeet/ ei ole -Implantit ja proteesit / ei ole -Leikkausta edeltävä lääkitys / ei tarvetta -Veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys / ei tarvetta - Laboratoriovastaukset / ei tarvetta</p> <p>Allergiat -Anestesiologi/-hoitaja ilmoittaa allergiat</p> <p>Tarvittava monitorointi - Anestesiologi/-hoitaja vahvistaa</p> <p>Vaikea hengitystie / aspiraation vaara -AH:n tarkistuslistavalmistelut OK - Ei ole/ On -Anestesiologi/-hoitaja vahvistaa</p> <p>Verenvuotoriski yli 500ml (lapsilla 7ml/kg) -Ei ole -Yli 500ml, huomioitu - anestesiologi vahvistaa</p>	<p>Leikkauspuolen tarkistuslistojen mukaiset valmistelut OK -IH ja valvova hoitaja vahvistavat</p> <p>Potilas, leikkauskohde ja toimenpide -leikkaava lääkäri vahvistaa</p> <p>Antibioottiprofylaksia -Annettu / ei tarvita -anestesiahoitaja vahvistaa</p> <p>Kriittiset tekijät huomioitu ja kerrottu - Leikkaava lääkäri: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto -Anestesiologi/-hoitaja: Erityiset potilaskohtaiset huolenaiheet</p> <p>Radiologiset kuvat -Esillä/ ei tarvita -valvova hoitaja vahvistaa</p>	<p>Hoitajat vahvistavat ääneen, että</p> <p>Instrumentit, taitokset ja neulat laskettu ja täsmäyvät -instrumentoiva hoitaja ilmoittaa</p> <p>Diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit kirjattu, OIS täytetty - AH tai valvova hoitaja vahvistaa leikkaavalta lääkäriltä diagnoosi(-t), toimenpiteen nimi(-et) ja koodi(-t)</p> <p>Jatkohoito-ohjeet annettu ja kirjattu -AH, IH ja valvova hoitaja vahvistavat</p> <p>Näytteet merkitty ja ilmoitettu - Ei näytteitä -valvova hoitaja vahvistaa</p> <p>Välineistöongelmat huomioitu -valvova hoitaja vahvistaa, että mahdollista korjausta tarvitsevat välinesitöä koskevat ongelmat on huomioitu - Ei ongelmia</p>

LIITE 2

Turvallisuuskulttuurikysely

(VTT:n luvalla)

OSA A

Seuraavaksi esitetään lyhyitä väittämiä sinusta ja työstäsi. Merkitse , miten hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkansa sinun kohdallasi ympäröimällä vastaava numero.

1= ei lainkaan, 6= erittäin hyvin

	Ei lainkaan					Erittäin hyvin
	1	2	3	4	5	6
1. Koen että työni on tärkeää.	1	2	3	4	5	6
2. Olen itse vastuussa työni kokonaisuudesta.	1	2	3	4	5	6
3. Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti.	1	2	3	4	5	6
4. Minulla on riittävät taidot työni vaatimuksiin nähden.	1	2	3	4	5	6
5. Joudun usein kiirehtimään työssäni .	1	2	3	4	5	6
6. Työtehtäväni ovat liian vaativia.	1	2	3	4	5	6
7. Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa.	1	2	3	4	5	6
8. Koen henkilökohtaista vastuuta sairaalamme potilaiden voinnista.	1	2	3	4	5	6
9. Minua vaivaa, jos potilaat eivät voi hyvin.	1	2	3	4	5	6
10. Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin.	1	2	3	4	5	6
11. Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo.	1	2	3	4	5	6
12. Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan sairaalassamme näkyvästi.	1	2	3	4	5	6
13. Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia.	1	2	3	4	5	6
14. Se, että työhöni sisältyy myös (turvallisuus)riskejä, lisää työni mielekkyyttä.	1	2	3	4	5	6
15. Pysin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä.	1	2	3	4	5	6
16. Mietin töitä tehdessäni mahdollisia vaaratilanteita ja epäonnistumisia sekä varautumismahdollisuuksia niihin.	1	2	3	4	5	6
17. Työskennellessäni pyrin olemaan avoin erilaisille tulkinnoille ja vasta-argumenteille.	1	2	3	4	5	6
18. Työssäni kyseenalaistan omia tulkintojani ja pyrin etsimään tietoa joka haastaa tulkintojani.	1	2	3	4	5	6
19. Sairaalani potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina.	1	2	3	4	5	6
20. Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen työhöni.	1	2	3	4	5	6
21. Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat eivät ole minun työssäni kovin keskeisiä.	1	2	3	4	5	6
22. Noudatan aina kaikkia sääntöjä ja ohjeita työssäni.	1	2	3	4	5	6
23. Ilmapääri työyhteisössäni on hyvä.	1	2	3	4	5	6
24. Ilmapääri sairaalassa on hyvä.	1	2	3	4	5	6

