

DISSERTATIONS IN  
**SOCIAL SCIENCES  
AND BUSINESS  
STUDIES**

**ANNE KANERVA**

*”Minusta potilas-  
turvallisuus on potilaan  
oikeus ja meidän  
velvollisuus”*

*Potilasturvallisuuden kehittäminen  
systeminäkökulmasta psykiatrisen  
erikoissairaanhoidon yksiköissä*

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND  
*Dissertations in Social Sciences and Business Studies*



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND



*”Minusta potilasturvallisuus  
on potilaan oikeus ja meidän  
velvollisuus”*



ANNE KANERVA

*”Minusta potilasturvallisuus  
on potilaan oikeus  
ja meidän velvollisuus”*

*Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökul-  
masta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä*

Publications of the University of Eastern Finland  
Dissertations in Social Sciences and Business Studies  
No 110

Itä-Suomen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta  
Kuopio  
2015

Grano Oy  
Jyväskylä, 2015  
Vastaava toimittaja Prof. Kimmo Katajala  
Toimittaja Eija Fabritius  
Myynti: Itä-Suomen yliopiston kirjasto

ISBN (nid): 978-952-61-1915-1  
ISSN (nid): 1798-5749  
ISSN-L: 1798-5749  
ISBN (PDF): 978-952-61-1916-8  
ISSN (PDF): 1798-5757

Kanerva, Anne

“I think patient safety is a patient’s right and our duty”. Development of patient safety from a system perspective in specialized psychiatric care units 111 p

University of Eastern Finland

Faculty of Social Sciences and Business Studies, 2015

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 110

ISBN (nid): 978-952-61-1915-1

ISSN (nid): 1798-5749

ISSN-L: 1798-5749

ISBN (PDF): 978-952-61-1916-8

ISSN (PDF): 1798-5757

Dissertation

## **ABSTRACT**

Purpose of the research was to describe and understand which elements form patient safety in a high reliability organisation and how it can be developed in specialized psychiatric care units. Aim was to create a model of patient safety development in specialized psychiatric care units.

The research was implemented during 2010-2014 as participative action research. In the planning phase a literature review and nursing staff interviews (n = 26) of the elements which form patient safety were executed. Based on these a multidisciplinary development intervention was planned. Aim was to create a shared understanding about patient safety and participate staff (n = 34) to patient safety development. The intervention implemented together with the staff emphasized the importance of leadership in the execution of the development. The second intervention was implemented together with the nursing leaders (n = 13).

The results highlight four center factors which need to be noted in patient safety development. Firstly, the actions of leaders affect significantly to the patient safety development. Secondly, understanding of the comprehensiveness of patient safety is important to develop noting the system perspective. Thirdly, communication is a center element in patient safety as well as in its development. Fourth, the aspect of high reliability organization can be utilized in health care in the development patient safety.

Based on the theoretical background and empirical results of the research a model of continuous development of patient safety was created.

Keywords: Patient safety, Organization development, Action research

Kanerva, Anne

”Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus”.  
Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikois-  
sairaanhoidon yksiköissä 111 s.

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, 2015

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 110

ISBN (nid): 978-952-61-1915-1

ISSN (nid): 1798-5749

ISSN-L: 1798-5749

ISBN (PDF): 978-952-61-1916-8

ISSN (PDF): 1798-5757

Väitöskirja

## **ABSTRAKTI**

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää, mistä tekijöistä potilasturvallisuus muodostuu turvallisuuskriittisissä organisaatioissa ja miten sitä voidaan kehittää psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tavoitteena oli luoda malli potilasturvallisuuden kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä.

Tutkimus toteutettiin vuosina 2010–2014 osallistavana toimintatutkimuksena. Suunnitteluvaiheessa toteutettiin kirjallisuuskatsaus ja hoitohenkilökunnan haastattelut (n = 26) potilasturvallisuuden muodostavista tekijöistä. Näiden pohjalta suunniteltiin moniammatillinen kehittämisinterventio. Tavoitteena oli luoda yhteisymmärrystä ja osallistaa henkilökuntaa (n = 34) potilasturvallisuuden kehittämiseen. Tässä kehittämisinterventiossa nousi esiin johtajien merkittävä rooli kehittämisessä. Toinen kehittämisinterventio toteutettiin hoitotyön johtajien (n = 13) kanssa.

Tutkimuksen tuloksista erottui neljä keskeistä tekijää, jotka tulee huomioida potilasturvallisuuden kehittämistyössä. Ensimmäiseksi johtajien toiminta vaikuttaa merkittävästi potilasturvallisuuden kehittämiseen. Toiseksi ymmärrystä potilasturvallisuuden kokonaisvaltaisuudesta on tärkeää kehittää systeeminäkökulma huomioiden. Kolmanneksi vuorovaikutus on keskeinen tekijä potilasturvallisuudessa ja sen kehittämisessä. Neljänneksi turvallisuuskriittisen organisaation näkökulma on hyödynnettävissä terveydenhuollon potilasturvallisuuden kehittämistyössä.

Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien ja empiiristen tulosten pohjalta luotiin potilasturvallisuuden jatkuvan kehittämisen malli.

Asiasanat: potilasturvallisuus, organisaation kehittäminen, toimintatutkimus



# Esipuhe

”Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus” – näin kiteytti yksi haastattelemistani hoitotyöntekijöistä näkemyksensä potilasturvallisuudesta. Työn ohella väitöskirjan työstäminen on ollut paikoitellen haastavaa, mutta tämä ajatus on aina palauttanut sen äärelle, miksi väitöskirjaa juuri tästä aiheesta lähdin tekemään.

Suuret kiitokset väitöskirjani valmistumisesta kuuluvat ohjaajilleni professori, FT Johanna Lamminதாகaselle ja FT Tuula Kiviselle. Teidän asiantunteva, rehellinen ja kannustava palautteenne auttoi oivaltamaan uusia näkökulmia tutkimuksestani sekä viemään sitä tasaisen varmasti eteenpäin.

Parhaimmat kiitokseni työni esitarkastajille professori, TtT Leena Turkille ja dosentti, FT Jari Kylmälle tarkasta paneutumisesta käsikirjoitukseeni. Teidän asiantuntevat kommenttinne ja palautteenne auttoivat minua vielä tutkimustyön loppuvaiheessa hiomaan ja parantamaan työtäni selkeämmäksi.

Haluan myös kiittää hoitotyön johtajia, jotka mahdollistitte tutkimukseni teon sen eri vaiheissa: Tarja Niemi, Kaija Kurkinen, Tuula Rajala, Päivi Huttunen ja Tarja Saharinen. Iso kiitos kuuluu myös kaikille tutkimukseeni sen eri vaiheissa osallistuneille terveydenhuollon ammattilaisille ja hoitotyön johtajille. Ilman teitä tämä tutkimus ei olisi ollut mahdollinen. Kiitos myös potilasturvallisuuskoulutuksen toteutuksessa apunani olleille: Annika Jalkanen, Sannamaaria Järvenpää, Sanna Kalapudas, Tero Kokko, Teresa Palonen, Riikka Sanchez, Mirka Sneck ja Maiju Tuomainen. Potilasturvallisuus on meidän käsissämme.

Kiitos kaikille ystävilleni, erityisesti Katrille, Caritalle ja Lauralle. Kanssanne on päässyt irrottautumaan tutkimuksen maailmasta, ja toisaalta olette myös jaksaneet kiitettävästi kuunnella vuodatuksiani potilasturvallisuudesta. Samoin lämmin kiitos ihanille työtovereille vuosien varrella, jotka ovat tukeneet ja kannustaneet eri tavoin, erityisesti Merja, Kirsi, Virva, Sami, Jani, Kaisu, Siru ja Anu. Kiitos myös opiskelutovereille ja tutkimusryhmäläisille, joilta olen saanut hyviä ideoita ja kannustusta tutkimukseni teon eri vaiheissa.

Erityiskiitos kuuluu isälleni, jo edesmenneelle äidilleni sekä sisarelleni, jotka ovat kannustaneet ja tukeneet opiskelemaan sekä auttaneet myös irrottautumaan opiskelun maailmasta. Kotoa olen myös oppinut sitkeyttä ja määrätietoisuutta, jota tämä polku on vaatinut. Halaus ja kiitos!

Lokakuuisena iltana

*Anne Kanerva*



# Sisällys

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>13</b>
1.1 Tutkimuksen tausta.....	13
1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tehtävät ja tavoite .....	16
<b>2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....</b>	<b>17</b>
2.1 Systeminäkökulma terveydenhuollon organisaation toimintaan .....	17
2.2 Terveydenhuollon organisaatio turvallisuuskriittisenä organisaationa .....	19
2.2.1 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation rakenteelliset elementit.....	21
2.2.2 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation toimintakäytännöt .....	24
2.2.3 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation yhteisymmärrys turvallisuudesta .....	26
2.2.4 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation johtaminen. ....	28
2.2.5 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation potilasturvallisuuskulttuuri .....	30
2.3 Potilasturvallisuus systeminäkökulmasta turvallisuuskriittisessä terveydenhuollon organisaatiossa .....	32
2.4 Terveydenhuollon organisaation potilasturvallisuuden kehittäminen .....	35
2.4.1 Organisaation kehittäminen .....	35
2.4.2 Potilasturvallisuuden kehittäminen systeminäkökulmasta .....	38
2.5 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	42
<b>3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....</b>	<b>43</b>
3.1 Toimintatutkimus tutkimusmenetelmänä .....	43
3.2 Tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistuneet.....	45
3.3 Toimintatutkimuksen toteutus .....	46
3.4 Tutkimuksen aineistojen keruu.....	53
3.5 Tutkimuksen aineistojen analysointi .....	56
<b>4 TULOKSET .....</b>	<b>59</b>
4.1 Potilasturvallisuuden muodostavat tekijät psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä.....	59
4.2 Terveydenhuollon ammattilaisten osallistaminen potilasturvallisuuden kehittämiseen systeminäkökulmasta .....	66
4.3 Malli potilasturvallisuuden jatkuvasta kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä .....	70

<b>5 POHDINTA.....</b>	<b>76</b>
5.1 Tutkimuksen eettisyys .....	76
5.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	77
5.3 Tiivistävät päätelmät tuloksista .....	79
5.4 Tutkimuksen merkitys ja johtopäätökset .....	85
5.5 Jatkotutkimusaiheet.....	86
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>88</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>107</b>
<b>ARTIKKELIT.....</b>	<b>111</b>

## TAULUKOT

Taulukko 1:	Yhteenveto potilasturvallisuuden muodostavista tekijöistä kirjallisuuden ja hoitohenkilökunnan näkökulmista, luokiteltuna turvallisuuskriittisen organisaation elementtien kautta. ....	65
-------------	---	----

## KUVIOT

Kuva 1:	Yksinkertaistettu malli systeemistä, jonka kautta potilasturvallisuus muodostuu terveydenhuollon organisaatiossa.....	19
Kuva 2:	Turvallisuuskriittisen organisaation elementit, joiden kautta potilasturvallisuus muodostuu terveydenhuollon organisaatiossa.....	21
Kuva 3:	Haittatapahtumien synty systeeminäkökulmasta.....	39
Kuva 4:	Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	42
Kuva 5:	Toimintatutkimuksen prosessi .....	47
Kuva 6:	Potilaaseen liittyvät, potilasturvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät.....	57
Kuva 7:	Potilasturvallisuuden muodostavat tekijät kirjallisuuden pohjalta .....	61
Kuva 8:	Malli potilasturvallisuuden jatkuvasta kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä – yksi kehittämisen sykli....	75



# 1 Johdanto

## 1.1 TUTKIMUKSEN TAUSTA

Potilasturvallisuus on laadukkaan terveydenhuollon organisaation toiminnan keskeinen tavoite (Forster ym. 2004, Aaltonen ym. 2008, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Kangasniemi ym. 2013, Rowland & Kitto 2014, Ulrich & Kear 2014, McFadden ym. 2015). Terveydenhuollon laatu on resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, erityisesti eniten hoitoa tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitseville. Potilasturvallisuus on yksi laadun osatekijöistä. (Snellman 2009, Koivuranta-Vaara 2011.) Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. Turvallinen hoito toteutetaan oikeaan aikaan, tuloksellisia menetelmiä käyttäen ja hyödyntäen kaikki saatavilla olevat resurssit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Potilaan näkökulmasta se määritellään vapaudeksi turhista tai potentiaalisista hoitoon liittyvistä haitoista. Potilasturvallisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan yleisesti käytäntöjä, joiden tavoitteena on hoidon turvallinen toteutuminen ja potilaan suojaaminen vahingoittumiselta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, World Health Organization 2010.)

Potilasturvallisuudesta puhuttaessa käytetään myös käsitteitä vaaratapahtuma, haittatapahtuma ja poikkeama. Vaaratapahtumalla tarkoitetaan mitä tahansa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Haittatapahtumalla tarkoitetaan niitä vaaratapahtumia, jotka aiheuttavat potilaalle haittaa. Poikkeama on mikä tahansa suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi aiheuttaa vaaratapahtuman. Poikkeaman kanssa käytetään usein rinnakkaisena sanaa virhe, mutta tämä on sisällöltään suppeampi, sillä poikkeama voi luonteeltaan olla myös suunniteltu ja potilaan edun mukainen. Poikkeamat sisältävät myös läheltä piti -tilanteet, jotka ovat vaaratapahtumia, jotka olisivat voineet aiheuttaa potilaalle haittaa. Näissä tilanteissa haitalta on kuitenkin välttytty sattumalta tai seuraukset on pystytty estämään. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007.)

On arvioitu, että potilaat saavat noin 50–55 prosenttia tarvitsemastaan hoidosta (Nolan ym. 2004, Riley 2009, Riley ym. 2010, Melnyk 2012) ja joka kymmenes potilas kohtaa hoitonsa aikana haittatapahtuman. Näistä haittatapahtumista jopa puolet olisi ehkäistävissä. (Baker ym. 2004, Forster ym. 2004, World Health Organization 2010, Dodds & Kodate 2011.) Todetuista vaaratapahtumista suuri osa liittyy lääkehoitoon (Kinnunen & Peltomaa 2009, Härkänen ym. 2013a, 2014) ja leikkaussaliympäristöön (Kinnunen & Peltomaa 2009). Suomessa joka neljäs potilas pitää todennäköisenä, että voi kohdata vaaratapahtuman hoitonsa aikana (Sahlström ym. 2012). Samalla potilaat myös näkevät hoidon turvallisuuden myönteisesti ja kokevat, että terveydenhuollon ammattilaiset tekevät parhaansa turvallisen hoidon toteuttamiseksi (Sahlström ym. 2014).

Ehkäistävässä olevat haittatapahtumat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia (Kohn ym. 2000, Milligan 2007, Järvelin ym. 2010, Dodds & Kodate 2011, Helovuo ym. 2011). Kustannuksia syntyy niitä seuraavista korjaavista hoitotoimenpiteistä, mutta yhteiskunta maksaa niistä myös esimerkiksi tuottavuuden laskun kautta, koulupoissaoloina ja väestön heikentyneenä terveytenä (Kohn ym. 2000, Järvelin ym. 2010). Suomessa haittatapahtumien arvioidaan aiheuttavan sairaalahoidon osalta noin 400 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset (Järvelin ym. 2010, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, Härkänen ym. 2013a). Lisäksi haittatapahtumat heikentävät luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan. Potilaat voivat kokea tyytymättömyyttä, ja sairaalahoidon pidentyminen voi johtaa niin fyysisiin kuin psyykkisiin haittoihin. Terveydenhuollon ammattilaisille haittatapahtumat voivat aiheuttaa turhautumista, kun he eivät voi toteuttaa parasta mahdollista hoitoa. (Kohn ym. 2000.) Potilasturvallisuuden kehittäminen onkin yksi keskeisistä haasteista terveydenhuollossa (European Commission DG Health and Consumer Protection 2005, Milligan 2007, World Health Organization 2010).

Potilasturvallisuuden systemaattinen kehittäminen alkoi 1990-luvulla ja sen kannalta merkittäviä ovat olleet Institute of Medicine (IOM) raportti *To Err Is Human: Building a Safer Health System* ja *Harvard Medical Practice Study*, jotka huomioivat vaaratapahtumien esiintyvyyden määrän terveydenhuollossa (Brennan ym. 1991, Kohn ym. 2000). Suomessa strategia potilasturvallisuuden edistämiseksi julkaistiin vuonna 2009. Siinä asetettiin tavoitteeksi potilasturvallisuuden ankkuroituminen terveydenhuollon toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Potilasturvallisuus huomioitiin kansallisissa linjauksissa jo tätä aiemmin. Potilasturvallisuus on huomioitu esimerkiksi mallissa terveydenhuollon hoitoyksiköiden riskien hallinnasta, ohjeessa fyysisen hoitoympäristön kokonaissuunnittelusta, yleisissä periaatteissa turvallisen lääke- ja verensiirtohoitoon toteuttamisesta sekä HaiPro-tutkimushankkeessa, jonka tavoitteena oli kehittää vaaratapahtumien raportointijärjestelmä terveydenhuoltoon. (Knuutila & Tamminen 2004, Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 2006, 2008.) Viimeisimpänä on julkaistu laatu- ja potilasturvallisuussuositus ensihoitoon ja päivystykseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Lainsäädännössä potilasturvallisuus on erityisesti huomioitu terveydenhuoltolain pykälässä *Laatu ja potilasturvallisuus* sekä asetuksessa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Potilasturvallisuuden kehittämisen ja tutkimuksen prioriteeteiksi on nostettu muun muassa potilasturvallisuuskulttuurin ja potilasturvallisuusjohtamisen kehittäminen, henkilöstön potilasturvallisuuskoulutuksen edistäminen ja tiedonkulun kehittäminen (European Commission DG Health and Consumer Protection 2005, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, World Health Organization 2009a, 2010). Potilasturvallisuustutkimus on kuitenkin vielä keskittynyt pitkälti lääkehoitoon (Kohn ym. 2000), haittatapahtumiin sekä niistä oppimiseen, ja kansallisesti tutkimusta on vielä vähän (Sahlström ym. 2012). Kansallisesti potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta on tehty esimerkiksi leikkauksiin liittyvistä infektioista (Huotari 2007, Jämsen 2009), virheistä oppimisesta (Kinnunen 2010),



iäkkäiden kaatumisiin liittyvistä tekijöistä (Salonoja 2011, Korhonen 2014) ja lääkehoitoon liittyvistä vaaratapahtumista (Härkänen 2014). Psykiatrian näkökulmasta tutkimus on keskittynyt pitkälti tilanteisiin, joista seuraa potilaalle fyysistä haittaa. Huomion kohteena on ollut lääkehoitoon sekä potilaan eristämiseen ja sitomiseen liittyvät tekijät. (Jefferies ym. 2012.)