OSA B

Seuraavaksi esitetään sairaalaasi koskevia väittämiä. Merkitse, miten hyvin seuraavat väittämät sinun mielestäsi pitävät paikkansa. 1= ei lainkaan, 6= erittäin hyvin

	Ei lainkaan					Erittäin Hyvin
1. Töihin liittyvät viralliset roolit ja vastuut ovat selkeitä.	1	2	3	4	5	6
2. Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla.	1	2	3	4	5	6
3. Työhöni liittyvä ohjeisto tukee työntekoa.	1	2	3	4	5	6
4. Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta.	1	2	3	4	5	6
5. Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi.	1	2	3	4	5	6
6. Työprosessit ja -käytännöt ovat helposti hahmotettavissa.	1	2	3	4	5	6
7. Sairaalan yksiköiden välisessä tiedonkulussa tulee usein esiin ongelmia.	1	2	3	4	5	6
8. Sellaisissa töissä joihin osallistuu useampi osasto, on tyyppisesti joitakin asioita, joista mikään yksikkö ei oikein huolehdi.	1	2	3	4	5	6
9. Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä.	1	2	3	4	5	6
10. Sairaalassa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi.	1	2	3	4	5	6
11. Sairaalan johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo.	1	2	3	4	5	6
12. Sairaalan johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti.	1	2	3	4	5	6
13. Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä.	1	2	3	4	5	6
14. Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin.	1	2	3	4	5	6
15. Esimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.	1	2	3	4	5	6
16. Jos jokin työasia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa.	1	2	3	4	5	6
17. Potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista on helposti saatavilla tietoa.	1	2	3	4	5	6
18. Johto pyrkii varmistamaan että organisaatiolla on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet.	1	2	3	4	5	6
19. Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi.	1	2	3	4	5	6
20. Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoimiseksi.	1	2	3	4	5	6
21. Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla.	1	2	3	4	5	6
22. Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta sairaalassamme.	1	2	3	4	5	6
23. Käyttämämme potilashaittapähtymien ehkäisemisen työkalut (tarkistuslistat, tuplavarmistus tms.) ovat toimivia.	1	2	3	4	5	6

	Ei lainkaan					Erittäin hyvin
24. Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti sairaalassamme.	1	2	3	4	5	6
25. Sairaalassamme työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin.	1	2	3	4	5	6
26. Sairaalassamme huolehditaan siitä, että potilasturvallisuuden varmistamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista.	1	2	3	4	5	6
27. Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi sairaalassamme.	1	2	3	4	5	6
28. Työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammatitaitoaan työn ohella.	1	2	3	4	5	6
29. Kun muutoksia tehdään, ne suunnitellaan hyvin.	1	2	3	4	5	6
30. Muutokset toteutetaan hyvin.	1	2	3	4	5	6
31. Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa.	1	2	3	4	5	6
32. Sairaalan johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää.	1	2	3	4	5	6
33. Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti.	1	2	3	4	5	6
34. Osastomme kykenee hyvin oppimaan menneistä tapahtumista ja vaaratilanteista.	1	2	3	4	5	6
35. Osastomme kykenee hyvin vastaamaan päivittäisiin tapahtumiin ja yllätyksiin.	1	2	3	4	5	6
36. Osastomme kykenee hyvin ennakoimaan mahdollisia vaaratilanteita ja riskejä.	1	2	3	4	5	6
37. Osastomme kykenee hyvin seuraamaan työn laatua ja potilasturvallisuuden tasoa.	1	2	3	4	5	6
38. Osastomme kykenee hyvin kyseenalaistamaan ja tarvittaessa muuttamaan omia toimintaperiaatteitaan.	1	2	3	4	5	6

LIITE 3

Palaute koulutuksesta

Vastaukset kirjoitetaan kysymysten jälkeen tulevalle viivoitukselle.