Potilasturvallisuuden kehittäminen yksittäisiin teemoihin liittyen ei riitä. Terveydenhuolto kehittyy tehokkaammaksi, ja samalla terveydenhuollossa hoidetaan sairaampia potilaita (Clark 2009, World Health Organization 2010). Terveydenhuollon monimutkaistuminen tuo haasteita turvallisen hoidon toteuttamiseen (Riley 2009, Macchi ym. 2011), ja potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää ymmärtää, kuinka terveydenhuolto systeeminä toimii (Squires ym. 2010, Macchi ym. 2011, Pietikäinen ym. 2012, Eklöf ym. 2014). Potilasturvallisuus on tiukasti organisaation ja terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan sidottua (Rowland & Kitto 2014). Näiden tekijöiden eri osa-alueiden ymmärtäminen osana systeemiä on keskeistä. On myös tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat sitoutuneet työhönsä, sillä tämä vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun (Teng ym. 2009). Osana systeemiä myös potilaisiin liittyviin tekijöihin tulee kiinnittää huomiota. Potilaan fyysiset, vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät voivat esimerkiksi lisätä vaaratapahtumien riskiä. (Bartlett ym. 2008.) Kehittämisessä huomion tulee olla koko hoitoprosessissa ja siinä, kuinka sen aikana toteutetaan turvallista hoitoa (Riley 2009, Snellman 2009, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, World Health Organization 2009a, Helovuori ym. 2011).

Potilasturvallisuuden kehittämistä tukevat viralliset linjaukset, mutta myös terveydenhuollon ammattilaisten kautta voi löytyä käytäntöön hyvin soveltuvia ratkaisuja, jotka tukevat potilasturvallisuutta ja jotka hyväksytään paremmin osaksi työtä (Lawton ym. 2014). Kehittämisessä on tärkeää lähteä liikkeelle organisaatiotasolta, jolloin myös ryhmien väliset suhteet nousevat paremmin esille (Reiman ym. 2009). On hyvä huomioida johtajien rooli potilasturvallisuudessa ja se, kuinka heitä voidaan tukea (Jones 2008). Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa nämä tekijät on otettu huomioon toiminnan kehittämisessä, ja hyväksi todettuja metodeja suositellaankin hyödynnettävään potilasturvallisuuden kehittämistyössä (Kohn ym. 2000, Mrayyan & Huber 2003, Nolan ym. 2004, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa, kuten ilmailussa ja ydinvoimateollisuudessa, turvallisuuden ylläpitäminen on toiminnan keskeinen osa, johon systemaattisesti panostetaan (Kohn ym. 2000, Riley 2009, Ikkersheim & Berg 2011, Melnyk 2012). Näissä myös tehdään turvallisuuteen liittyvää tutkimusta kehittämisen tueksi (esimerkiksi O'Connor ym. 2011, Oster ym. 2013, Martinez-Córcoles ym. 2014). Terveydenhuollon organisaatioissa tulee pyrkiä samaan. Potilasturvallisuuden haasteena on, että vielä on olemassa vähän tietoa siitä, kuinka tämä terveydenhuollossa tapahtuu (Dixon & Shofer 2006).

Tutkimukseni sijoittuu terveystieteiden alueelle, joka on terveys-, hallinto- ja yhteiskuntatieteitä monitieteisesti soveltava tieteenala. Terveystieteiden paradigma on monimuotoinen, ja se mahdollistaa erilaiset teoreettiset ja metodologiset lähtökohdat tutkimukselle. (Vuori 2007.)

Tutkimuksessani tarkastelen psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköiden kehittämistä mikrotasolla. Erikoisalakohtaisten hoitotyön erityispiirteiden sijaan keskityn yksiköiden sisäisiin systeemeihin, joiden kautta potilasturvallinen hoito toteutuu. Yhdistän tutkimuksessani näkemyksen terveydenhuollon organisaatiosta turvallisuuskriittisenä organisaationa, joka muodostuu useista toisiinsa vaikuttavista systeemeistä, organisaation kehittämisen teoriaan. Koska systeeminäkökulmasta kaikki systeemit toimivat samojen lainalaisuuksien mukaan, tutkimukseni tuottaa tietoa siitä, kuinka terveydenhuollossa keskeistä potilasturvallisuutta voidaan yleisesti kehittää.

## **1.2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE**

Tutkimukseni tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää, mistä tekijöistä potilasturvallisuus muodostuu turvallisuuskriittisissä organisaatioissa ja miten sitä voidaan kehittää psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tavoitteenani oli luoda malli potilasturvallisuuden kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä.

Tutkimuksen tehtävänä on

1. kuvata ja ymmärtää, mitkä tekijät muodostavat potilasturvallisuuden psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä (artikkelit 1–3)
2. tunnistaa ja jäsentää, miten terveydenhuollon ammattilaisia toimintatutkimuksen avulla osallistamalla voidaan kehittää potilasturvallisuutta systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä (artikkeli 4 ja yhteenveto)
3. luoda systeemiajatteluun perustuen malli potilasturvallisuuden kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä (yhteenveto).

Tutkimukseni raportti koostuu yhteenveto-osasta ja neljästä artikkelista. Raportoin yhteenveto-osassa niin aiemmin julkaistuja tuloksia kuin aiemmin julkaisemattomia tuloksia tutkimuksestani.

# 2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

## 2.1 SYSTEEMINÄKÖKULMA TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATION TOIMINTAAN

Tutkimuksessani hyödynnän systeeminäkökulmaa potilasturvallisuuden tarkastelussa. Se auttaa tunnistamaan terveydenhuollon organisaation kehittämisessä huomioitavat, potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät. Tutkimuksen taustateorianaa toimii yleinen systeemiteoria (*General System Theory, GST*), joka huomioi systeemien monimutkaisuuden (Hanson 1995, Drack & Schwarz 2010, Bertalanffy 2013). Suomalaisessa potilasturvallisuuskeskustelussa systeemiteoriaan liittyvistä tekijöistä käytetään käsitettä systeeminäkökulma, jota käytän myös tutkimuksessani.

Yleisen systeemiteorian mukaan kaikki systeemit toimivat samojen lainalaisuuksien mukaisesti (Bertalanffy 2013). Sitä onkin hyödynnetty eri aloilla, kuten terveydenhuollossa, opetuksessa (Drack & Schwarz 2010), sosiaalityössä (Fitch 2004), sosiologiassa ja johtamistutkimuksessa (Schneider & Somers 2006, Corning 2014). Yleisen systeemiteorian pohjalta on myös syntynyt erilaisia lähestymistapoja, kuten kriittinen systeemijattelu, systeemidynamiikka (Drack & Schwarz 2010), systeemitekniikka (Corning 2014), dialektinen systeemiteoria (Zenko ym. 2013) ja perhesysteemiteoria (Connors & Caple 2005). Systeeminäkökulmassa huomioidaan ulkoisten tekijöiden ja systeemin osajärjestelmien väliset yhteydet (Reiman ym. 2008, Drack & Schwarz 2010, Norman 2013, Suter ym. 2013). Yhdessä ne muodostavat enemmän kuin osiensa summan (Hanson 1995, Schneider & Somers 2006, Meadows 2008, Reiman ym. 2008, O'Brien-Pallas ym. 2010, Bertalanffy 2013, Suter ym. 2013, Corning 2014).

Systeemi voi olla avoin tai suljettu. Suljettu systeemi toimii eristyksessä ympäristöstään, kun taas avoin systeemi on ympäristönsä kanssa jatkuvassa vuorovaikutuksessa. (Bertalanffy 2013.) Palautteen saanti edellyttää, että organisaatio on ainakin osittain avoin systeemi (Fitch 2004, Bertalanffy 2013). Tutkimuksessani näen terveydenhuollon organisaation avoimena systeeminä. Avoin systeemi saa panoksia (*input*) ympäristöstään (kuva 1) (Ashmos & Huber 1987, Connors & Caple 2005, Schneider & Somers 2006, Drack & Schwarz 2010, Bertalanffy 2013). Terveydenhuollossa panos voi olla esimerkiksi potilaaseen tai toimintajärjestelmään liittyvä tekijä (O'Brien-Pallas ym. 2010). Panos muutetaan systeemin prosesseissa tuotokseksi (*output*), joka välitetään takaisin ympäristöön (Ashmos & Huber 1987, Schneider & Somers 2006, O'Brien-Pallas ym. 2010, Bertalanffy 2013).

Terveydenhuollossa tuotos voi näyttäytyä esimerkiksi potilaan parantuneena tietona sairaudestaan (O'Brien-Pallas ym. 2010). Tuotokset johtavat edelleen palautteeseen, jonka avulla systeemi tunnistaa, kuinka ohjata toimintaansa (Hanson 1995). Tämä prosessi muodostaa jatkuvia syklejä, joiden kautta systeemi muodostuu uudelleen (Hanson 1995, Connors & Caple 2005, Schneider & Somers 2006, Meadows 2008).

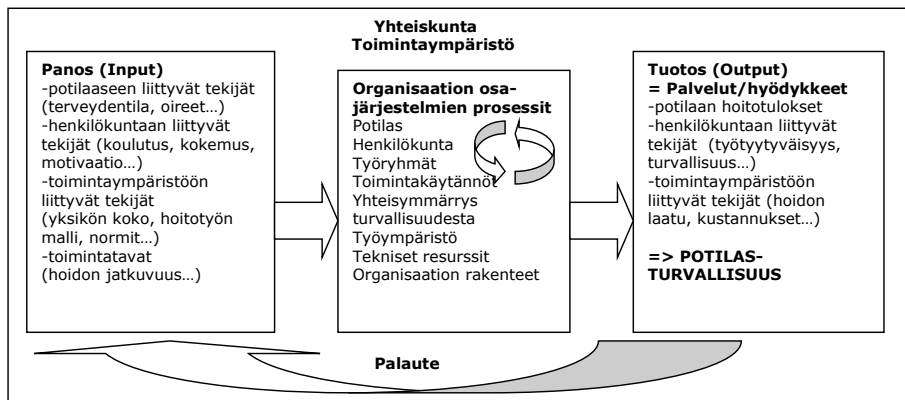
Tavoitteena systeemissä on vakaa tila (Schneider & Somers 2006, Meadows 2008, O'Brien-Pallas ym. 2010). Systeemi koordinoikin panosten vastaanottoa (Connors & Caple 2005, Fitch 2004) ja kehittää toimintaansa vakaan tilan saavuttamiseksi (Connors & Caple 2005, O'Brien-Pallas ym. 2010). Vakaan tilan turvaamiseksi osa systeemistä voi muodostua suljetummaksi. Tämä voi johtaa systeemissä päällekkäisiin toimintoihin ja koordinaation puutteeseen. (Fitch 2004.) Systeemin osien erikoistuminen myös heikentää niiden korvattavuutta, mutta niiden häiriöt voivat yhä vaikuttaa koko systeemiin (Bertalanffy 2013).

Systeeminäkökulmasta terveydenhuollon organisaatio muodostuu toistensa toimintaan vaikuttavista systeemeistä (Kohn ym. 2000, Pietikäinen ym. 2008, 2012, O'Brien-Pallas ym. 2010, Blanchet & James 2012, Reiman ym. 2012). Se on myös osa laajempaa systeemiä, eli yhteiskuntaa (Parsons 1956a), josta se on myös riippuvainen (Parsons 1956b). Samoin inhimilliset tekijät osana systeemiä vaikuttavat terveydenhuollon organisaation toimintaan (Reason 1995, 2004, 2009, Kohn ym. 2000, Wilson ym. 2005, Pasternack 2006, Kerfoot 2008, Silén-Lipponen 2008, Riley 2009, Carthey & Clarke 2010, Runciman ym. 2010, Helovuo ym. 2011, Macchi ym. 2011), sillä potilaan hoito tapahtuu systeemeissä työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten toimesta (Rivard ym. 2006). Systeemien rajat elävät, esimerkiksi eri organisaatioissa työskentelevien vuokralääkärien kautta (Pietikäinen ym. 2012). Organisaatiot voivat myös muodostaa palvelujärjestelmiä tai maantieteellisesti hajallaan olevien yksiköiden kokonaisuuksia (Blanchet & James 2012). Systeeminäkökulma yhdistää nämä eri tekijät potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttamiseen, jossa myös potilas on osa systeemiä (Fitch 2004, Sturmberg ym. 2014) ja jonka tavoitteena on edistää, palauttaa ja ylläpitää terveyttä (Blanchet & James 2012).

Systeeminäkökulmasta erikoistuminen tuo haasteita terveydenhuollon systeemiin. Terveydenhuollon organisaation tuleekin säädellä toimintaansa saamansa palautteen avulla (O'Brien-Pallas ym. 2010), sillä systeemin monimutkaistuminen lisää vaaratapahtumien todennäköisyyttä (Kohn ym. 2000). Potilasturvallisuudessa keskeistä on huomioida toiminnan kokonaisvaltaisuus (Hanson 1995, Connors & Caple 2005, Drack & Schwarz 2010, O'Brien-Pallas ym. 2010, Bertalanffy 2013, Zenko ym. 2013). On tärkeää saada esiin systeemin eri osien välinen vuorovaikutus, tekijät ja mekanismit, joiden kautta vaaratapahtumat syntyvät (Hanson 1995, Reason 1995, 1998, Hudson 2003, Fitch 2004, Connors & Caple 2005, Wilson ym. 2005, Clarke ym. 2007, Pietikäinen ym. 2008, Saleh ym. 2010, Helovuo ym. 2011, Cutter & Jordan 2013, Wahlström & Rollenhagen 2014).

Kun systeemin kaikki osat ja yhteydet tunnetaan, voidaan päätellä sen toimintaa (Hanson 1995, Bertalanffy 2013) ja suunnitella systeemi turvallisuutta yl-

läpittäväksi (Kohn ym. 2000). Tässä huomioidaan, että yhden osan muuttaminen muuttaa myös kokonaisuutta (Hanson 1995, Fitch 2004, Connors & Caple 2005, Oedewald & Reiman 2006, Meadows 2008, Pietikäinen ym. 2008, 2012, Bertalanffy 2013). Systeemin toimintaa haastavat tekijät voivat olla läsnä aina, tilannekohtaisesti tai ennakoimattomasti (Roberts & Bea 2001, Riley 2009), ja osa esiintyy vain yhdessä (Hanson 1995). Yksittäisille tapahtumille ei systeeminäkökulman kokonaisvaltaisuudesta johtuen ole löydettävissä yksittäistä syytä. Toimintaa tuleekin tarkastella pitkäjänteisesti. (Hanson 1995.) Kehittämisessä on tärkeää laajentaa systeemin sietokykyä, jolloin se kykenee sopeutumaan haasteisiin (Meadows 2008, Norris 2009, Macchi ym. 2011), ja huomioida toiminnan osa-alueet yksittäisten ongelmien korjaamisen sijaan (Reason 1995, 2004, Kohn ym. 2000, Firth-Cozens 2004). Organisaation kehittäminen yleisen systeemitheorian mukaisesti tukee kokonaisvaltaista näkemystä (Norman 2013, Valentinov 2014).



Kuva 1: Yksinkertaistettu malli systeemistä, jonka kautta potilasturvallisuus muodostuu terveydenhuollon organisaatiossa (mukailien Oedewald & Reiman 2006, Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym. 2008, O'Brien-Pallas ym. 2010).

## 2.2 TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIO TURVALLISUUSKRIITTISENÄ ORGANISAATIONA

Tutkimuksessani näen terveydenhuollon organisaation turvallisuuskriittisenä organisaationa. Turvallisuuskriittisiä organisaatioita käsiteltäessä ei näiden toimintaa aina tarkastella systeeminäkökulmasta. Tutkimuksessani näen kuitenkin systeeminäkökulman toiminnan kehittämisessä tärkeänä, ja se myös yhdistyy luontevasti turvallisuuskriittisen organisaation näkökulmaan, jossa turvallisuus muodostuu useiden toisiinsa vaikuttavien tekijöiden kautta.