1. Millaisena koit saamasi koulutuksen kirurgisesta tarkistuslistasta?

2. Millaista koulutusta kaipaisit ennen kirurgisen tarkistuslistan käyttöönottoa?

3. Millainen koulutusmuoto sopii parhaiten sinulle?

4. Miten koulutusta uudesta työkalusta voitaisiin tulevaisuudessa kehittää?

Rastita, mihin koulutukseen/koulutuksiin osallistuit.

aamuraportti 6.9. aamuraportti 7.9. koulutuspäivä 15.9. aamuraportti 20.9.

Kiitos palautteestasi!

Feedback om skolningen

Skriv svaret under frågan.

1. Hur upplevde du skolningen som du fick om den kirurgiska checklistan?

2. Hurudan skolning borde ha arrangerats före kirurgiska checklistans
ibruktagning?

3. Hurdan skolningsmetod passar dig bäst?

4. Hur borde skolningen gällande de nya arbetsmetoderna utvecklas i
framtiden?

Vilka skolningar deltog du i? Kryssa i.

- morgonrapport 6.9. morgonrapport 7.9. skolningsdag 15.9.
 morgonrapport 20.9.

Tack för din feedback!

LIITE 4

Kirurginen tarkistuslista

Merja Jutila
Vaasan ammattikorkeakoulu
SSY2Y

WHO

- World Health Organization eli Maailman terveysjärjestö on YK:n terveyteen keskittynyt elin.
- Tarkoituksena mm. johtaa maailmanlaajuisissa terveysasioissa, muokata terveyden tutkimusta ja tuoda esiin näyttöön pohjaavia toimintatapoja.
- WHO perusti World Alliance for Patient Safety -organisaation parantaakseen maailmanlaajuisesti potilasturvallisuutta.

Safe Surgery Saves Lives

- World Alliance for Patient Safety- organisaation yhtenä kehittämishankkeena on Safe Surgery Saves Lives eli Turvallinen leikkaustoiminta säästää elämää.
- Hankkeen tarkoituksena on parantaa leikkaustoiminnan turvallisuutta varmistamalla näyttöön perustuvien standardejen käyttöä.
- Tarkoituksena vähentää leikkaustoimintaan liittyviä kuolemia ja komplikaatioita.
- Asiantuntijat, WHO ja potilaat yhdessä kehittivät Kirurgisen tarkistuslistan.

Kirurginen tarkistuslista: tarkoitus

Tarkoituksena

- vähentää komplikaatioita ja kuolleisuutta
- auttaa hyväksytyjen turvallisuuskäytäntöjen käyttöä
- helpottaa kommunikaatiota ja tiimityöskentelyä
- vähentää muistinvaraista toimintaa
- olla työkaluna yksiköille, jotka haluavat parantaa leikkausturvallisuuttaan
- olla lyhyt ja yksinkertainen
- ei ole vaikeuttaa työskentelyä

Kirurginen tarkistuslista

- Jokaisen askeleen taustalta löytyy näyttöön perustuvaa tietoa siitä, että kyseisen kohdan tarkistus vähentää komplikaatioita.
- Koostuu kolmesta osasta: sisäänkirjautuminen, joka tapahtuu ennen anestesiaa; aikalisä, joka tapahtuu ennen viiltoa ja uloskirjautuminen, joka tapahtuu ennen potilaan poistumista salista.

Kirurginen tarkistuslista: käyttöönotto

- Käyttöönoton alussa tarvitaan listan läpikäynnistä vastaava henkilö, jottei kiireessäkään mikään vaihe unohtuisi.
- Vastaava henkilö on vastuussa, että jokainen tarkistus suoritetaan ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. Hän puuttuu tarkistuslistan käytön laiminlyönteihin.
- Kun lista on tuttu ja osa normaalia toimintaa, vastuuhenkilön ohjausta ei välttämättä tarvita.
- Vastuuhenkilö on usein hoitaja (passari).

Kirurginen tarkistuslista: käyttö

- Listan jokainen (tummennettu) kohta käydään suullisesti läpi kohdasta vastaavan henkilön kanssa. Kohdasta vastaava henkilö kuittaa, kun tarkistus on suoritettu.
- Näin varmistutaan, että jokainen tarkistus tulee suoritettua.
- Käytön opettelu vaatii harjoittelua ja aikaa.
- Tavoitteena potilasturvallisuuden parantaminen ja ylläpito. Päämääränä turvallisempi kirurginen hoito.