Turvallisuuskriittisellä organisaatiolla (*high reliability organization*, HRO) tarkoitetaan organisaatiota, jossa turvallisuuden ylläpitäminen on keskeinen osa sen toimintaa (Roberts & Rousseau 1989, McFadden ym. 2009, Riley 2009, Ikkersheim

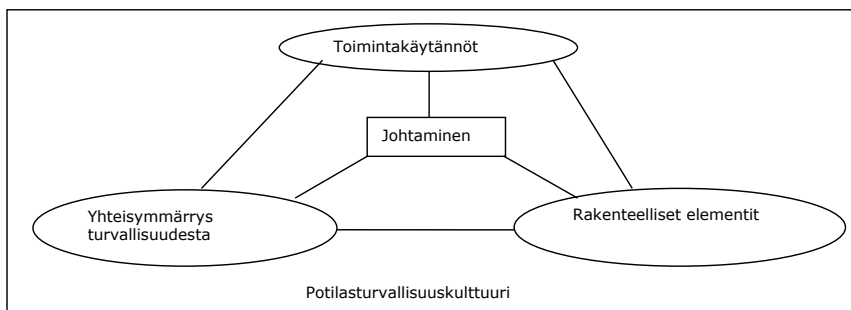
& Berg 2011, Melnyk 2012). Pienetkin poikkeamat organisaation toiminnassa voivat olla seurauksiltaan mittavat (Roberts 1990, La Porte & Consolini 1998, Roberts & Bea 2001, Oedewald & Reiman 2006, Casler 2014). Turvallisuuskriittisiä organisaatioita toimii esimerkiksi ilmailussa, energiateollisuudessa (Roberts 1990, Reason 1998, Oedewald & Reiman 2006, Reiman ym. 2008, Ikkersheim & Berg 2011, Goldenhar ym. 2013, Casler 2014), palontorjunnassa (Goldenhar ym. 2013) ja kansainvälisessä pankkitoiminnassa (Roberts 1990). Terveysthuollon organisaatiot voidaan myös nähdä turvallisuuskriittisinä organisaatioina (Knox ym. 1999, Kohn ym. 2000, Milligan 2007, Kinnunen ym. 2009, Reiman & Oedewald 2009), sillä potilasturvallisuuden varmistaminen vaatii niissä jatkuvaa panosta kaikilta toimijoilta (Tucker & Spear 2006, Ulrich & Kear 2014).

Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa toiminnot ovat tiiviisti toisiinsa sidottuja (Roberts 1990, Kohn ym. 2000, Roberts & Bea 2001, Riley 2009, Lekka 2011). Toimintojen hallinnassa auttaa systeemin tuntemus, mutta turvallisuuskriittisessä organisaatioissa myös ymmärretään, että kaikkien vaaratapahtumien ehkäiseminen on mahdotonta (Roberts & Bea 2001, Oedewald & Reiman 2006, Riley 2009, Lekka 2011). Silti ne toimivat pitkiä aikoja ilman vaaratapahtumia (La Porte & Consolini 1998, Roberts ym. 2005, Rivard ym. 2006, Riley 2009, Melnyk 2012, Ulrich & Kear 2014).

Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa ymmärretään inhimillisen toiminnan rajoitukset (Reason 2000, Roberts & Bea 2001), mutta myös sen joustavuus ja kyky mukautua erilaisiin tilanteisiin (Reason 2000, Oedewald & Reiman 2006, Helovuori 2009). Systeeminäkökulmasta tämä tukee organisaation joustavuuden parantamista. Turvallisuuskriittiset organisaatiot pystyvätkin poikkeaman tapahtuttua palaamaan nopeasti normaaliin toimintaan (Reason 2000, Lekka 2011, Macchi ym. 2011, Chassin & Loeb 2013, Casler 2014). Muista organisaatioista turvallisuuskriittinen organisaatio eroaa siinä, kuinka se hallitsee riskit (Wilson ym. 2005, Saleh ym. 2010). Se ei ole immuuni poikkeamille, mutta se osaa kääntää ajoittaiset poikkeamat toimintajärjestelmän kestävyuden vahvistamiseksi (Kohn ym. 2000, Reason 2000, Rivard ym. 2006). Olennaista sen toiminnassa on, että heikkoihinkin signaaleihin suhtaudutaan vakavasti (Oedewald & Reiman 2006, Chassin & Loeb 2013, Reiman ym. 2012).

Vaikka vaaratapahtumia tapahtuisi harvoin, voivat niiden seuraukset olla myös terveydenhuollossa vakavia (Roberts & Bea 2001, Kinnunen ym. 2009, Riley 2009). Terveysthuolto on kuitenkin vielä jäljessä muita turvallisuuskriittisiä aloja turvallisuuden varmistamisessa (Kohn ym. 2000, Aaltonen ym. 2008, Macrae 2008, Ikkersheim & Berg 2011, Macchi ym. 2011, Goldenhar ym. 2013). Omaleimaisista haasteista huolimatta terveydenhuolto voi ottaa potilasturvallisuuden kehittämisessä muilta oppia (Reason 1995, Hudson 2003, Nolan ym. 2004, Milligan 2007, Riley ym. 2010, Lekka 2011, Pietikäinen ym. 2012). Merkittävä haaste on kehittämisestä syntyvät kustannukset sekä ensisijaiset, mitattavissa olevat toiminnan tavoitteet ja tulokset, jotka voidaan kokea kilpailevina potilasturvallisuuden kanssa (Carroll & Rudolph 2006, Clarke 2008, Casler 2014, Wahlström & Rollenhagen 2014).

Organisaatiossa keskeisiä tekijöitä, joihin turvallisuus sisältyy, ovat organisaation rakenteelliset elementit, toimintakäytännöt ja yhteisymmärrys turvallisuudesta. Nämä kytkeytyvät yhteen johtamisen ja potilasturvallisuuskulttuurin kautta vaikuttaen myös toisiinsa (kuva 2). (Mukaillen Reiman ym. 2012.) Näen nämä tutkimuksessani organisaation sisäisen systeemin osina, jotka vaikuttavat toisiinsa. Potilasturvallisuudessa keskeistä on kiinnittää huomiota näiden kehittämiseen (Baker ym. 2004, Wilson ym. 2005, McFadden ym. 2009, Lekka 2011). Vaaratapahtumien mahdollisuus laskee, kun työn toteuttamisesta turvallisesti tehdään helppoa (Riley 2009, Kohn ym. 2000). Systeeminäkökulma auttaa nostamaan näiden elementtien vaikutuksen esiin toiminnan ja käytäntöjen kehittämisessä.



Kuva 2: Turvallisuuskriittisen organisaation elementit, joiden kautta potilasturvallisuus muodostuu terveydenhuollon organisaatiossa (mukaillen Reiman ym. 2012).

### 2.2.1 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation rakenteelliset elementit

Turvallisuuskriittisen organisaation rakenteisiin (*structures*) liittyvillä tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi erilaisia välineitä, informaatiokanavia, fyysistä työympäristöä sekä virallisia rooleja ja vastuita (Reiman ym. 2012). Organisaation rakenteet luovat toiminnan puitteet ja kuvan siitä, mihin organisaatiossa panostetaan (Reiman & Oedewald 2009).

Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa resurssien hallinta eli tarvittavat materiaalit, tilat (Reiman & Oedewald 2009, World Health Organization 2010, Kirwan ym. 2013, Eklöf ym. 2014), henkilökunnan määrä (Pietikäinen ym. 2008, Eklöf ym. 2014) ja välineiden saatavuus ovat keskeisiä turvallisuudelle (Tucker & Spear 2006). Työn kulkuun ja organisointiin kiinnitetään myös huomiota (Hughes & Clancy 2005, Pietikäinen ym. 2008). Terveysturvallisuudessa potilasturvallisuuden voivat vaikuttaa esimerkiksi pitkät välimatkat työyksiköiden välillä (Silén-Lipponen 2008). Systeeminäkökulmasta tilojen tulisi sallia keskittyminen kriittisten tehtävien suorittamiseen (Pietikäinen ym. 2008, Squires ym. 2010, Melnyk 2012, Fore ym. 2013), mutta esimerkiksi välimatkat luovat työn hallittavuuteen vaikuttavaa aikapainetta (Reiman & Oedewald 2009). Turvallisuuskriittisessä or-

ganisaatiossa aikapaine on osa toimintaa. Monet tehtävät toteutetaan tarkkaan määriteltynä ajankohtina sykleissä tai samanaikaisesti. (Roberts & Rousseau 1989.) Terveydenhuollossa tehtäviä kuitenkin jää tekemättä aikapaineen vuoksi (Aiken ym. 2013, Eklöf ym. 2014).

Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa työtä tuetaan ohjeilla. Ne antavat toiminnalle suuntaviivat ja tukevat inhimillistä toimintaa (Reason 1995, Oedewald & Reiman 2006, Milligan 2007, Pietikäinen ym. 2008, Helovuo 2009, Härkänen ym. 2013a) vähentämällä työprosessien vaihtelevuutta ja parantamalla toiminnan luotettavuutta (Riley 2009, Ikkersheim & Berg 2011). Ne myös helpottavat henkilökunnan siirtymistä työyksiköstä toiseen (Eklöf ym. 2014). Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa ohjeet nähdään havaittujen vaarojen mukaan muutettavissa olevina (Pietikäinen ym. 2008). Ne voidaan luoda myös tilannekohtaisesti sovellettaviksi (Oedewald & Reiman 2006, Reiman ym. 2010, Casler 2014). Ohjeita luodaan myös eri tarkoituksiin: päätöksentekoon (tavoitteet, toimintatavat, toimenpiteet), konkreettisiin toimenpiteisiin tai esimerkiksi vaadittua systeemin tilaa määrittäviin. Samalla myös kehitetään työympäristöä niin, että se tarjoaa suoraan oikean toimintamallin ja ohjeiden tarve vähenee. (Oedewald & Reiman 2006.) Terveydenhuollosta ei aina löydy selkeitä tai ajantasaisia ohjeita (Berland ym. 2012). Niiden laatimiseen asettaa haasteita potilaiden yksilöllisyys, jolloin kaiken kattavia ohjeita on vaikea kehittää (Katz-Navon ym. 2005). Toiminnan yhdenmukaistamisen kannalta on kuitenkin tärkeää panostaa näyttöön perustuviin ohjeisiin (Kohn ym. 2000, Melnyk 2012, Eklöf ym. 2014). Työtä tukevat ohjeet myös heijastuvat henkilökunnan kokemukseen hyvästä potilasturvallisuuskulttuurista (Katz-Navon ym. 2005).

Viralliset roolit ja vastuut on turvallisuuskriittisessä organisaatiossa selkeästi kuvattu (Roberts & Rousseau 1989, Oedewald & Reiman 2006, Pietikäinen ym. 2008, 2012, Helovuo 2009, Helovuo ym. 2011). Tämä mahdollistaa yksittäisten tehtävien toteuttamisen ilman erillistä sopimista (Helovuo 2009). Eri ammattiryhmien osaamista arvostetaan, mikä näkyy päätöksenteon joustavuutena vaaratilanteissa. Näissä asiasta eniten tietävä toimii päätöksentekijänä riippumatta hänen ammattiasemastaan. (La Porte & Consolini 1998, Reason 2000, Roberts ym. 2005, Pietikäinen ym. 2008, 2012, Goldenhar ym. 2013, Chassin & Loeb 2013, Casler 2014.) Terveydenhuollossa joustavuuden haasteena ovat ammatilliset hierarkiat ja niiden vaikutus toimintaan (Pronovost ym. 2006). Tehtävien jako ei myöskään aina ole selkeää. Hoitohenkilökunta esimerkiksi toteuttaa usein muille ammattiryhmille kuuluvia tehtäviä rutiininomaisesti (Tucker & Spear 2006).

Organisaation rakenteiden kautta varmistetaan myös tiedonkulku (Roberts & Rousseau 1989, Roberts 1990, Lekka 2011, Norri-Sederholm 2015). Kun terveydenhuollossa potilaan hoitovastuu hajautuu eri systeemeihin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, Eklöf ym. 2014), yhtenäisten tietojärjestelmien ja tiedonvälityskanavien puute tuo haasteita (Dixon & Shofer 2006, World Health Organization 2009b, Arvola ym. 2012, Schiff ym. 2015). Vaaratapahtumien riski lisääntyy, kun tietojärjestelmät eivät mahdollista potilastietojen automaattista siirtoa järjestelmien välillä (Norris 2009, Arvola ym. 2012, Schiff ym. 2015). Terveydenhuollon



ammattilaisten voi olla vaikea hahmottaa, miten hoitoa on toteutettu (Reiman & Oedewald 2009), ja kokonaiskuva potilaan tilanteesta voi olla puutteellinen (Calleja ym. 2011, Eklöf ym. 2014). Hoidon jatkuvuus vaarantuu, kun terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole pääsyä kaikkeen potilaan hoidossa tarvittavan tietoon (Kohn ym. 2000, Aaltonen ym. 2008, Silén-Lipponen 2008, Paans ym. 2010, Braaf ym. 2011, Baker ym. 2004, Calleja ym. 2011, Clarke ym. 2012, Sarrechia ym. 2013, Segal ym. 2013, Eklöf ym. 2014).

Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa vaaratapahtumien raportointijärjestelmät ovat tärkeitä turvallisuuden hallinnassa (Brosnan 2008, Lekka 2011, Swensen ym. 2013), sillä vaaratapahtumien esiintyvyys kertoo systeemin toimivuudesta (Reason 1998, Kohn ym. 2000, Cutter & Jordan 2013, Kirwan ym. 2013). Järjestelmät auttavat keräämään tietoa vaaratapahtumista (Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym. 2008, Kinnunen 2009, Cutter & Jordan 2013, Härkänen ym. 2013b, Kirwan ym. 2013), ja keskeistä niissä on käyttäjäystävällisyys (Cutter & Jordan 2013, Qin ym. 2015, Zaheer ym. 2015). Terveydenhuoltoon on kehitetty sisäiseen raportointiin järjestelmiä, joiden tavoitteena on saada vaaratapahtumat esille kattavasti ja hyödynnettäviksi potilasturvallisuuden kehittämisessä (Kohn ym. 2000, Keistinen ym. 2008, Kinnunen 2009, Dodds & Kodate 2011). Suomessa on viranomaisten ylläpitämiä, usein säädettyyn raportointivelvollisuuteen perustuvia rekistereitä vaaratilanteista ja haittavaikutuksista (Knuutila ym. 2007). Käytössä on esimerkiksi valtakunnallinen hoitoilmoitusjärjestelmä (HILMO) haittavaikutusten kirjaamiseen (Aaltonen ym. 2008) ja HaiPro, vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä turvallisuutta vaarantavien tilanteiden ilmoittamiseen ja käsittelyyn. HaiPro perustuu nimettömään raportointiin ja systeeminäkökulmaan vaaratapahtumien synnyssä. Ilmoitukset auttavat tunnistamaan vaaratapahtumien syntymekanismia ja antavat tietoa suojausten luomiseen. (Knuutila ym. 2007, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Terveydenhuoltoon on myös luotu takautuva potilasasiakirja-analyysi *Global Trigger Tool* (GTT), jossa käydään läpi sovittu määrä satunnaisia potilasasiakirjoja käyttämällä vaaratapahtumien etsimiseen määritellyjä kriteereitä (Griffin & Resar 2009). Global Trigger Toolin avulla on mahdollista löytää vaaratapahtumia, joita ei välttämättä ole muiden raportointijärjestelmien kautta raportoitu (Naessens ym. 2010, Classen ym. 2011, Doupi 2013, Härkänen ym. 2014). Se mahdollistaa kehitettävien alueiden tunnistamisen ja pitkäjäsenarvioinnin potilasturvallisuuden kehittämisessä (Doupi & Peltomaa 2013).

Myös henkilökunnan osaamisen varmistamiseen panostetaan turvallisuuskriittisessä organisaatiossa (Roberts & Rousseau 1989, Roberts ym. 2005, Kerfoot 2006, Oedewald & Reiman 2006, Pietikäinen ym. 2008, Saleh ym. 2010, Casler 2014). Koulutuksella tuetaan henkilökuntaa toimimaan erilaisten työryhmien jäsenenä (Wilson ym. 2005, Riley 2009, Lekka 2011), yhtenäistetään toimintaa ja luodaan siitä ennustettavampaa (Oedewald & Reiman 2006, Reiman ym. 2008) sekä yhtenäistetään vuorovaikutuksen (Knox ym. 1999, Roberts & Bea 2001, McFadden ym. 2009) ja hätätilanteiden toimintakäytäntöjä (Knox ym. 1999, Reason 2000). Näin henkilökunta voi siirtyä joustavasti yksikköön, jossa sitä tarvitaan, vaarantamatta potilasturvallisuutta (Roberts & Bea 2001, Hudson 2003, Kerfoot 2006).

Vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmän tuottaman tiedon hyödyntäminen vahvistaa henkilökunnan kykyä improvisoida, huomioida mahdolliset poikkeamat toiminnassa ja ymmärtää, kuinka näihin tulisi reagoida (Roberts 1990, Roberts & Bea 2001, Carroll & Rudolph 2006, Lekka 2011). Terveysthuollossa täydennyskoulutusta ohjataan lainsäädännöllä ja täydennyskoulutussuosituksella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 2004). Potilasturvallisuuden kannalta haasteena osaamisen ylläpitämisessä on kuitenkin esimerkiksi hoitomenetelmien jatkuva kehitys (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011, Eklöf ym. 2014). Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa osaamisen varmistaminen nähdäänkin ajattelun jatkuvana kehittymisenä, ei vain virallisina koulutuksina (Oedewald & Reiman 2006).