Kirurginen tarkistuslista: VKS

- WHO:n tarkistuslista pohjana. Listaa muokattu meidän tarpeisiin sopivaksi.
- Yhtenäinen tarkistuslista joka saliin → käyttö helpompaa.
- Yksilölliset, sali kohtaiset tarpeet työlistoissa.
- Työlistat muistin tukena, perustuvat laatukäsikirjojen ohjeisiin.
- Listan läpikäynnistä merkintä Lesulle ja ane-kaavakkeeseen → oman selustan turvaaminen.

Kirurginen tarkistuslista: sisäänkirjautuminen

- Lesulla ja Eskolla oikea potilas.
- Tarkistetaan potilaan henkilöllisyys rannekkeesta, toimenpide ja leikkausalue (puoli).
- Anestesiavalmius.
- Anepuoli varmistaa potilaan vuotoriskin, hengitystieongelmat, aspiraation vaara, allergiat, ym. anestesian turvallisuusriskit.
- Potilas yhdistetään toimivaan monitoriin.
- Anehoitajan työlistavalmistelut.
- Kirurgin läsnäolo toivottavaa, muttei pakollista.

Kirurginen tarkistuslista: aikalisä

- Esittäytyminen (jos vieras tiimi)
- Leikkauspuolen työlistavalmistelut.
- Oikea potilas, oikea leikkaus, oikea puoli.
- Oikea aikainen antibioottiprofylaksia.
- Leikkauksen kriittiset vaiheet.
- Tarvittavat kuvat esillä.

Kirurginen tarkistuslista: uloskirjautuminen

- Tarvike laskenta: taitokset, neulat, instrumentit.
- Diagnoosin ja toimenpidetekoodin varmistus ja kirjaus, Lesu täytetty.
- Jatkohoito-ohjeet.
- Näytteet.
- Välineistöongelmat.

Kirurginen tarkistuslista: vaikutus

- 2007-2008 tehty pilotointi 8 sairaalassa, 8 kaupungissa eripuolilla maailmaa.
- Kuolleisuus ennen tarkistuslistan käyttöä 1,5 % ja komplikaatiot 11%.
- Tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen kuolleisuus laski 0,8%:n ja komplikaatiot 7%:n
- **TODISTETTU NÄYTTÖ!**

Lähteet

- Haynes, Alex B., ym. 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine. Vol. 360, nro. 5. 491-499. [online]. Päivitetty 29.1.2009 [viitattu 30.5.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMs0810119>>.
- Peltomaa, Karolina 2009. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa Kinnunen, Marina ym. (toim.) Potilasturvallisuus ensin Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- S.Salo ja P. Nevala 2010. Leikkustiimin tarkistuslista VKS 2010. Vaasa.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. [online] [viitattu 30.5.2010]. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus>.
- World Health Organization 2010a. About WHO [online]. Päivitetty 2010 [viitattu 30.5.2010]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.who.int/about/en/>>.

Linkki tarkistuslistan käytöstä tehtyyn videoon löytyy internetosoitteesta

http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Ammattilaiset__tutkijat__opiskelijat/Potilasturvallisuus_ja_turvallinen_laakehoito/Kirurginen_tarkistuslista/Tarkistuslistan_kayttoonotto

LIITE 5

ALKUKARTOITUSTULOKSET

Psykologiset ulottuvuudet

Hallinan tunne

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti.	43	3,98	1,26	5	11	11	16	11,6	25,6	25,6	37,2	100
Minulla on riittävät taidot työni vaatimuksiin nähden.	44	4,61	0,81	1	3	11	29	2,3	6,8	25	65,9	100
Joudun usein kiirehtimään työssäni.	44	4,73	1,17	3	3	10	28	6,8	6,8	22,7	63,6	99,9
Työtehtäväni ovat liian vaativia.	44	2,95	1,18	19	8	13	4	43,2	18,2	29,5	9,1	100
Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa.	44	3,8	1,02	6	10	15	13	13,6	22,7	34,1	29,5	99,9

Henkilökohtainen vastuun tunne

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Koen henkilökohtaista vastuuta sairaalamme potilaiden voimin.	44	4,61	1,38	4	7	4	29	9,1	15,9	9,1	65,9	100
Olen itse vastuussa työni kokonaisuudesta.	44	4,79	0,95	1	4	7	32	2,3	9,1	15,9	72,7	100
Minua vaivaa, jos potilaat eivät voi hyvin.	44	4,91	1,25	2	5	5	32	4,5	11,4	11,4	72,7	100
Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin.	44	5,3	0,7	0	1	3	40	0	2,3	6,8	90,9	100

Turvallisuusmotivaatio

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo.	44	5,32	0,71	0	0	6	38	0	0	13,6	86,4	100
Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan sairaalassamme näkyvästi.	44	5,57	0,62	0	0	3	41	0	0	6,8	93,2	100
Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia.	44	5,43	0,66	0	0	4	40	0	0	9,1	90,9	100
Se, että työhöni sisältyy myös (turvallisuus)riskejä, lisää työni mielekkyyttä.	44	3,61	1,3	9	8	15	12	20,5	18,2	34,1	27,3	100,1

Valppaus

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä.	43	4,81	0,98	1	4	7	31	2,3	9,3	16,3	72,1	100
Mietin töitä tehdessäni mahdollisia vaaratilanteita ja epäonnistumisia sekä varautumismahdollisuuksia niihin.	44	4,7	1,17	3	2	10	29	6,8	4,5	22,7	65,9	99,9
Työskennellessäni pyrin olemaan avoin erilaisille tulkintoille ja vasta-argumenteille.	44	4,59	0,82	0	4	15	25	0	9,1	34,1	56,8	100
Työssäni kyseenalaistan omia tulkintojani ja pyrin etsimään tietoa joka haastaa tulkintojani.	44	4,25	0,78	0	7	21	16	0	15,9	47,7	36,4	100

Kontrolli muuttajat

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Koen että työni on tärkeää.	44	5,52	0,59	0	0	2	42	0	0	4,5	95,5	100
Ilmapäin työyhteisössäni on hyvä.	44	4,75	1,04	2	3	9	30	4,5	6,8	20,5	68,2	100
Sairaalani potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina.	44	3,59	1,42	10	14	8	12	22,7	31,8	18,2	27,3	100
Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen työhöni.	44	4,7	1,01	2	3	10	29	4,5	6,8	22,7	65,9	99,9
Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat eivät ole minun työssäni kovin keskeisiä.	44	1,84	1,36	36	4	1	3	81,8	9,1	2,3	6,8	100
Noudatan aina kaikkia sääntöjä ja ohjeita työssäni.	44	4,93	0,85	1	2	5	36	2,3	4,5	11,4	81,8	100
Ilmapäin sairaalassa on hyvä.	44	3,5	1,28	7	16	12	9	15,9	36,4	27,3	20,5	100,1

Organisatoriset ulottuvuudet

Työn edellytysten hallinta

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Töihin liittyvät viralliset roolit ja vastuut ovat selkeitä.	44	4,25	0,97	1	10	13	20	2,3	22,7	29,5	45,5	100
Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla.	44	4,5	0,79	0	4	18	22	0	9,1	40,9	50	100
Työhöni liittyvä ohjeisto tukee työntekoa.	44	4,8	0,73	0	2	11	31	0	4,5	25	70,5	100
Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palavenkäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta.	44	4,3	0,93	1	8	15	20	2,3	18,2	34,1	45,5	100,1
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi.	44	3,64	1,08	6	14	14	10	13,6	31,8	31,8	22,7	99,9

Työprosessin hallinta

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Työprosessit ja -käytännöt ovat helposti hahmotettavissa.	44	4,25	0,84	1	4	22	17	2,3	9,1	50	38,6	100
Sairaalan yksiköiden välisessä tiedonkulussa tulee usein esiin ongelmia.	44	4,43	1,17	2	9	10	23	4,5	20,5	22,7	52,3	100
Sellaisissa töissä joihin osallistuu useampi osasto, on tyypillisesti joitakin asioita, joista mikään yksikkö ei oikein huolehdi.	43	4,16	1,23	3	12	11	17	7	27,9	25,6	39,5	100
Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä.	41	3,66	0,82	3	11	23	4	7,3	26,8	56,1	9,8	100

Turvallisuusjohtaminen

Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
			F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Sairaalassa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi.	44	3,98	1	3	9	18	14	6,8	20,5	40,9	31,8	100
Sairaalan johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo.	44	3,75	1,28	6	13	10	15	13,6	29,5	22,7	34,1	99,9
Sairaalan johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti.	44	3,36	1,2	11	11	15	7	25	25	34,1	15,9	100
Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä.	44	4	1,08	3	12	15	14	6,8	27,2	34,1	31,8	99,9
Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin.	44	3,25	1,31	15	8	13	8	34,1	18,2	29,5	18,2	100
Esimiehet ottavat huomioon alustensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.	44	3,95	1,24	6	7	15	16	13,6	15,9	34,1	36,4	100
Jos jokin työasia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa.	44	4,14	1,53	10	4	6	24	22,7	9,1	13,6	54,5	99,9
Potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista on helposti saatavilla tietoa.	43	3,98	1,06	3	12	14	14	6,9	27,9	32,5	32,5	99,8
Johto pyrkii varmistamaan että organisaatiolla on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet.	42	3,45	1,31	11	8	12	11	26,2	19	28,6	26,2	100