### **2.2.2 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation toimintakäytännöt**

Turvallisuuskriittisen organisaation toimintakäytännöt (*practices*) pitävät sisällään organisaation turvallisuutta ylläpitävät toimintatavat (Reiman ym. 2012). Vuorovaikutus on keskeinen osa toimintakäytäntöjä (Roberts 1990, Reason 1995, Roberts & Bea 2001, Helovuori 2009, Cameron ym. 2010, Paans ym. 2010, Reiman ym. 2010, Jefferies ym. 2011, Melnyk 2012, Chassin & Loeb 2013, Cornell ym. 2014, Eklöf ym. 2014, Norri-Sederholm 2015). Se sisältyy lähes kaikkiin potilasturvallisuutta edistäviin käytäntöihin (Helovuori ym. 2011). Systeminäkökulmasta sen merkitys on olennainen potilaiden saadessa hoitoa terveydenhuollon eri yksiköissä (Miller ym. 2009, Nagpal ym. 2012, Eklöf ym. 2014). Potilasturvallisuutta tukeva vuorovaikutus on kunnioitettavaa (Knox ym. 1999, Manser 2009, Riley 2009) ja säännöllistä sekä välittää yhteistä tavoitetta (Manser 2009). Tärkeää siinä on henkilökunnan varmuus ja viestinnän selkeys (Garon 2012). Terveysthuollossa vuorovaikutuksen määrän voi sanoa olevan suoraan suhteessa potilasturvallisuuteen (Manser 2009, Helovuori ym. 2011).

Vuorovaikutuskäytäntöihin vaikuttavat yksiköiden toimintatavat (Carroll & Rudolph 2006, Jefferies ym. 2011) ja ammattiryhmäkohtaiset erot (Reader ym. 2007, Mills ym. 2008, Jefferies ym. 2011, Aiken ym. 2013, Schein 2013, Turner ym. 2013, Cornell ym. 2014). Vuorovaikutuskäytännöt alkavat muokkautua ammattikoulutuksen aikana. Hoitohenkilökunta koulutetaan kertomaan potilaan tilanteesta laajasti ja kuvailen, ja lääkäreille opetetaan tiivis ja pääkohdittain tapahtuva raportointi. (Leonard ym. 2004, Makary ym. 2006.) Organisaatioiden hierarkiat ja sosiaaliset tekijät muokkaavat vuorovaikutuskäytäntöjä ja niiden avoimuutta edelleen (Reader ym. 2007, Curtis & Tzannes 2011, Garon 2012, Chassin & Loeb 2013, Cornell ym. 2014).

Terveysthuollossa vuorovaikutuksessa on havaittu potilasturvallisuutta uhkaavia ongelmia (Pasternack 2006, Mills ym. 2008, Street ym. 2011, Berland ym. 2012, Garon 2012, Aiken ym. 2013, Chassin & Loeb 2013, Eklöf ym. 2014, Schiff ym. 2015). Potilaiden siirtotilanteissa vuorovaikutuksen on esimerkiksi todettu olevan herkkä poikkeamille (Pietikäinen ym. 2008, Bump ym. 2011, Calleja ym. 2011, Manser & Foster 2011, Street ym. 2011, Nagpal ym. 2012). Vuorovaikutuksella on olennainen merkitys myös tilannetietoisuuden synnyssä (Roberts & Bea 2001,

Wilson ym. 2005, Kerfoot 2006, Helovuoto 2009, Manser 2009, Lekka 2011, Singh ym. 2012, Norri-Sederholm 2015). Tilannetietoisuudella tarkoitetaan tehtävän kohteen kokonaisvaltaista ymmärtämistä. Se on keskeistä turvallisen hoidon toteuttamisessa. (Wilson ym. 2005, Miller ym. 2009, Fore & Sculli 2013, Goldenhar ym. 2013, Norri-Sederholm 2015.) Tilannetietoisuus luo pohjan, joka mahdollistaa inhimillisten resurssien käytön ja optimaalisen kliinisen päätöksenteon (Fore & Sculli 2013, Norri-Sederholm 2015). Se myös edistää henkilökunnan osaamisen kehittymistä (Roberts & Rousseau 1989, Knox ym. 1999, Lekka 2011).

Vuorovaikutuksella on keskeinen rooli myös yhteistyössä, jonka kautta turvallisuus ja systeemin toimivuus luodaan (Kohn ym. 2000, Clark 2009, Miller ym. 2009, Riley ym. 2010, Calleja ym. 2011, Hoppu ym. 2014, Keebler ym. 2014). Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa kriittisimmät toiminnot usein toteuttaa useampi henkilö, esimerkiksi kaksoistarkastukset ja päällekkäiset toiminnot ovat tavallisia (Saleh ym. 2010). Yhteistyössä tärkeää on selkeä toiminnan koordinointi (Clark 2009, Manser 2009, Calleja ym. 2011, Melnyk 2012, Pietikäinen ym. 2012), yhteinen päämäärä (Bower ym. 2003, Riley 2009) ja avoimuus (Bower ym. 2003, Wilson ym. 2005, World Health Organization 2009b, Reid & Bromiley 2012). Kun henkilökunta kokee, että sen näkemyksiä arvostetaan ja päätöksiin luotetaan, on yhteistyö tehokkaampaa (Keebler ym. 2014, Vaismoradi ym. 2014). Systeeminäkökulmasta terveydenhuollon eri toimijoiden välinen yhteistyö tukee yhteiseen tavoitteeseen pääsyä (Curtis & Tzannes 2011, Eloranta & Kuusela 2011, Reid & Bromiley 2012). Suuri osa työstä toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä (Reason 1995, Firth-Cozens 2004, Milligan 2007, Manser 2009, World Health Organization 2009b), mutta se ei kuitenkaan ole terveydenhuollossa itsestään selvää. Eri ammattiryhmät tarkastelevat toimintaa usein omista näkökulmistaan, mikä vaikuttaa yhteistyöhön. (Makary ym. 2006, Silén-Lipponen 2008, Manser 2009, Miller ym. 2009, Aiken ym. 2013, Chassin & Loeb 2013, Turner ym. 2013.)

Ongelmat yhteistyössä ovat merkittävä tekijä vaaratapahtumien synnyn taustalla (Bower ym. 2003, Makary ym. 2006, Mills ym. 2008, Silén-Lipponen 2008, Hoppu ym. 2014, Keebler ym. 2014). Yhteistyö on taito, jota tulee harjoitella (Clark 2009). Yhdessä oppiminen vähentää myös ammattiaseman merkitystä (Schein 2013). Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa ammattiasema ei vaikuta muun henkilökunnan kannustamiseen ja tukemiseen (Wilson ym. 2005, Oedewald & Reiman 2006). Ammatillinen autonomia on hylätty, ja ammatillaiset ovat keskenään tasaveroisia (Macchi ym. 2011). Terveydenhuollon ammatillaiset ovat kuitenkin harvoin saaneet koulutusta yhteistyöhön (Miller ym. 2009, Norris 2009). Yhteistyötaitoja voidaan myös pitää itsestäänselvyysnä, jolloin niiden kehittämiseen ei kiinnitetä huomiota (Leonard ym. 2004). Terveydenhuollossa haasteena on myös, että organisaatiot ovat historiallisesti byrokraattisia. Tämä vaikeuttaa yhteistyötä, ja terveydenhuollossa löytyy vielä paljon yksikkökohtaisia käytäntöjä. (Kerfoot 2006.) Yhteistyötä on pyritty helpottamaan esimerkiksi luomalla hoitopolkuja, jotka selkeyttävät toimijoiden rooleja (Sarrechia ym. 2013, Segal ym. 2013). Systeeminäkökulmasta nämä tukevat potilasturvallisuutta. Yhteistyön sijaan terveydenhuollossa kuitenkin annetaan suuri merkitys yksittäisen tervey-

denhuollon ammattilaisen osaamiselle (Reason 2004, Rivard ym. 2006, Silén-Lipponen 2008, Reiman ym. 2009, Riley ym. 2010), ja toimintakäytännöt tukevat ajatusta yksin selviytymisestä (Carroll & Rudolph 2006).

Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa toimintakäytäntönä on ennakoita ja kehittää toimintaa tunnistamalla ja arvioimalla mahdolliset riskit sekä näitä ehkäisevät toimenpiteet (Roberts 1990, Brennan ym. 1991, La Porte & Consolini 1998, Roberts ym. 2005, Reiman & Oedewald 2009, Pietikäinen ym. 2012, Chassin & Loeb 2013, Goldenhar ym. 2013). Kehittämistä tehdään myös, kun vaaratapahtumia ei ole tapahtunut pitkään aikaan (Chassin & Loeb 2013). Paikallisella vaaratapahtumien käsittelyllä mahdollistetaan tilanteiden reflektointi ja sitä kautta kehittäminen (Kinnunen 2010, Eklöf ym. 2014). Ilmoitusten hyödyntämisen käytännöt myös vaikuttavat ilmoitusaktiivisuuteen (Keistinen ym. 2008, Macrae 2008, Kinnunen ym. 2009, Kinnunen 2010, Qin ym. 2015). Ilmoitusaktiivisuutta tukee palautteen saaminen (Pasternack 2006, Kinnunen 2010, Cutter & Jordan 2013), systeeminäkökulman ymmärtäminen (Kinnunen 2010, Kirwan ym. 2013), kouluttaminen (Kinnunen 2010, Cutter & Jordan 2013, Kirwan ym. 2013), johtaminen ja potilasturvallisuuskulttuuri (Qin ym. 2015). Terveysthuollossa ilmoituksia jää vielä tekemättä esimerkiksi kiireen vuoksi (Koivunen ym. 2007, Kinnunen 2010, Cutter & Jordan 2013, Eklöf ym. 2014) sekä syyllistämisen ja rangaistuksen pelossa (Pasternack 2006, Milligan 2007, Kinnunen 2010, Wang ym. 2014, Qin ym. 2015).

Toiminnan ennakoimattomuus asettaa haasteita kehittämiselle ja ennakkoinnille terveydenhuollossa (Reason 2004, Carroll & Rudolph 2006, Macchi ym. 2011). Ennakoimattomuus syntyy toimintaympäristön muutosten (Reiman & Oedewald 2009, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011) ja potilaiden yksilöllisyyden kautta (Potter ym. 2005, Tucker & Spear 2006, Reiman ym. 2010, Macchi ym. 2011). Terveysthuollon ammattilaiset saavat uutta tietoa hoitamistaan potilaista kesken hoidon, ja ilmenneet ongelmat tulee ratkaista reaaliaikaisesti (Tucker & Spear 2006). Vaaratapahtumiin reagointi onkin terveydenhuollossa usein vielä reaktiivista, kun potilas on jo kohdannut haittatapahtuman (Chassin & Loeb 2013). Toistuvien prosessien toimivuutta ei aina systemaattisesti arvioida potilasturvallisuuden kannalta (Riley ym. 2010), mikä systeeminäkökulmasta tarkasteltuna tukisi terveydenhuollossa tärkeää ennakoivaa potilasturvallisuuden kehittämistä (Melnik 2012).

### **2.2.3 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation yhteisymmärrys turvallisuudesta**

Yhteisymmärryksellä (*understanding*) turvallisuudesta tarkoitetaan henkilökunnan jaettua turvallisuusajattelua, joka on yhteydessä osaamiseen, työhön ja sen riskeihin (Reiman ym. 2012). Realistista kuvaa turvallisuuden riskeistä on haastavaa luoda erilaisten työtehtävien takia (Carroll & Rudolph 2006, Oedewald & Reiman 2006, Reiman ym. 2010). Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa muutoksia kuitenkin oletetaan tapahtuvan (Knox ym. 1999, Reason 2000, Hudson 2003, Oedewald & Reiman 2006) ja keskeistä on tietoisuus turvallisuuteen vaikuttavista

ta tekijöistä (Melnyk 2012). Lähtökohtana on, että kaikille voi tapahtua poikkeamia (Reason 2004, Lekka 2011, Melnyk 2012, Fore & Sculli 2013).

Yhteisymmärryksen ylläpitämiseen panostetaan turvallisuuskriittisessä organisaatiossa (Reason 2000, Riley 2009). Henkilökunnan on tärkeää ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on ja mitä vaaroja heidän työhönsä liittyy (Pietikäinen ym. 2008, 2012, Reiman ym. 2008). Systeeminäkökulmasta yhteisymmärrys toimintojen vaikutuksista potilasturvallisuuteen auttaa henkilökuntaa kiinnittämään huomiota työprosessien keskeisten ongelmien ratkaisemiseen ja ylläpitämään tilannetietoisuutta, jolloin potentiaaliset vaaratapahtumat havaitaan ajoissa (Ikkersheim & Berg 2011). Se vaikuttaa myös työpanokseen (Reiman & Oedewald 2009).

Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa on yhteisymmärrys siitä, että turvallisuus on toiminnan perusta ja jokaisen työntekijän vastuulla oleva asia (Roberts & Bea 2001, Reiman ym. 2008, Riley 2009, Saleh ym. 2010, Ikkersheim & Berg 2011). Epävarmuuden nähdään liittyvän toiminnan kohteeseen, ei yksilöön, jolloin yhteistyö ja neuvojen kysyminen niitä tarvittaessa korostuvat (Oedewald & Reiman 2006, Reiman ym. 2008). Henkilökunnan avoin keskustelu ymmärretään tärkeäksi (Squires ym. 2010, Curtis & Tzannes 2011, Garon 2012, Nagpal ym. 2012), ja eri toimijat kuuntelevat toisiaan ja arvostavat eri näkemyksiä. Yhteinen ymmärrys ei kuitenkaan tarkoita yksimielisyyttä. (Pietikäinen ym. 2012.) Vuorovaikutuksen kautta potilasturvallisuutta hallitaan yhteisymmärryksessä pitkällä aikavälillä, ja toimintaan liittyviä vaaroja ei pyritä liikaa yksinkertaistamaan (Pietikäinen ym. 2008).

Potilasturvallisuuden ymmärretäänkin muodostuvan systeemin osien vuorovaikutuksessa (Reiman ym. 2008), ja sen nähdään muodostuvan useasta eri tekijästä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Henkilökunta näkee, että toimintaa tarkastellaan monesta eri näkökulmasta, jotta vaaratilanteet voidaan tunnistaa (Chassin & Loeb 2013). Kun henkilökunnalla on yhteisymmärrys turvallisuudesta, hyödyntää se turvallisuuden ylläpitämisessä kaikkea hallussaan olevaa tietoa. Vaaratapahtumailmoitusten merkitys ymmärretään, ja kriittisissä tilanteissa esimerkiksi tärkeimmät toimintatavat nousevat esiin vähentäen haittatapahtumia. (Katz-Navon ym. 2005.) Henkilökunta kykenee myös toimimaan tehokkaasti yllättävissä tilanteissa, ja esimerkiksi tiedonkulun ongelmat vähenevät (Ikkersheim & Berg 2011).

Terveydenhuollossa on vielä haasteita yhteisymmärryksessä potilasturvallisuudesta toiminnan perustana. Potilasturvallisuutta heikentäviä ja koordinoimattomia järjestelmiä usein siedetään, vaikka niiden vaarat tunnistetaan (Chassin & Loeb 2013). Terveydenhuollossa tavallinen aikapaine voi normalisoitua ja potilasturvallisuutta uhkaavat olosuhteet, kuten suuret potilasmäärät ja henkilökunnan suuri vastuu suhteessa kokemukseen tai osaamiseen, muuttuvat yhteisesti hyväksytyiksi. Potilaiden hoitamisen sijaan voi näkökulmaksi muodostua heidän eteenpäin saamisensa mahdollisimman nopeasti, ja yhteisymmärrys potilaiden oikeasta hoitopaikasta voi kehittyä puutteelliseksi. (Eklöf ym. 2014.)

## 2.2.4 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation johtaminen

Terveydenhuollossa johtajina toimii eri ammattiryhmien edustajia organisaation eri tasoilla, niin lähijohtajina kuin esimerkiksi ylimmässä johdossa. Potilasturvallisuus on nostettu terveydenhuollon organisaatioiden strategiseksi tavoitteeksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009), ja johtajien toiminta vaikuttaa koko organisaation potilasturvallisuuteen (Kerfoot 2006, Reader ym. 2007, Jones 2008, Schein 2010, Kanste 2011, Turunen ym. 2013, Wong ym. 2013, Eklöf ym. 2014, McFadden ym. 2015). Sen kautta näyttyy, kuinka johtajat suhtautuvat potilasturvallisuuden varmistamiseen (Katz-Navon ym. 2005, Oedewald & Reiman 2006, Clarke 2008, Kinnunen 2010, Melnyk 2012, Swensen ym. 2013, Auer ym. 2014, Zaheer ym. 2015), kuinka avoimesti poikkeamia lähestytään, voiko riskialttiita päätöksiä ja toimintatapoja kyseenalaistaa ja kuinka toimintaa pyritään parantamaan (Oedewald & Reiman 2006, World Health Organization 2009b). Potilasturvallisuudessa kokonaisvaltainen johtaminen on tärkeää (Oedewald & Reiman 2006, McFadden ym. 2015). Sitä johtajat eivät voi delegoida eteenpäin (Kohn ym. 2000, Botwinick ym. 2006, Clarke 2008), ja heidän tulee kyetä ottamaan siinä selkeä johtajan rooli (Manser 2009, Pietikäinen ym. 2012). Kun henkilökunta kokee, että johtajat ovat sitoutuneita, lisääntyy myös heidän potilasturvallisuuden tähtäävä toimintansa (Katz-Navon ym. 2005, Shipton ym. 2008, Reiman ym. 2010, Agnew & Flin 2014).