Organisaation oppimiskäytännöt

Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
			F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi.	44	4,41	0,76	0	6	15	23	0	13,6	34,1	52,3	100
Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoinniseksi.	44	4,3	0,88	2	3	21	18	4,5	6,8	47,7	40,9	99,9
Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla.	43	3,86	0,94	3	11	20	9	6,9	25,6	46,5	20,9	99,9
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta sairaalassamme.	44	4,52	0,82	0	6	12	26	0	13,6	27,2	59,1	99,9
Käyttämämme potilashaittapahtumien ehkäisemisen työkalut (tarkistuslistat, tuplavarmistus tms.) ovat toimivia.	44	4,34	1,03	3	2	19	20	6,8	4,5	43,2	45,5	100
Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti sairaalassamme.	43	3,88	0,98	3	12	17	11	6,9	27,9	39,5	25,6	99,9

Osaamisen hallinta

Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
			F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Sairaalassamme työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin.	44	4,09	0,83	1	9	20	14	2,3	20,5	45,5	31,2	99,5
Sairaalassamme huolehditaan siitä, että potilasturvallisuuden varmistamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaisia osaamista.	43	4,07	0,8	0	12	16	15	0	27,9	37,2	34,9	100
Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi sairaalassamme.	44	4,05	1,18	5	6	15	18	11,4	13,6	34,1	40,1	99,2
Työntekijöillä on mahdollisuus koulutustautua ja kehittää ammatitaitoaan työn ohella.	44	4,3	0,93	0	11	12	21	0	25	27,3	47,7	100

Muutosten hallinta

Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
			F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Kun muutoksia tehdään, ne suunnitellaan hyvin.	44	3,75	0,92	4	10	22	8	9,1	22,7	50	18,2	100
Muutokset toteutetaan hyvin.	44	3,77	0,94	4	10	21	9	9,1	22,7	47,7	20,5	100
Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa.	44	3,2	1,15	13	9	18	4	29,5	20,5	40,9	9,1	100
Sairaalan johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää.	44	3,02	1,13	15	13	12	4	34,1	29,5	27,3	9,1	100
Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti.	40	3,4	0,74	4	18	16	2	10	45	40	5	100

Ryhmätason kriittiset toiminnot

Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
			F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Osastomme kykenee hyvin oppimaan menneistä tapahtumista ja vaaratilanteista.	44	4,55	0,98	1	6	11	26	2,3	13,6	25	59,1	100
Osastomme kykenee hyvin vastaamaan päivittäisiin tapahtumiin ja yllätyksiin.	44	4,86	1,03	2	2	8	32	4,5	4,5	18,2	72,7	99,9
Osastomme kykenee hyvin ennakoimaan mahdollisia vaaratilanteita ja riskejä.	43	4,72	0,93	2	3	5	33	4,7	6,9	11,6	76,7	99,9
Osastomme kykenee hyvin seuraamaan työn laatua ja potilasturvallisuuden tasoa.	44	4,32	0,86	1	6	17	20	2,3	13,6	38,6	45,5	100
Osastomme kykenee hyvin kyseenalaistamaan ja tarvittaessa muuttamaan omia toimintaperiaatteitaan.	44	4,11	1,13	5	5	15	19	11,4	11,4	34,1	43,2	100,1

LIITE 6

LOPPUKARTOITUSTULOKSET

Psykologiset ulottuvuudet

Hallinnan tunne

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti.	35	4,37	0,81	0	4	17	14	0	11,4	48,6	40	100
Minulla on riittävät taidot työni vaatimuksiin nähden.	36	4,67	0,59	0	0	14	22	0	0	38,9	61,1	100
Joudun usein kiirehtimään työssäni.	36	5,06	0,71	0	1	5	30	0	2,8	13,9	83,3	100
Työtehtäväni ovat liian vaativia.	36	3,5	1,06	7	11	12	6	19,4	30,6	33,3	16,7	100
Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa.	36	4,28	1,06	1	9	9	17	2,8	25	25	47,2	100