Johtajien rooliin kuuluu luoda kulttuuri, joka mahdollistaa potilasturvallisuutta tukevan ilmapiirin (Botwinick ym. 2006, Kerfoot 2008, Carthey & Clarke 2010, Kanste 2011, Schein 2013). Johtajat myös tarvitsevat sitä johtaakseen (Schein 2010). On tärkeää nähdä potilasturvallisuus avoimesti ja laajempaan kuin yksittäisiin työntekijöihin liittyvänä asiana (Carthey & Clarke 2010, Ikkersheim & Berg 2011, Swensen ym. 2013), kyseenalaistaa perinteisiä oletuksia toiminnassa (World Health Organization 2009b, Swensen ym. 2013) sekä tukea henkilökuntaa ja luottaa heidän osaamiseensa (Roberts ym. 2005, Williamson 2005). Keskeistä on, että johtajat systemaattisesti osoittavat olevansa kiinnostuneita potilasturvallisuudesta (Schein 2010). Ristiriitaiset viestit johtajien taholta eivät kannusta henkilökuntaa potilasturvallisuuden kehittämiseen (Pietikäinen ym. 2008). Samaan aikaan voidaan potilasturvallisuutta arvostaa, mutta palkita henkilökuntaa nopeuden ja tuottavuuden mukaan. Syntynyt potilasturvallisuuskulttuuri voi rohkaista tai lannistaa uusien toimintatapojen käyttöönottoa. (Katz-Navon ym. 2005.) Johtajien osoittama arvostus tehdystä työstä on hyvä tapa palkita henkilökuntaa. Tämä edellyttää myös kohtaamista työyhteisön arjessa. (Ruuska 2013.)

Turvallisuuskriittisen organisaation johtajat näkevät potilasturvallisuuden yhteisenä tahtotilana ja ovat sitoutuneita sen ylläpitämiseen (Kohn ym. 2000, Knuutila & Tamminen 2004, O'Brien-Pallas ym. 2010, Reiman ym. 2010, Helovuo ym. 2011, Lekka 2011, Chassin & Loeb 2013, Agnew & Flin 2014, Eklöf ym. 2014, Ulrich & Kear 2014). Johtajat ottavatkin kaikki toimijat mukaan potilasturvallisuuden kehittämiseen (Kerfoot 2006, 2008, Lekka 2011, Eneh ym. 2012, Pietikäinen ym. 2012, Swensen ym. 2013, Ulrich & Kear 2014). Johtajien haasteena ovat kilpailevat tavoitteet ja erilaiset näkemykset potilasturvallisuuden prioriteeteista

(Reiman ym. 2008, Pietikäinen ym. 2012, Chassin & Loeb 2013). Johtajat yhdistävätkin potilasturvallisuuden kehittämisen muuhun kehittämiseen (Clarke 2008), jolloin myös systeemin eri alueet tulevat huomioiduiksi. Johtajat myös varmistavat, että yhteiset toiminnan tavoitteet ovat selkeät ja kaikkien tiedossa (Callahan & Ruchlin 2003, Oedewald & Reiman 2006, Kerfoot 2008, Helovuola ym. 2011, Eneh ym. 2012, Casler 2014, Ulrich & Kear 2014). Johtajat myös tukevat moniammatillista toimintaa (Eloranta & Kuusela 2011, Pietikäinen ym. 2012, Vaismoradi ym. 2014).

Johtajat ovat jatkuvassa yhteistyössä henkilökunnan kanssa ja jakavat tietoa potilasturvallisuuden tilasta (Carthey & Clarke 2010, Squires ym. 2010, Melnyk 2012, Pietikäinen ym. 2012, Kangasniemi ym. 2013, Kirwan ym. 2013, Swensen ym. 2013, Ulrich & Kear 2014). Johtajat osoittavat myös halua kuunnella ja sitä kautta voimaannuttavat henkilökuntaa avoimeen keskusteluun (Callahan & Ruchlin 2003, Pronovost ym. 2006, Carthey & Clarke 2010, Lekka 2011, Berland ym. 2012, Garon 2012, Cutter & Jordan 2013, Schein 2013, McFadden ym. 2015). Henkilökunta voi nähdä potilasturvallisuuteen liittyvät asiat eri tavoin kuin johtajat (Turunen ym. 2013), ja yhteistyön kautta johtajat saavat tietää, mitä organisaation eri tasoilla tapahtuu (Hudson 2003). Systeeminäkökulmasta tämä tukee johtamista, jossa toiminnan eri tekijät tulevat huomioiduiksi. Yhteistyö myös kannustaa henkilökuntaa tuomaan vaaratapahtumia esiin ja luo oppimista edistävää ilmapiiriä (Kinnunen ym. 2009). Tämä mahdollistaa myös potilasturvallisuuden kannalta tärkeän palautteen antamisen (Reiman ym. 2008, Eneh ym. 2012, Turunen ym. 2013, Agnew & Flin 2014, Vaismoradi ym. 2014). Konkreettisesti johtajat voivat toteuttaa esimerkiksi turvallisuuskävelyjä (Botwinick ym. 2006, Kerfoot 2006, Clarke 2008, Carthey & Clarke 2010, Helovuola ym. 2011, Auer ym. 2014, Sexton ym. 2014), joiden on todettu vaikuttavan myönteisesti potilasturvallisuuteen parantamalla vuorovaikutusta ja kehittämällä niin johtajien kuin henkilökunnankin potilasturvallisuusosaamista (Sexton ym. 2014).

Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa toimintaa kuvaamaan on luotu malli, jota johtajat hyödyntävät ennakkoidessaan muutoksia (Reiman ym. 2012, Navarro 2015). He hyödyntävät johtamisen tukena myös erilaisia mittareita, kuten potilasturvallisuuskulttuurin arviointia ja vaaratapahtumailmoituksia (Clarke 2008, Carthey & Clarke 2010, Helovuola ym. 2011, Swensen ym. 2013, Auer ym. 2014, Ulrich & Kear 2014). Näiden avulla johtajat tunnistavat potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä systeemissä (Botwinick ym. 2006, Rivard ym. 2006, Clarke 2008, Carthey & Clarke 2010).

Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa johtajat huolehtivat, että työn rakenteet tukevat turvallisuutta (Roberts ym. 2005, Oedewald & Reiman 2006, Reiman ym. 2010, Riley ym. 2010, Lekka 2011, Swensen ym. 2013, Wong ym. 2013, Vaismoradi ym. 2014, McFadden ym. 2015). He vaikuttavat toiminnallaan esimerkiksi työvuorojen pituuteen ja ylitöiden määrään sekä huomioivat muut henkilökunnan tarpeet, jotka voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen (Eklöf ym. 2014). Johtajat myös tukevat avainprosessien suunnittelua niin, että ne edistävät systeemin toimivuutta (Melnyk 2012, Pietikäinen ym. 2012). Prosessit muodostetaan sel-

keiksi ja läpinäkyviksi, jolloin myös inhimilliset erehdykset ja tahalliset virheet erottuvat toisistaan (Chassin & Loeb 2013). Johtajat tukevat henkilökunnan osaamisen kehittymistä ja uusien ideoiden syntymistä (Carthey & Clarke 2010, Auer ym. 2014, Eklöf ym. 2014) esimerkiksi varmistamalla moniammatillisten, potilasturvallisuutta tukevien koulutusten järjestämisen (Teng ym. 2009, Helovuo ym. 2011, Melnyk 2012, Turunen ym. 2013, Goldsack ym. 2015). Johtajat kouluttautuvat myös itse ja kehittävät omaa osaamistaan (Williamson 2005, Turunen ym. 2013).

### **2.2.5 Turvallisuuskriittisen terveydenhuollon organisaation potilasturvallisuuskulttuuri**

Potilasturvallisuuskustelussa käytetään kulttuuriin liittyvistä tekijöistä käsitteitä organisaatiokulttuuri, turvallisuuskulttuuri ja turvallisuusilmapiiri. Tutkimuksessani käytän näistä yhteisesti käsitettä potilasturvallisuuskulttuuri. Potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan organisaation ja sen henkilökunnan jaettuja toimintatapoja, ymmärrystä turvallisuuteen liittyvistä tekijöistä ja sitä, kuinka turvallisuutta arvostetaan (Schein 1996, 2010, Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym. 2008, Riley ym. 2010, Helovuo ym. 2011, Kangasniemi ym. 2013, Eklöf ym. 2014, Morrow ym. 2014, Ulrich & Kear 2014, McFadden ym. 2015).

Potilasturvallisuuskulttuuri voidaan nähdä asiana, joka organisaatiolla on (esimerkiksi rakenteet, käytännöt, turvallisuusohjeet), tai jonakin, mitä organisaatio on (esimerkiksi uskomukset, asenteet, arvot) (Reason 1998, Schein 2010). Potilasturvallisuuskulttuuri on yksi vahvimista ja vakaimista tekijöistä, joka vaikuttaa potilasturvallisuuteen (Schein 1996, 2010, 2013, Pronovost ym. 2006, Shipton ym. 2008, Auer ym. 2014, Morrow ym. 2014, Wang ym. 2014, McFadden ym. 2015). Se luo turvallisen työnteon edellytykset, kun sen kautta turvallisuus ymmärretään kokonaisvaltaisesti organisaation systemiseksi ominaisuudeksi (Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym. 2008, Kinnunen ym. 2009, Schein 2010).

Potilasturvallisuuskulttuuri ei synny valmiina (Reason 1998, Kerfoot 2008, Pietikäinen ym. 2008), vaan se on sosiaalisesti muuttuva ja muokkautuva tila (Oedewald & Reiman 2006, Macrae 2008, Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym. 2008, 2009, Schein 2010, Eklöf ym. 2014, McFadden ym. 2015). Se muodostuu vähitellen paikallisten olosuhteiden, aiempien tapahtumien, johtamisen ja henkilökunnan näkemysten kautta (Reason 1998, 2013, Mrayyan & Huber 2003, Schein 2010, Melnyk 2012, Eklöf ym. 2014). Potilasturvallisuuskulttuurin kannalta on tärkeää tukea henkilökunnan tietoisuutta organisaation perustehtävästä ja heidän roolistaan sen täyttämässä (Roberts & Bea 2001, Reiman ym. 2008, Schein 2010). Ihanteellinen potilasturvallisuuskulttuuri vie organisaation toimintaa suuntaan, jossa turvallisuutta ei pidetä itsestäänselvyyttenä. Potilasturvallisuus on tällöin dynaaminen ei-tapahtuma (non-event). (Reason 1998, 2013.)

Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa ilmapiiri on avoin ja luottamuksellinen (Callahan & Ruchlin 2003, Schein 2013). Henkilökuntaa kannustetaan kertomaan avoimesti huolistaan, jotta turvallisuutta voidaan kehittää (Reason 1998, 2000, Kohn ym. 2000, Firth-Cozens 2004, Clarke ym. 2007, McFadden ym. 2009, 2015, Carthey & Clarke 2010, Kirwan ym. 2013, Zaheer ym. 2015). Erilaisista vaa-



ratilanteista keskustellaan, ei vain erityisen vakavista (Carthey & Clarke 2010). Toiminnassa painottuu kunnioitus, yhteisymmärryksen luominen ja kokemuk-  
sista oppiminen (Carroll & Rudolph 2006). Kulttuuri vaikuttaa myös inhimilli-  
seen toimintaan (Reason 1995).

Potilasturvallisuuskulttuuriin vaikuttavat merkittävästi eri ammattiryhmien  
sisäiset kulttuurit (Reiman ym. 2008, Schein 2010, 2013, Eklöf ym. 2014, Rowland  
& Kitto 2014). Ne alkavat syntyä ammattikoulutuksen aikana ja voivat ohjata eri-  
laisiin näkemyksiin työn luonteesta (Eklöf ym. 2014). Ammattiryhmien erilaisesta  
sisäisestä kulttuurista johtuen myös potilasturvallisuuden tavoitteet voidaan  
ymmärtää eri tavoin (Rowland & Kitto 2014). Monet eri ammattiryhmien välisistä  
ongelmista ovat juuri kulttuurista lähteviä (Curtis & Tzannes 2011). Saman orga-  
nisaation sisällä myös eri yksiköillä voi olla erilainen potilasturvallisuuskulttuuri  
(Katz-Navon ym. 2005, Schein 2010, 2013). Terveydenhuollossa on usein myös ryh-  
mäajattelua, joka ylläpitää työryhmän harmoniaa mutta voi johtaa vaaratapahtu-  
miin (Brosnan 2008, Reiman ym. 2008, Price ym. 2014), kun esimerkiksi päätök-  
sentekotilanteessa toimitaan tiukasti oman roolin mukaisesti (Helovuo ym. 2011).  
Kulttuuri voi näin toimia potilasturvallisuutta estävänä tekijänä (Reiman ym.  
2008, Nagpal ym. 2012, Fore & Sculli 2013). Toisaalta systeeminäkökulmasta eri-  
laisia näkemyksiä voidaan myös hyödyntää täydentämään toisiaan ja nostamaan  
esiin erilaisia potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä (Reiman ym. 2008).

Keskeinen tekijä potilasturvallisuuskulttuurin kannalta on syylistämättö-  
myys (Hudson 2003, Kerfoot 2008, McFadden ym. 2009, Riley ym. 2010, Lekka  
2011, Eklöf ym. 2014, Wang ym. 2014). Systeeminäkökulmasta syylistäminen ei  
sovi terveydenhuollon toiminnan tarkasteluun, sillä vaaratapahtumille ei sys-  
teeminäkökulmasta voi löytää yksittäistä syytä (Hanson 1995). Lähtökohtana on  
myös näkemys, että inhimillisistä tekijöistä johtuvista poikkeamista rankaisu ei  
lisää turvallisuutta (Mrayyan & Huber 2003, Riley ym. 2010, Berland ym. 2012  
Gerven ym. 2014). Vaaratapahtumatilanteissa mukana ollutta henkilökuntaa  
myös tuetaan ja tilanteet käsitellään yhdessä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
2011, Gerven ym. 2014). Samalla potilasturvallisuuskulttuuri kuitenkin myös  
määrittelee, millaista toimintaa organisaatiossa ei hyväksytä (Reason 1998, 2000,  
Hudson 2003, Firth-Cozens 2004, Clarke ym. 2007, Carthey & Clarke 2010, Riley  
ym. 2010, Schein 2010, Kangasniemi ym. 2013).

Terveydenhuollon potilasturvallisuuskulttuurin haasteena systeeminä-  
kökulmasta on, että toimintatavat, jotka yksikkötasolla koetaan epäkäytän-  
nöllisiksi voivat muuttua niin, että ne eivät ole enää optimaalisia koko organi-  
saation turvallisuuden kannalta (Pietikäinen ym. 2008, Reiman & Oedewald  
2009, Helovuo ym. 2011). Potilasturvallisuuskulttuurille asettaa haasteita myös  
jatkuva toiminta sietokyvyn ylärajoilla, mikä voi tuoda terveydenhuollon am-  
matillisille tunteen, että riskejä on pakko ottaa (Knox ym. 1999, Reiman ym.  
2009, Ruuhilehto 2009, Helovuo ym. 2011). Toistuvat ongelmat toiminnassa voi-  
daan alkaa myös nähdä osana normaalia arkea ja niihin ei kiinnitetä enää eri-  
tyistä huomiota, jolloin ne normalisoituvat (Pietikäinen ym. 2008, Reiman ym.  
2008, 2010, Reiman & Oedewald 2009, Helovuo ym. 2011, Chassin & Loeb 2013).

Potilasturvallisuuskulttuuri voi alkaa sallia ohjeiden noudattamatta jättämisen (Reason 1998) ja oikopolkujen hyödyntämisen työtehtävissä (Reason 1998, Eklöf ym. 2014). Potilasturvallisuuskulttuurin haasteena ovat myös yksilölliset työtavat. Riskejä ei myöskään aina huomata monimutkaisessa terveydenhuollon systeemissä. (Reiman ym. 2009, Helovuo ym. 2011, Eklöf ym. 2014.)

## **2.3 POTILASTURVALLISUUS SYSTEEMINÄKÖKULMASTA TURVALLISUUSKRIITTISESSÄ TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOSSA**

Systeminäkökulma on terveydenhuollon organisaatioissa tuore lähestymistapa potilasturvallisuuteen. Vaaratapahtumia pyritään usein ehkäisemään keskittymällä havaittuihin ongelmatilanteisiin (Reason 1995, Macchi ym. 2011), ja niiden nähdään syntyvän yksilön puutteellisen toiminnan seurauksena (Reason 2000). Vaaratapahtumissa on kuitenkin vain harvoin kyse terveydenhuollon ammattilaisen varomattomuudesta tai välinpitämättömyydestä (Reason 1995, 2004, Carthey & Clarke 2010). Yliuottamus omaan osaamiseen altistaa poikkeamille (Milligan 2007, Reason 2009), mutta vain noin viisi prosenttia vaaratapahtumista johtuu terveydenhuollon ammattilaisten osaamattomuudesta (Riley 2009). Turvallisuuskriittisesti toimivissa organisaatioissa huomio onkin kiinnitetty systeeminäkökulmaan vaaratapahtumien ehkäisyssä (Reason 1995, 2013, Kohn ym. 2000, Mrayyan & Huber 2003, Kerfoot 2006, Pasternack 2006, Clarke ym. 2007, Milligan 2007, Helovuo 2009, Riley 2009, Lekka 2011, Casler 2014). Tämä auttaa myös ymmärtämään inhimillisen toiminnan rajallisuuden erilaisten organisatoristen tekijöiden vaikutuksessa (Reason 1995, Wilson ym. 2005, Milligan 2007).