Henkilökohtainen vastuun tunne

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Koen henkilökohtaista vastuuta sairaalamme potilaiden voimista.	36	4,81	1,04	1	3	8	24	2,8	8,3	22,2	66,7	100
Olen itse vastuussa työni kokonaisuudesta.	36	4,75	0,77	0	2	10	24	0	5,6	27,8	66,7	100,1
Minua vaivaa, jos potilaat eivät voi hyvin.	34	5,21	0,81	0	1	5	28	0	2,9	14,7	82,4	100
Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin.	34	5,53	0,61	0	0	2	32	0	0	5,9	94,1	100

Turvallisuusmotivaatio

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo.	34	5,53	0,66	0	1	0	33	0	2,9	0	97,1	100
Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan sairaalassamme näkyvästi.	34	5,76	0,43	0	0	0	34	0	0	0	100	100
Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeää asia.	34	5,59	0,78	1	0	0	33	2,9	0	0	97,1	100
Se, että työhöni sisältyy myös (turvallisuus)riskejä, lisää työni mielekkyyttä.	34	4,12	1,2	3	7	9	15	8,8	20,6	26,5	44,1	100

Valppaus

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä.	34	4,91	0,97	1	2	5	26	2,9	5,9	14,7	76,5	100
Mietin töitä tehdessäni mahdollisia vaaratilanteita ja epäonnistumisia sekä varautumismahdollisuuksia niihin.	32	4,94	0,98	1	0	10	21	3,1	0	31,3	65,6	100
Työskennellessäni pyrin olemaan avoin erilaisille tulkinnolle ja vasta-argumenteille.	33	4,91	0,8	0	1	9	23	0	3	27,3	69,7	100
Työssäni kyseenalaistan omia tulkintojani ja pyrin etsimään tietoa joka haastaa tulkintojani.	32	4,59	0,67	0	1	13	18	0	3,1	40,6	56,3	100

Kontrolli muuttajat

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Koen että työni on tärkeää.	36	5,47	0,7	0	0	4	32	0	0	11,1	88,9	100
Ilmapiiri työnteissäni on hyvä.	33	3,94	1,34	5	8	7	13	15,2	24,2	21,2	39,4	100
Sairaalani potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina.	33	4,33	1,14	3	4	9	17	9,1	12,1	27,3	51,5	100
Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen työhöni.	33	4,21	1,05	3	5	8	17					
Potilasturvallisuuteen liittyvät asiat eivät ole minun työssäni kovin keskeisiä.	33	2,3	1,69	24	2	0	7	72,7	6,1	0	21,2	100
Noudatan aina kaikkia sääntöjä ja ohjeita työssäni.	33	4,85	0,8	1	0	7	25	3	0	21,2	75,6	99,8
Ilmapiiri sairaalassa on hyvä.	31	2,84	0,93	10	13	8	0	32,3	41,9	25,8	0	100

Organisatoriset ulottuvuudet

Työn edellytysten hallinta

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Töihin liittyvät viralliset roolit ja vastuut ovat selkeitä.	30	4	0,74	1	5	17	7	3,3	16,7	56,7	23,3	100
Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla.	30	4,63	0,67	0	1	11	18	0	3,3	36,7	60	100
Työhöni liittyvä ohjeisto tukee työntekoa.	30	4,8	0,85	0	2	8	20	0	6,7	26,7	66,7	100,1
Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta.	29	3,9	1,11	3	6	11	9	10,3	20,7	37,9	31	99,9
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi.	30	3,03	1,16	10	12	3	5	33,3	40	10	16,7	100

Työprosessien hallinta

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6	
Työprosessit ja -käytännöt ovat helposti hahmotettavissa.	29	4,14	0,64	0	4	17	8	0	13,8	58,6	27,6	100
Sairaalain yksiköiden välisessä tiedonkulussa tulee usein esiin ongelmia.	30	4,47	1,01	1	3	12	14	3,3	10	40	46,7	100
Sellaisissa töissä joihin osallistuu useampi osasto, on tyypillisesti joitakin asioita, joista mikään yksikkö ei oikein huolehdi.	29	4,14	1,03	2	6	8	13	6,9	20,7	27,6	44,8	100
Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä.	29	3,86	0,79	1	5	19	4	3,4	17,2	65,5	13,8	99,9