Terveydenhuolto nojaa vahvasti inhimilliseen toimintaan (Reason 1995, Hughes & Clancy 2005), ja noin 70 prosentissa vaaratapahtumista on löydettyvissä jokin inhimillinen tekijä, joka on vaikuttanut sen syntyyn (Kohn ym. 2000, Helovuo 2009, McFadden ym. 2009, Reason 2013). Toisaalta onnistunut toiminta syntyy samojen prosessien kautta kuin poikkeamatkin (Reason 2009) ja terveydenhuollon ammattilaiset kykenevät ehkäisemään omalla toiminnallaan merkittävän määrän vaaratapahtumia (Hughes & Clancy 2005, Brosnan 2008). Suuri osa hoidosta toteutuukin turvallisesti (Lawton ym. 2014). Terveydenhuollossa potilasturvallisuudelle asettaa kuitenkin haasteita työn luonne, joka pakottaa henkilökunnan muuttamaan toimintaansa toistuvasti (Hughes & Clancy 2005, Potter ym. 2005, Tucker & Spear 2006, O'Brien-Pallas ym. 2010, Cornell ym. 2014, Vaismoradi ym. 2014). Samanaikaisesti tulee myös kyetä seuraamaan muuta henkilökuntaa ja suorittamaan aikaan sidottuja tehtäviä, kuten lääkehoito ja vitaalielintoimintojen tarkkailu (Tucker & Spear 2006). On esimerkiksi todettu, että sairaanhoitajan huomion kohde muuttuu 6–7 minuutin välein ja keskeytyksiä on keskimäärin seitsemän prosenttia työajasta (Potter ym. 2005). Vuorovaikutustilanteista on todettu keskeytyvän 30 prosenttia (Curtis & Tzannes 2011). Kahdeksan tunnin työpäivästä voi kulua yli 40 minuuttia ennakoimattomien tekijöiden ratkaisemiseen ja 10–

25 prosenttia toisen terveydenhuollon ammattilaisen etsimiseen (Tucker & Spear 2006). Keskeytykset voivat johtaa toimintojen sekoittumiseen (Reason 2009, Ruuhilehto 2009). Vaaratapahtuman on todettu syntyvän usein noin 30 minuuttia potilaan äkillisen tarpeen muutoksen tai työtehtävän keskeytyksen jälkeen, riippumatta työntekijän kokemuksesta (Hughes & Clancy 2005). Poikkeamia toiminnassa syntyy usein osaaville ammattilaisille (Pasternack 2006, Reason 2000, 2013), sillä ihmiselle on luonteenomaista toimia aiemman kokemuksen mukaisesti, vaikka tilanne vaatisi toisenlaista lähestymistä (Reason 1995, 2009, 2013, Brosnan 2008, Ruuhilehto 2009, Carthey & Clarke 2010). Tehtävien uudelleen priorisointi, viiveet, tehtävien päällekkäisyys ja esimerkiksi työtehtävien kasautuminen lisäävät inhimillisen poikkeaman mahdollisuutta (Tucker & Spear 2006).

Terveydenhuollossa myös erilaiset kognitiiviset paineet kuten ympäristötekijät (esimerkiksi melu ja suuri työmäärä), tehtäviin liittyvät tekijät (esimerkiksi keskeytykset ja hoitotoimet) ja väsymys (Reason 1995, Milligan 2007, Manser 2009, World Health Organization 2009b, Fore & Sculli 2013, Härkänen ym. 2013a) voivat vaikuttaa vuorovaikutukseen (Manser & Foster 2011, Reason 2013, Eklöf ym. 2014), muistiin, kärsivällisyyteen, huolellisuuteen, keskittymiseen, ajattelun joustavuuteen (Reason 2013, Eklöf ym. 2014), havainnointikykyyn, päätöksentekokykyyn (World Health Organization 2009b) ja tilannetietoisuuden ylläpitoon (Singh ym. 2012, Fore & Sculli 2013). Kaikki toiminta vaatii ajattelua (Reason 2009, 2013), ja ajattelu on altis poikkeamille. Siksi ihmisen toiminta ei tule aina toteutumaan suunnitellusti (Reason 2000, 2009, Kinnunen ym. 2009, Riley 2009, Helovuo ym. 2011, Cutter & Jordan 2013). Ihmisen toiminnalle luonteenomaista on myös, että hän ei kykene tekemään useita asioita yhtä aikaa (Kohn ym. 2000, Brosnan 2008, Reason 2009, Helovuo ym. 2011, Cornell ym. 2014). Ihminen kykenee esimerkiksi pitämään aktiivisesti mielessään noin viidestä kahdeksaan asiaa (Reason 2009, Carthey & Clarke 2010, Helovuo ym. 2011). Asiaa tulee aktiivisesti ajatella, jotta se ei korvaudu muulla (Reason 2009). Nämä tekijät vaikuttavat myös rutiinitehtävien yhteydessä (Tucker & Spear 2006, Ruuhilehto 2009).

Systeeminäkökulmasta potilasturvallisuuden vaaratapahtumat voivat syntyä aktiivisesti tai piilevästi (latentisti). Aktiiviset poikkeamat näyttäytyvät usein heti, lähellä potilasta ja ovat helposti havaittavia. (Reason 1995, 2004, 2013, Kohn ym. 2000, Riley 2009.) Ne syntyvät usein erilaisten prosessien seurauksena (Kohn ym. 2000) terveydenhuollon ammattilaisen toiminnan kautta. Aktiivinen poikkeama voi olla luonteeltaan esimerkiksi lipsahdus, erehdys, virhe tai rikkomus. Näillä on harvoin pitkäaikaisia vaikutuksia systeemissä. (Reason 2000, 2009.)

Lipsahduksessa (*slip, lapse*) terveydenhuollon ammattilaiselta jää tekemättä jotakin tai hän toteuttaa tehtävän toisin kuin oli tarkoitus (Reason 2009, 2013, Helovuo ym. 2011). Toiminnot voivat sekoittua, ne voidaan tehdä kahteen kertaan tai vahva aiempi rutiini voi syrjäyttää aiotun toiminnan (Helovuo ym. 2011). Erehdyksessä (*mistake*) havaittuun ongelmaan on olemassa ratkaisu, esimerkiksi koulutuksen tai kokemuksen kautta, mutta tätä ei hyödynnetä tilanteessa tehokkaasti. Erehdys voi syntyä myös, kun tehtävään ei ole riittävää rutiinia. (Reason 1995, 2009.) Erehdysten taustalla on usein vuorovaikutuksesta johtuvia väärinkä-

sityksiä tai tiedon puutetta (Reason 1995, 2009, Helovuo 2009). Erehdyksiä on hankalampi huomata kuin lipsahduksia. Ne voivat jäädä havaitsematta pitkiksiin ajoiksi. (Reason 2009, 2013.)

Vaaratapahtuma voi syntyä myös virheen (*error*) kautta, jolloin toiminta ei johda tavoiteltuun tulokseen (Reason 1995, 2009, Helovuo ym. 2011). Toiminnan tavoite voi olla oikea, mutta toiminta ei tapahdu suunnitellusti, tai toiminta toteutuu suunnitellusti, mutta sen tavoite ei ole oikea (Reason 1995, 2009). Rikkomuksesta (*violation*) on kyse, kun terveydenhuollon ammattilainen jättää työvaiheita toteuttamatta tai ei noudata olemassa olevaa ohjetta kokiessaan esimerkiksi, ettei se sovellu kyseessä olevaan tilanteeseen. Rikkomusten taustalta löytyy usein motivaatio-ongelmia, heikkoa toiminnan valvontaa ja puutteellista palkitsemista. (Reason 1995, 2013.) Ihmiselle on luonteenomaista valita helpoin tapa toteuttaa toiminta, ja joskus myös tilanne voi pakottaa toimimaan toisin kuin ohjeet ohjaavat (Reason 2009, 2013).

Piilevän poikkeaman syntyyn vaikuttavat organisatoriset tekijät ja päätökset, jotka käynnistävät poikkeaman synnyn. Ne voivat näyttäytyä vasta vuosienkin päästä. (Reason 1995, 2000, 2004, Kohn ym. 2000, Riley 2009.) Piileviä olosuhdetekijöitä syntyy, kun päätösten kaikkia vaikutuksia toimintaan ei voi ennakoita (Reason 2004, Macchi ym. 2011). Systeeminäkökulmasta päätöksenteko on haasteellista. Usein joudutaan tekemään kompromisseja, joiden seuraukset eivät ole ennakoitavissa. (Reason 1995, 2009.) Kaikilla päätöksillä on mahdollisuus luoda olosuhteita, jotka edesauttavat poikkeamien synnyssä (Reason 2000, Carthey & Clarke 2010, Helovuo ym. 2011). Myös kulttuuri voi pitää sisällään piileviä tekijöitä, joiden esiintymisestä ei ole ennakolta tietoa (Schein 2010, Reason 2013). Piileviä tekijöitä on vaikea havaita paikallisella tasolla, ja niiden ehkäiseminen paikallisesti on vaikeaa (Kohn ym. 2000, Carroll & Rudolph 2006). Piilevät tekijät ovatkin potilasturvallisuudelle aktiivisia poikkeamia suurempi uhka (Kohn ym. 2000, Reason 2009).

Systeeminäkökulmasta organisaatiotason tekijät, jotka voivat johtaa vaaratapahtumiin, ovat universaaleja (läsnä aina tietyn toiminnan yhteydessä), paikallisia (tehtävään tai työympäristöön liittyviä, jotka yhdessä inhimillisten tekijöiden kanssa ohjaavat toimimaan niin, että syntyy poikkeama) tai toimintaa ohjaavia (motivaatiotekijöitä, jotka johtavat virheelliseen toimintaan) (Reason 1998). Näitä ovat esimerkiksi henkilökunnan osaaminen, koulutus ja vaihtuvuus sekä organisaation käytännöt (Hughes & Clancy 2005).

Vaaratapahtumat voivat olla myös yksittäisiä tai organisaatiotasoisia. Yksittäisessä vaaratapahtumassa terveydenhuollon ammattilainen tai työryhmä on vaaratapahtuman aikaansaajana ja uhrina. Seuraus voi olla vakava, mutta rajattu. Organisaatiotason vaaratapahtumat tapahtuvat systeemissä useiden tekijöiden vaikutuksesta ja koskettavat useita henkilöitä organisaation eri tasoilla. Organisaatiotason vaaratapahtumat ovat harvinaisempia kuin yksittäiset. Ne voivat aiheutua pitkällä aikavälillä syntyneiden pienien, huomaamattomien poikkeamien seurauksena. Vaaratapahtumille altistavat tekijät myös vaihtelevat, erityisesti aktiivisiin poikkeamiin johtavat. (Reason 1998, 2013.)

Systeminäkökulmasta molempien syntymekanismi on erilainen (Reason 2013). Jokaisella tehtävällä on lisäksi omanlaisensa riskimahdollisuus (Reason 1995). Systeminäkökulmasta nämä kaikki osa-alueet tulee huomioida terveydenhuollon organisaation potilasturvallisuudessa.

## **2.4 TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATION POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMINEN**

### **2.4.1 Organisaation kehittäminen**

Turvallisuuskriittisen organisaation toiminnassa keskeistä on jatkuva toiminnan kehittäminen turvallisemmaksi. Systeminäkökulmasta kehittämisen tulee olla myös systemaattista ja huomioida eri tekijöiden vaikutus toisiinsa. Organisaation kehittämisen teoria tarjoaa näistä näkökulmista arvioituna hyvän mallin terveydenhuollon organisaation potilasturvallisuuden kehittämiseen.

Organisaation kehittämisessä (*Organization Development, OD*) tavoitteena on saada aikaan muutoksia organisaation toiminnassa kehittämällä henkilökunnan toimintaa esimerkiksi erilaisten käyttäytymistieteellisten teorioiden, strategioiden ja tekniikoiden avulla (Weick & Quinn 1999, DuBrow ym. 2001, Beckhard 2006). Tavoitteena on muun muassa vahva yhteistyö, jossa ongelmiin etsitään aktiivisesti ratkaisua (Beckhard 2006) ja joka tukee systeminäkökulman huomiointia kehittämisessä. Organisaation kehittämisessä on löydettävissä erilaisia lähestymistapoja ja metodeja. Keskeistä on yhdistää demokraattisten ja inhimillisten arvojen edistäminen, johtamisen kehittäminen sekä yksilöllisen kehittymisen prosessit organisaation kehittämiseen. (Juuti 2001, Nistelrooij & Sminia 2010, Burnes & Cooke 2012.)

Klassinen organisaation kehittäminen pohjaa Kurt Lewinin periaatteisiin, joissa sosiaalisen ongelman ratkaisussa keskeistä oli suunniteltu muutos ja osallistumisen korostaminen (Burnes & Cooke 2012). Ilmiöiden selittäminen ei ollut Lewinille riittävää, vaan niitä piti pyrkiä myös kehittämään. Kehittämisen kautta on mahdollista ymmärtää organisaation toimintajärjestelmää, joka muodostuu tekijöistä, jotka eivät perinteisessä tutkimuksessa nouse esiin. (Coghlan & Shani 2014.)

Lewinin vuodelta 1939 peräisin olevien ajatusten kautta organisaation kehittämiseen muodostuivat T-ryhmät, toimintatutkimuksen ja osallistavan johtamisen lähestymistavat. Ensimmäiset T-ryhmät rakentuivat Lewinin ryhmäteorian pohjalle. Niiden tavoitteena oli ihmisten välisten taitojen kehittäminen, minkä avulla muutosta pystyttäisiin saamaan aikaan. (Burnes & Cooke 2012.) Oppiminen tapahtui vuorovaikutuksen ja ryhmädynamiikan kehittymisen kautta (Ahokas 2001, Burke 2006, Burnes & Cooke 2012). T-ryhmistä muodostui vähitellen terapiaryhmätyyppejä, ja niiden tavoitteena oli henkilökohtainen kasvu ja kehittyminen. 1960-luvun lopulla T-ryhmien käyttö väheni. Toimintatutkimuksen ja osallistavan johtamisen elementit alkoivat dominoida organisaation kehittämistä. Toimintatutkimuksessa lähtökohtana on, että jokaisen organisaation yksilöl-

lisyys tulee huomioida muutosta tavoiteltaessa. Muutoksen tulee tapahtua ryhmätasolla ja olla osallistavaa. Yhteisen oppimisen ja dialogin avulla muodostuu yhteinen ymmärrys. (Burnes & Cooke 2012.) Oppiminen tapahtuu suunnittelun, toiminnan ja tulosten arvioinnin kautta (Burnes 2004). Toimintatutkimukseen organisaation kehittämisen menetelmänä palaan luvussa 3. Osallistavan johtamisen menetelmällä vastaavasti pyrittiin parempaan päätöksentekoon, ryhmän yhteistyön lisäämiseen ja sitoutumiseen sekä muutoksen vastustuksen vähentämiseen (Burnes & Cooke 2012).

1970- ja 1980-luvuilla organisaation kehittämisen näkökulma laajeni. Huomio siirtyi pienryhmäinterventioista koko organisaation kattaviin lähestymistapoihin ja oppimiseen. (Burnes 2004, Burnes & Cooke 2012.) Esille nousi ajatus, että muutosta tulee seurata eri tasoilla ja eri aikoina, sillä se kulkee läpi eri toimintojen eikä sillä ole selkeää alkua tai loppua (Burnes 2004). 1990- ja 2000-luvuilla Lewinin näkemykset organisaation kehittämisestä nousivat jälleen esille. Organisaation kehittämisen lähtökohtia on myös hyödynnetty henkilöstövoimavarojen johtamisessa (*Human Resource Management, HRM*) ja henkilöstövoimavarojen kehittämisessä (*Human Resource Development, HRD*). (Burnes & Cooke 2012.)

Kuten systeeminäkökulmassakin, keskeistä organisaation kehittämisessä on toiminnan kokonaisvaltaisuus ja eri tekijöiden vaikutus toisiinsa (Connors & Caple 2005, Burke 2006). Organisaation kehittäminen kattaakin koko systeemin (Beckhard 2006). Organisaation kehittämisessä muutokseen tulee pyrkiä ryhmätasolla (Burnes 2004, Burke 2006). Huomion tulee kohdistua muun muassa ryhmän vuorovaikutukseen ja sosialisaatioprosessiin, jotta muutosta saadaan aikaan (Schein 1993, Burnes 2004, Burke 2006, Nistelrooij & Sminia 2010). Muutoksen aikaansaamiseksi ryhmä tulee osallistaa prosessiin ja sitouttaa toiminnan muuttamiseen (Ahokas 2001, DuBrow ym. 2001, Burnes 2004, Coghlan & Shani 2014). Yhdessä työskentelevät ihmiset muodostavat sosiaalisen todellisuuden, jonka näkökulmaa voidaan muuttaa, kun riittävä määrä ryhmästä näkee tämän heijastavan heidän todellisuuttaan. Muutos edellyttääkin ymmärrystä siitä, millä tavoilla voidaan luoda uutta tapaa nähdä todellisuus. Muutos tapahtuu, kun uusi tapa ajatella syrjäyttää vanhan. (Nistelrooij & Sminia 2010.) Kehittäminen tulee aloittaa yhteisen näkemyksen ja luottamuksen synnyttämisestä (Schein 1993). Johdon tulee olla myös sitoutunut kehittämiseen. Kehittämisen on tärkeää olla pitkäjänteistä ja toiminnallista sekä yhteydessä organisaation tavoitteeseen. (DuBrow ym. 2001, Beckhard 2006.) Organisaation kehittämisen menetelmä soveltuu moniammatilliseen työympäristöön (Suter ym. 2013).

Organisaation kehittäminen tapahtuu eri vaiheiden kautta (DuBrow ym. 2001, Juuti 2001). Lewinin luomassa mallissa on kolme muutoksen vaihetta: vanhojen rakenteiden sulattaminen, muuttaminen ja uudelleen jäädytys (Burrington 1987, Weick & Quinn 1999, Ahokas 2001, Burnes 2004, Schein 2010, Suter ym. 2013). Ensimmäiseksi vanhat toiminnan rakenteet sulatetaan, jotta niistä voidaan poisottaa ja pystytään omaksumaan uusi tapa toimia (Burnes 2004, Schein 2010). Tärkeää on motivaation luominen, valmistautuminen muutokseen (Schein 2010, Suter ym. 2013) ja kehittämistarpeen tunnistaminen (DuBrow ym. 2001, Schein

2006). Vanhoista toimintatavoista, vaikka ne olisivat toimimattomia, on vaikea luopua, ja on tärkeää, että uudet toimintatavat koetaan mahdollisina saavuttava (Schein 2010).

Tämän jälkeen kehittäjä voi työskennellä yhdessä osallistujien kanssa tunnistamaan tekijöitä, jotka vaikuttavat kehittämistarpeeseen, ja pyrkiä saamaan aikaan sitoutumista. Kehittäjä kerää tietoa kehittämisaikasta ja antaa sen perusteella palautetta kehittämiseen osallistujalle henkilökunnalle, minkä pohjalta luodaan edelleen kehittämissuunnitelma. (DuBrow ym. 2001.) Tässä on tärkeää arvioida potentiaaliset vaikutukset, joita kehittämistapojen valinnalla on (Schein 2006). Muutosvaihe pitää sisällään uusien asenteiden kehittämisen ja uusien toimintavaihtoehtojen soveltamisen käytäntöön (Burnes 2004, Suter ym. 2013). Kyse on konkreettisesta ajatusmallien uudelleen määrittelystä (Schein 2010). Uudelleen jäädytyksen vaiheessa pyritään vakauttamaan ryhmän toiminta ja varmistamaan, että uudet toimintatavat jäävät elämään (Burnes 2004, Suter ym. 2013). Kehittämisen vaikutus arvioidaan ja kehittämiseen osallistunut henkilökunta ottaa aikaan saadun muutoksen haltuunsa, jolloin kehittäjä ei enää tarvita, vaan henkilökunta ottaa vastuun kehittämisen jatkumisesta (DuBrow ym. 2001).

Kehittäjän roolissa toimivan on tärkeää olla joustava ja kyetä omaksumaan erilaisia rooleja. Kaikissa rooleissa tulee kuitenkin pyrkiä neutraaliuteen sekä analyttisyyteen ja vaikuttamaan muutokseen. (Schwarz 2006, Hubbell 2013.) Kehittäjä tukee ryhmää tavoitteen saavuttamisessa (Schwarz 2006). Kehittäjän on tärkeää pystyä toipumaan takaiskuista ja ottamaan riskejä. Hänen on tärkeää hallita organisaatiossa käytössä olevat termit, tuoda esiin keskeisiä ja ennakoivia tekijöitä kehittämisaikasta ja luoda yhteistyötä. Kehittäjä ei yritä miellyttää kaikkia, ja hän on valmis jakamaan kunnian onnistumisesta. (Weiss 2006.) Kehittäjän tulee pohtia, kuinka auttaa osallistujia muodostamaan uusia sosiaalisesti jaettuun näkökulmia ja ajattelutapoja (Nistelrooij & Sminia 2010). Hän voi tukea uusista ideoista keskustelua ja varmistaa, että niitä arvioidaan rauhassa ennen mahdollista hylkäämistä. Systeeminäkökulmasta kehittäjä auttaa huomioimaan, kuinka eri tekijät vaikuttavat toimintaan. (Schein 2006.) Kehittäjän on tärkeää pysyä neutraalina ja kuunnella ryhmän näkökulmia. Kehittäjä auttaa ryhmää tekemään tietoisia päätöksiä. (Schwarz 2006.)

Organisaation kehittämisessä muutos tapahtuu jaksottaisesti tai jatkuvaluonteisesti. Jaksottainen muutos tapahtuu tarkoituksellisesti, esimerkiksi interventin kautta, kun taas jatkuvalla muutoksella ei ole selkeää loppua. Muutos kokonaisuudessaan tapahtuu usein asteittain. Ihmiset muuttuvat jo ennen kuin he itse havaitsevat muutosta tapahtuneen. Näin kehittäminen on voinut jo tuottaa tulosta, vaikka se ei selkeästi toiminnassa näy. (Weick & Quinn 1999.) Muutos voi näyttäytyä esimerkiksi vuorovaikutuksen parantumisena, osallistavana ongelmien ratkaisuna, roolien laajentumisena tai parantuneena vastuunottona. Tärkeää organisaation kehittämisessä on, että siihen on varattu riittävästi aikaa sen kaikissa vaiheissa ja vaiheet sekä niiden arviointi on suunniteltu. (Burrington 1987.) On myös tärkeää pyrkiä vähentämään uuden oppimisen luomaa ahdistusta, jolloin koetaan, että uusi toiminta on muutoksen arvoista (Schein 2013).

## 2.4.2 Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta

Terveydenhuollon ammattilaiset näkevät, että potilasturvallisuutta voi kehittää olemalla tarkempi (Ruuhilehto 2009, Härkänen ym. 2013a, 2013b). Systeeminäkökulmasta terveydenhuollon toiminta on kuitenkin monimutkaista, ja pyrkimys ylläpitää sen turvallisuutta kiinnittämällä huomiota vain terveydenhuollon ammattilaisten teknisten taitojen hallintaan ei riitä (Miller ym. 2009, Carthey & Clarke 2010, Riley ym. 2010, Reid & Bromiley 2012). Myös jatkuvaa oppimista ja kehittymistä tulee silti tukea (Fleet ym. 2008). Systeeminäkökulmasta kehittämisessä huomion tulee kuitenkin olla potilasturvallisuuteen vaikuttavissa toimintakäytännöissä (Botwinick ym. 2006, Rivard ym. 2006, Norris 2009, Helovuori 2011).

Systeeminäkökulmasta potilasturvallisuutta kehitetään luomalla terveydenhuollon organisaation systeemi käyttäjilleen sopivaksi (Norris 2009). Prosessit suunnitellaan niin, että niissä voidaan toteuttaa turvallista hoitoa (Riley 2009, Reason 2013). Esimerkiksi lääkehoitoon liittyvistä poikkeamista arvioidaan 95 prosenttia syntyvän, kun toimintajärjestelmä ei huomioi inhimillisen toiminnan rajoituksia (Melnyk 2012). Lähtökohta kehittämisessä on, että työskentelyolosuhteita voidaan muuttaa helpommin kuin toimintaan vaikuttavia inhimillisiä tekijöitä (Reason 2000).

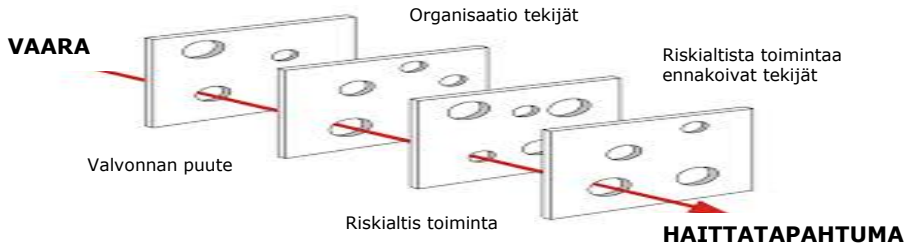
Kehittämiskohteiden valinnassa on hyvä käyttää apuna esimerkiksi vaaratapahtumailmoituksia (Reason 1998, Kohn ym. 2000, Macrae 2008, Swensen ym. 2013), jotka nostavat esiin potilasturvallisuutta uhkaavia systeemitekijöitä (Reason 2004, Macrae 2008, Norris 2009, Riley 2009, Reid & Bromiley 2012). Samalla vaaratapahtumailmoitusten käsittelyssä on hyvä ottaa käyttöön systemaattisia menetelmiä, joissa vaaratapahtumia ei vain raportoida ja käydä läpi, vaan kehitetään muutamia esiin nousseita tekijöitä kerrallaan (Pronovost ym. 2006).

Systeeminäkökulmasta kehittämisen lähtökohtana on hyvä olla koko organisaatio (Kohn ym. 2000, Norris 2009, Dodds & Kodate 2011) sekä moniammatillisen henkilökunnan osallistaminen ja voimaannuttaminen kehittämiseen (Kohn ym. 2000, Macrae 2008, Carthey & Clarke 2010, Riley ym. 2010, Eloranta & Kuusela 2011, Ikkersheim & Berg 2011, Watts ym. 2012, Chassin & Loeb 2013, Lübbecke ym. 2013, Turner ym. 2013). Yksikkökohtainen kehittäminen on suunniteltava niin, että se muodostuu osaksi koko organisaatiosysteemiä (Kohn ym. 2000, Norris 2009). Myös organisaatioiden välistä kehittämistä tulisi tehdä (Dixon & Shofer 2006, Lawton ym. 2014). Terveydenhuollossa tässä voi haasteena olla kulttuuri, joka tukee tapaa luoda itse uutta (Carroll & Rudolph 2006). Keskeistä on potilasturvallisuuskulttuuriin vaikuttaminen, sillä sen kautta voidaan vaikuttaa suojauksiin ja niihin yhteydessä oleviin tekijöihin (Reason 1998, Norris 2009). Huomiota tulee kiinnittää myös onnistumisiin ja niiden tunnistamiseen (Lawton ym. 2014).

Huomioimalla vaaratapahtumien syntymekanismit voidaan systeemiin luoda esimerkiksi suojauksia (Reason 1995, 2009, Clarke ym. 2007, Runciman ym. 2010). Monimutkaisiin systeemeihin on hyvä luoda useita suojauksia, jotka voivat



olla teknisiä (esimerkiksi hälytys tai fyysinen este), toimintaa ohjaavia (Reason 1998, 2000) tai esimerkiksi konkreettisesti ehkäistä vaaratapahtuman (Riley 2009, Snellman 2009). Myös terveydenhuollon ammattilainen voi itse toimia yhtenä suojuuksista (Reason 2004). Ideaalitulanteessa nämä suojuukset ovat tiiviitä, mutta todellisuudessa niissä on aukkoja, jotka myös muuttuvat systeemin muuttuessa (Reason 2013). Yksittäisessä suojuuksessa oleva aukko ei kuitenkaan suoraan johda vaaratapahtumaan, vaan se vaatii useiden aukkojen samanaikaisen esiintymisen (kuva 3) (Reason 1998, 2000).



Kuva 3: Haittatapahtumien synty systeeminäkökulmasta (Reason 1998, 2000, 2009, Brosnan 2008).

Muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta on myös näyttöä, että inhimillisten tekijöiden huomioiminen toiminnan kehittämisessä lisää toiminnan turvallisuutta (Milligan 2007, Ruuhilehto 2009). Vaikka osaan inhimillisistä tekijöistä on vaikea vaikuttaa, auttaa niiden huomioiminen toiminnan kehittämisessä, esimerkiksi erilaisten turvallisuutta tukevien työvälineiden käyttöönotossa (Carthey & Clarke 2010). On myös tärkeää muistaa, että esimerkiksi automaatio ei ratkaise inhimillisen toiminnan rajoituksia vaan muuttaa vain toiminnan luonnetta tuoden uusia haasteita ratkaistavaksi (Reason 1995, 2009). Kun työprosessien kriittiset vaiheet on tunnistettu, systeeminäkökulmasta kehittämisessä on mahdollisuus luoda toimintakäytäntöjä, jotka tukevat muun muassa tilannetietoisuuden ylläpitämistä (Helovuo ym. 2011).

Potilasturvallisuuden kehittämisessä systeeminäkökulmasta keskeinen lähtökohta on huomioida ei-tekniset taidot, joista keskeisimpiä terveydenhuollossa ovat vuorovaikutus- ja työryhmätyöskentelytaidot (Carthey & Clarke 2010, Riley ym. 2010, White 2012). Vuorovaikutusta voidaan kehittää luomalla erilaisia järjestelmällisiä raportti-, jälkipuinti- ja keskustelutilanteita (Leonard ym. 2004, Makary ym. 2006, Carthey & Clarke 2010, Helovuo ym. 2011, Goldenhar ym. 2013, Little 2014, Provost ym. 2015). Näiden kautta mahdollistetaan toimintasuunnitelman läpikäyminen ennen seuraavaa työvaihetta, jolloin voidaan arvioida, onko kaikki tarvittava huomioitu (Carthey & Clarke 2010, Helovuo ym. 2011, Provost ym. 2015). Tilanteiden jälkeen nämä mahdollistavat toiminnan arvioinnin ja sitä kautta edelleen kehittämisen (Leonard ym. 2004, Makary ym. 2006, Little 2014).

Turvallisuuskriittisen organisaation mallin mukaisesti vuorovaikutusta voidaan kehittää inhimilliset tekijät huomioiden myös ottamalla käyttöön erilaisia standardoituja vuorovaikutusmenetelmiä (Leonard ym. 2004, Riley ym. 2010, Braaf ym. 2011, Manser & Foster 2011, Street ym. 2011, Clarke ym. 2012, Nagpal ym. 2012) ja elektronisia järjestelmiä (Manser & Foster 2011). Niiden avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta, sillä ne nostavat esiin tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa vaaratapahtumien syntyyn. Samalla ne vaativat terveydenhuollon ammattilaisilta vastuullisuutta tuoda esiin omia näkemyksiään ja olla tietoisia potilaan sen hetkisestä tilanteesta. Ne myös voimaannuttavat heitä keskustelemaan. (Goldenhar ym. 2013.) Standardoidut menetelmät myös vähentävät koulutuksellista eroista johtuvia tekijöitä vuorovaikutuksessa, vähentävät hierarkian merkitystä (Cornell ym. 2014) ja kehittävät vuorovaikutusprosessia (Clarke ym. 2012).

Yksi standardoiduista menetelmistä on esimerkiksi (I)SBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Se ohjaa raportointia potilaan tunnistamisesta ja hänen tilanteensa ja taustojensa kertomisesta edelleen tilanteen arviointiin ja toimintaehdotuksen kertomiseen (Leonard ym. 2004, Botwinick ym. 2006, Kinnunen & Peltomaa 2009, Riley ym. 2010, Helovuo ym. 2011, Manser & Foster 2011, White 2012). Myös muut tiedonkeruun ohjeistukset (Wethers & Brown 2011) ja vuorovaikutuksen tarkistuslistat tukevat potilasturvallista vuorovaikutusta (Braaf ym. 2011, Ikkersheim & Berg 2011). Tätä tuetaan myös systemaattisella suljetun ympyrän viestinnän periaatteella, jossa tiedon vastaanottaja vahvistaa tiedon saannin (Wilson ym. 2005, Helovuo 2009, Riley ym. 2010, Helovuo ym. 2011, White 2012). Oleellista kehittämisessä on, että valittu menetelmä tukee jaettua toiminnan suunnittelua, päätöksentekoa, tiedon kriittistä arviointia ja tiedon vastaanottamista (Manser & Foster 2011).

Työryhmille on tärkeää tarjota mahdollisuuksia kehittää toimintaansa ja menetelmiä, jotka tukevat muuttuvien työryhmien tehokasta ja turvallista toimintaa (World Health Organization 2009b). Työryhmän toimintaa voidaan systemaattisemmin kehittää inhimilliset tekijät ja systeeminäkökulma huomioiden hyödyntämällä esimerkiksi miehistöresurssien hallinnan eli *Crew Resource Managementin* (CRM) elementtejä (Helovuo 2009, Reid & Bromiley 2012, West ym. 2012, White 2012, Chassin & Loeb 2013, Fore ym. 2013, Sculli ym. 2013, Casler 2014, Tschannen ym. 2015). CRM kehittää muun muassa työryhmän vuorovaikutusta, tilannetietoisuutta, johtajuutta ja vaaratilanteiden ennakoimista (Helovuo 2009, Helovuo ym. 2011, Sculli ym. 2013, Tschannen ym. 2015). CRM:n avulla toiminnan teknisten poikkeamien on todettu vähenevän 30–50 prosenttia (Carthey & Clarke 2010).

Myös TeamSTEPPS-malli (*Team strategies and tools to enhance performance and patient safety*) tarjoaa interaktiivista oppimista ja valmentamista työryhmätyötaitojen kehittämiseen (Clark 2009, Keebler ym. 2014, Brand ym. 2015). Sen on todettu vaikuttavan myönteisesti myös hoidon tuloksiin (Brand ym. 2015). Potilasturvallisuutta voidaan tukea myös työryhmän ristiin kouluttamisella. Tämä tukee yhteisymmärrystä eri rooleista, ja tarvittaessa työryhmän jäsenet voivat toteuttaa toistensa tehtäviä tai viedä niitä loppuun. Työryhmä kykenee myös huomiomaan hienovaraisiakin poikkeamia tilanteissa ennen kuin ne johta-

vat vaaratapahtumiin. (Wilson ym. 2005.) Työryhmän toiminnan kehittämisessä erilaiset säännölliset simulaatiokoulutukset ovat tehokas tapa harjoitella toimintaa työryhmässä. Niiden kautta on mahdollista saada esille myös systeemitekijät, jotka vaikuttavat toimintaan. (Kohn ym. 2000, Clark 2009, Reason 2009, Hoppu ym. 2014.)