Turvallisuusjohtaminen

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Sairaalassa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi.	28	4,39	0,92	1	3	10	14	3,6	10,7	35,7	50	100	
Sairaalan johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo.	30	3,13	1,36	11	6	7	6	36,7	20	23,3	20	100	
Sairaalan johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti.	30	2,6	1,1	15	8	6	1	50	26,7	20	3,3	100	
Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä.	27	3,93	0,78	0	8	14	5	0	29,6	51,9	18,5	100	
Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin.	30	3,37	1,5	7	10	5	8	23,3	33,3	16,7	26,7	100	
Esimiehet ottavat huomioon alaiensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.	30	4,03	1,4	4	4	9	13	13,3	13,3	30	43,3	99,9	
Jos jokin työasia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa.	29	3,55	1,5	8	6	5	10	27,6	20,7	17,2	34,5	100	
Potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista on helposti saatavilla tietoa.	30	4,1	0,84	1	5	15	9	3,3	16,7	50	30	100	
Johto pyrkii varmistamaan että organisaatiolla on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet.	29	2,93	1,25	10	11	5	3	34,5	37,9	17,2	10,3	99,9	

Organisaation oppimiskäytännöt

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi.	30	4,07	1,01	1	9	9	11	3,3	30	30	36,7	100	
Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoinniseksi.	30	4,03	0,85	1	7	12	10	3,3	23,3	40	33,3	99,9	
Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla.	29	3,79	1,01	2	10	11	6	6,9	34,5	37,9	20,7	100	
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta sairaalassamme.	30	4,23	1,04	1	4	14	11	3,3	13,3	46,7	36,7	100	
Käyttämämme potilashaittatapahtumien ehkäisemisen työkalut (tarkistuslistat, tuplavarmistus tms.) ovat toimivia.	30	4,43	0,82	0	4	11	15	0	13,3	36,7	50	100	
Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti sairaalassamme.	29	4,1	0,82	0	7	13	9	0	24,1	44,8	31	99,9	

Osaamisen hallinta

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Sairaalassamme työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin.	30	4,1	0,8	0	7	14	9	0	23,3	46,7	30	100	
Sairaalassamme huolehditaan siitä, että potilasturvallisuuden varmistamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista.	30	4	0,83	0	9	13	8	0	30	43,3	26,7	100	
Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi sairaalassamme.	30	3,6	1,07	4	10	9	7	13,3	33,3	30	23,3	99,9	
Työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella.	30	4,27	1,11	2	6	7	15	6,7	20	23,3	50	100	

Muutosten hallinta

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Kun muutoksia tehdään, ne suunnitellaan hyvin.	30	3,27	0,94	5	13	11	1	16,7	43,3	36,7	3,3	100	
Muutokset toteutetaan hyvin.	30	3,4	1	5	10	13	2	16,7	33,3	43,3	6,7	100	
Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa.	29	3,1	1,14	9	7	11	2	31	24,1	37,9	6,9	99,9	
Sairaalan johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää.	30	2,83	1,18	10	12	7	1	33,3	40	23,3	3,3	99,9	
Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti.	28	3,14	0,97	6	13	8	1	21,4	46,4	28,6	3,6	100	

Ryhmätason kriittiset toiminnot

	Vastauksia	Keskiarvo	Keskihajonta	Frekvenssi				Prosentti				% yht	
				F 1-2	F 3	F 4	F 5-6	% 1-2	% 3	% 4	% 5-6		
Osastomme kykenee hyvin oppimaan menneistä tapahtumista ja vaaratilanteista.	30	4,4	0,81	1	1	15	13	3,3	3,3	50	43,3	99,9	
Osastomme kykenee hyvin vastaamaan päivittäisiin tapahtumiin ja yllätyksiin.	30	4,97	0,72	0	0	8	22	0	0	26,7	73,3	100	
Osastomme kykenee hyvin ennakoimaan mahdollisia vaaratilanteita ja riskejä.	30	4,8	0,66	0	0	10	20	0	0	33,3	66,7	100	
Osastomme kykenee hyvin seuraamaan työn laatua ja potilasturvallisuuden tasoa.	30	4,37	0,61	0	2	15	13	0	6,7	50	43,3	100	
Osastomme kykenee hyvin kyseenalaistamaan ja tarvittaessa muuttamaan omia toimintaperiaatteitaan.	30	4,1	0,88	2	4	13	11	6,7	13,3	43,3	36,7	100	