Systeeminäkökulmasta myös muita työprosesseja voidaan kehittää inhimillisen toiminnan rajoituksia paikkaaviksi (Kohn ym. 2000, Carthey & Clarke 2010, Riley ym. 2010, Sarrechia ym. 2013). Voidaan esimerkiksi varmistaa tehtävien tasainen jakautuminen (Riley 2009, Ruuhilehto 2009, Carthey & Clarke 2010) ja suunnitella työprosessit niin, että sovittujen toimintakäytäntöjen noudattaminen on mahdollista kaikkialla (Nolan ym. 2004). Käyttöön voidaan ottaa erilaisia muistutuksia ja hälytyksiä (Nolan ym. 2004, Riley 2009, Helovuo ym. 2011, Ikkersheim & Berg 2011, Watts ym. 2012, Lübbecke ym. 2013), päätöksenteon apuvälineitä (Reason 2009, Helovuo ym. 2011, Ikkersheim & Berg 2011, Härkänen ym. 2013b) ja tarkistuslistoja (Kohn ym. 2000, Nolan ym. 2004, Riley 2009, Helovuo ym. 2011, Ikkersheim & Berg 2011, Watts ym. 2012, Lübbecke ym. 2013). Tarkistuslistat ohjaavat työtä ja toimivat muistin apuvälineenä auttaen varmistamaan, että prosessin tärkeimmät tehtävät tulevat tehdyiksi (Helovuo 2009). Turvallinen systeemi pitää sisällään myös joitakin päällekkäisiä toimintoja, joiden avulla poikkeamat voidaan havaita ajoissa (Carthey & Clarke 2010). Kaksoistarkastus on esimerkiksi tehokas keino havaita inhimillisistä tekijöistä aiheutunut poikkeama (Kohn ym. 2000, Helovuo 2009, Helovuo ym. 2011, Härkänen ym. 2013b).

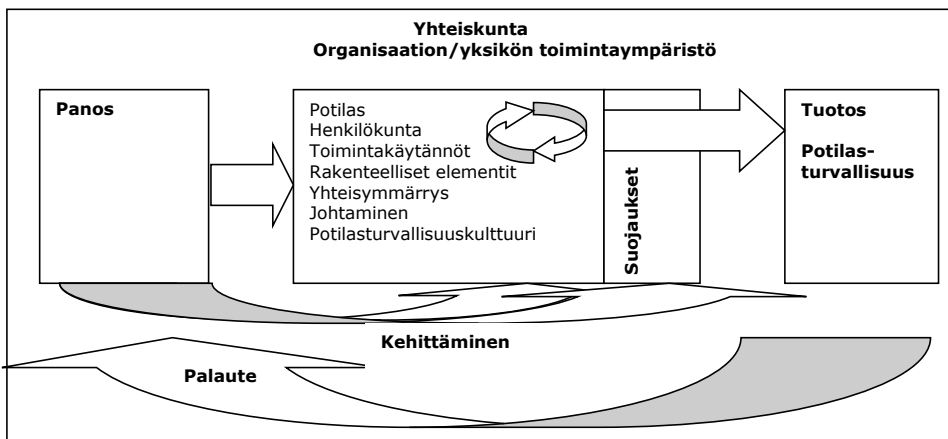
Työympäristöä voidaan kehittää myös luomalla rajoituksia, jotka fyysisesti estävät väärän toiminnan suorittamisen (Kohn ym. 2000, Tucker & Spear 2006, Norris 2009, Reason 2009, Ruuhilehto 2009, Helovuo ym. 2011). Yksiköissä välineitä ja niiden säilytyspaikkoja voidaan yhtenäistää (Kohn ym. 2000, Nolan ym. 2004, Kerfoot 2006, Carthey & Clarke 2010). Välineet voidaan merkitä niin, että ne ovat helposti erotettavissa toisistaan, ja voidaan luoda muita visuaalisia merkkejä, jotka ohjaavat toimimaan turvallisesti (Nolan ym. 2004, Tucker & Spear 2006, Ruuhilehto 2009). Jo fyysisen työympäristön järjestykseen huomiota kiinnittämällä parannetaan potilasturvallisuutta. Työympäristössä tulee myös mahtua työskentelemään ja esimerkiksi valaistuksen tulee tukea turvallista työntekoa. (Carthey & Clarke 2010, Helovuo ym. 2011.)

Inhimillisen toiminnan rajoitukset huomioidaan kehittämällä työympäristöä ja toimintaa niin, että henkilökunnalla on mahdollisuus keskittyä riskialttiisiin tehtäviin (Clarke ym. 2012, Carthey & Clarke 2010, Härkänen ym. 2013b). Tässä huomioidaan esimerkiksi tehtävien suorittamisen ajankohta ja paikka (Carthey & Clarke 2010). Terveysthuollossa voidaan esimerkiksi soveltaa kriittisten tilanteiden rauhoittamista (*sterile cockpit rule*), jossa keskittymistä tuetaan yhteisellä sopimuksella ylimääräisen keskustelun välttämiseksi kriittisissä tilanteissa. Huomioliivien tai kylttien avulla voidaan myös osoittaa muulle henkilökunnalle ja potilaille, ettei tilanteessa saa häiritä. (West ym. 2012, Fore ym. 2013.) Lisäksi uusien näkemysten muodostumista kehittämiseen voidaan edistää henkilökunnan työkierrolla (Casler 2014).

## 2.5 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA

Potilasturvallisuuden systemaattinen kehittäminen aloitettiin 1990-luvulla. Terveydenhuollon ammattilaisten toiminnassa terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen ovat olleet keskeisiä eettisiä arvoja jo aiemmin (Clements & Averill 2006, Kleisiaris ym. 2014). Tutkimuksessani näenkin potilasturvallisuuden terveydenhuollon perustoimintona ja lähtökohtana, jota terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat kaikessa toiminnassaan.

Tutkimukseni lähtökohtana on systeeminäkökulma terveydenhuollon organisaation toimintaan (kuva 4). Tutkimuksessani terveydenhuollon organisaatio nähdään avoimena systeeminä ja turvallisuuskriittisenä organisaationa. Sen sisäinen systeemi muodostuu turvallisuuskriittisen organisaation elementeistä (toimintakäytännöt, rakenteelliset elementit, yhteisymmärrys, johtaminen ja potilasturvallisuuskulttuuri) sekä terveydenhuollon ammattilaisten, eli henkilökunnan, ja potilaiden toiminnasta. Terveydenhuollon organisaatio toimii osana yhteiskuntaa ja toimintaympäristöään, josta se saa panoksia. Nämä panokset prosessoituvat edellä mainittujen elementtien, terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden muodostamassa organisaation sisäisessä systeemissä ja muuttuvat edelleen tuotoksiksi. Tuotokset välittyvät takaisin toimintaympäristöön, josta organisaatio saa palautetta siitä, kuinka sen tulee ohjata ja kehittää toimintaansa. Palaute johtaa uusiin panoksiin, jotka suuntautuvat niin organisaation sisäisen systeemin toimintaan kuin näiden kehittämiseen ja suojausten rakentamiseen. Näiden kautta vaikutetaan tuotokseen, eli tutkimuksessani potilasturvallisuuteen. Prosessi on luonteeltaan jatkuva. Tutkimuksessani kiinnostuksen kohteena tässä prosessissa on psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköiden sisäinen systeemi ja sen tuottama potilasturvallinen hoito. Tätä kehitetään osallistavien menetelmien avulla systeeminäkökulma huomioiden, ja tavoitteena on jatkuva kehittäminen.



Kuva 4: Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

# 3 Tutkimuksen toteutus

## 3.1 TOIMINTATUTKIMUS TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Käytin tutkimuksessani tutkimusmenetelmänä toimintatutkimusta, jonka avulla on mahdollista yhdessä tutkimukseen osallistuvien kanssa vaikuttaa suoraan toimintakäytäntöihin ja joka tukee systeemiajattelua kehittämisessä. Toimintatutkimus on yleisnimitys erilaisille lähestymistavoille, joissa yhdessä osallistujien kanssa vaikutetaan heidän toimintaansa, saadaan aikaan muutosta ja arvioidaan sitä. Toimintatutkimuksessani yhdistyy näin käytäntöjen muuttaminen, tutkimus ja tiedon tuottaminen. (Kalliola 2001, Hall 2006, Eriksson & Kovalainen 2008, McNiff & Whitehead 2011, Coghlan & Shani 2014, Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014.) Vaikka toimintatutkimuksessa kokemukset ovat subjektiivisia, on niiden pohjalta mahdollista myös tuottaa teoriaa (Dickens & Watkins 2006, Coghlan & Shani 2014, Green & Thorogood 2014). Tämä tapahtuu toiminnan kautta. Toimintatutkimuksessani tavoitteena oli luoda malli siitä, kuinka potilasturvallista hoitoa kehitetään osallistavien menetelmien avulla systeeminäkökulma huomioiden. (McNiff & Whitehead 2011.)

Toimintatutkimus yhdistetään sosiaalipsykologi Kurt Lewinin tutkimuksiin ryhmadynamiikasta ja yhteisöjen kehittämisestä. Se pohjautuu luvussa 2.4.1 käsitellyyn organisaation kehittämisen teoriaan. Taustalla on ajatus, että tarkastellessaan ympäristöönsä ihmiset lähtevät kehittämään sitä ja esimerkiksi ratkaisemaan sosiaalisia ongelmia. (Hart 1996, Dickens & Watkins 2006, Hall 2006, Eriksson & Kovalainen 2008, McIntyre 2008, Green & Thorogood 2014.) Myös sosiologi William Foote Whyte, Tavistock Instituutti (Eriksson & Kovalainen 2008), naistutkimus ja kasvatustiede ovat kehittäneet toimintatutkimusta (McIntyre 2008). Se ei olekaan vain tutkimusmenetelmä vaan myös sosiaalisen toiminnan teoria (Coghlan & Shani 2014). Toimintatutkimusta onkin kritisoitu sen monimuotoisuudesta ja tästä johtuvasta vaikeasta määriteltävyydestä (Hart 1996) sekä tutkijan ja osallistujien tiivistä yhteistyöstä, joka voi tuoda eettisiä haasteita tutkimuksen toteuttamiseen (Williamson & Prosser 2002).

Erilaisia lähestymistapoja toimintatutkimukseen voidaan erottaa olevan esimerkiksi yhteistoiminnallinen tutkimus, osallistava tutkimus ja toimintatutkimus (Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014, Langlois ym. 2014). Eroina eri lähestymistavoilla on, kuinka tiivistä eri osapuolten osallistuminen on ja miten tavoite suuntautuu. Tutkimuksessani käytin osallistavaa toimintatutkimusta, jolle ominaista on yhteinen sitoutuminen toiminnan kehittämiseen niin, että se hyödyttää osallistujia (McIntyre 2008, Harrington ym. 2013). Toimintatutkimusta on käytetty kansainvälisesti terveydenhuollon henkilökunnan toimintakäytäntöjen kehittämisessä (esimerkiksi Mitchell ym. 2005, Tanabe ym. 2009, Cameron

ym. 2010, Crozier ym. 2012, Saucier ym. 2012) ja johtamisen kehittämässä (esimerkiksi Williamson 2005, Bamford-Wade & Moss 2010).

Toimintatutkimus on syklinen prosessi, jossa suunnittelu, havainnointi, toiminta ja arviointi seuraavat toisiaan osin päällekkäisinäkin. Arvioinnin jälkeen voi seurata uusi suunnittelusykli. (Simmons 1995, Dickens & Watkins 2006, Eriksson & Kovalainen 2008, McIntyre 2008, Crozier ym. 2012, Mackenzie ym. 2012, Nugus ym. 2012, Harrington ym. 2013, Coghlan & Shani 2014, Green & Thorogood 2014.) Toimintatutkimusta ei tehdä tutkimukseen osallistujille vaan heidän kanssaan (Simmons 1995, Williamson & Prosser 2002, Williamson 2005, Schein 2010, Mackenzie ym. 2012, Coghlan & Shani 2014, Green & Thorogood 2014). Tutkimuksessani oma roolini tutkijana ja tutkimukseen osallistujien roolit olivatkin aktiivisia. Tutkimus ja muutos olivat kiinteästi yhteydessä toisiinsa, ja jatkuvan arvioinnin avulla pyrittiin yhdessä toiminnan kehittämiseen. (Eriksson & Kovalainen 2008, Nugus ym. 2012, Eskola & Suoranta 2014.) Keskeistä oli osallistujien voimaantumisen ja toimintatutkimuksen koulutuksellinen ulottuvuus, jonka tavoitteena oli auttaa osallistujia oppimaan, kuinka kehittää tilannettaan ja tehdä omalta kannalta hyviä päätöksiä yhdessä (Williamson 2005, McIntyre 2008, McNiff & Whitehead 2011). Yhteistyöprosessin kannalta tärkeää oli, että tutkijana tunsin tutkimuskohteen ja kykenin vuorovaikutukseen osallistujien kanssa (Kalliola 2001). Toimintatutkimukseni tavoitteena oli lisätä systeemin mukautumiskykyä ja innovatiivisuutta (Dickens & Watkins 2006).

Toimintatutkimuksessa hyödynnetään yleisesti laadullisia tutkimusmenetelmiä ongelman tunnistamisessa, ratkaisujen löytämisessä ja toiminnan arvioinnissa. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan joustavaa. Tutkimus usein muotoutuu edetessään, ja sen eri vaiheet eivät ole aina selkeästi toisistaan erotettavissa. (Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014.) Laadullisen tutkimuksen mukaisesti roolini tutkijana oli aktiivinen ja keskeinen tutkimuksen väline. Laadullinen tutkimusote mahdollisti läheisen kontaktin tutkimukseen osallistujiin (Kylmä & Juvakka 2007, Eriksson & Kovalainen 2008, Eskola & Suoranta 2014) sekä tutkimuksen vuorovaikutuksellisuuden ja osallistujien näkökulman ymmärtämisen (Simmons 1995, Kylmä & Juvakka 2007, Eriksson & Kovalainen 2008). Laadullinen tutkimusote myös mahdollisti todellisuuden näkemisen sosiaalisesti muodostuneena (Simmons 1995, Eriksson & Kovalainen 2008) sekä aineiston keräämisen avoimin menetelmin (Kylmä & Juvakka 2007, Eriksson & Kovalainen 2008). Kiinnostukseni kohteena olivat osallistujien tulkinnat todellisuudesta. Laadullisen tutkimusotteen mukaisesti keskeistä ei ollut aineiston määrä vaan se, että aineisto kerättiin henkilöiltä, jotka tietävät tutkittavasta asiasta. (Kylmä & Juvakka 2007, Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014.)

Tämä osallistava toimintatutkimukseni edustaa sosiaalista konstruktionismia, jossa todellisuus nähdään sosiaalisesti muodostuneena. Todellisuus on tulosta inhimillisistä prosesseista ja mahdotonta erottaa prosessista, jossa se on luotu. (Berger & Luckmann 1991, Juuti 2001, Nikander 2001, Nistelrooij & Sminia 2010, Green & Thorogood 2014.) Jokapäiväiselle elämälle on keskeistä olla osa jotakin sosiaalista kokonaisuutta, jossa toiminnan kautta annetaan muille pääsy subjektiivivi-

seen todellisuuteen, jolloin siitä muodostuu jaettua todellisuutta. Tutkimuksessani potilasturvallisuus näyttäytyi osallistujien kokemusten ja toiminnan kautta, jotka myös ylläpitävät todellisuutta. Jokapäiväinen hoitotyön todellisuus jaetaan muiden kanssa, ja se muotoutuu joka päivä osallistujien todellisuuden sekä heidän toimintansa kautta, heidän tuottamana. (Berger & Luckmann 1991.)

Sosiaalisen konstruktionimin näkökulmasta ihmiset ovat aktiivisia sosiaalisia toimijoita (Juuti 2001). Henkilökunnan omat näkemykset potilasturvallisuudesta olivat tutkimuksessani merkityksellistä tietoa psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköiden todellisuudesta. Systeeminäkökulmasta henkilökunnan näkemykset kuvasit myös yleisemmin terveydenhuollon organisaatioiden todellisuutta, jossa terveydenhuollon ammattilaiset ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Toimintatutkimukseni kuluessa henkilökunnan kokemukset muodostuivat osaksi jaettua todellisuutta. Sosiaalisen konstruktionismin mukaan toistettavista toiminnoista muodostuu uusia toimintamalleja, joiden mukaan toimitaan, kunnes näitä haastetaan jälleen muuttumaan (Berger & Luckmann 1991). Näin tutkimuksessani oli lähtökohta, että mitään ei tarvitse pitää itsestään selvänä ja valmiiksi annettuna (Juuti 2001). Sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti myös ymmärrykseni tutkijana on tulosta aktiivisesta sosiaalisesta toiminnasta. Käyttämäni käsitteet antavat tutkittavalle ilmiölle muodon. (Nikander 2001.)

Koska tutkijana olen aktiivisesti mukana toimintatutkimuksessa, perinteiset perusteet objektiivisuudesta eivät päde (Holter & Schwartz-Barcott 1993, Eskola & Suoranta 2014). Tutkijana voin kuitenkin reflektoinnin ja esiolettamusteni tunnistamisen kautta häivyttää arvojeni ja pyrkiä objektiivisuuteen (Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014). Tutkijana keskeinen roolini oli esitellä uusia tapoja toimia (McNiff & Whitehead 2011, Coghlan & Shani 2014), ja oli tärkeää, että kykenin asettumaan tutkimuksen toteuttamisympäristössä esiintyviin erilaisiin rooleihin (Kalliola 2001, Nugus ym. 2012). Tarkastelen rooliani lisää eri näkökulmista seuraavissa luvuissa. Tutkimukseni raportointi sisältää kertomuksen toteutetuista interventioista, sekä niiden tulosten pohjalta syntyneet tulkinnot (Coghlan & Shani 2014).

## **3.2 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUNEET**

Tutkimukseni alkuvaiheessa psykiatrista aikuispotilaiden sairaalahoitoa järjestettiin tutkimukseen osallistuneessa sairaanhoitopiirissä yhteensä seitsemällä osastolla. Lisäksi sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialue järjestää nuorisopsykiatrista hoitoa yhdellä osastolla ja avohoitoa nuoriso- ja aikuispotilaille. Tutkimukseni loppuvaiheessa yksi aikuisten sairaalaosastoista oli lakkautettu ja avohoidon työryhmiä organisoitu uudelleen. Tutkimukseni kuluessa myös toimialueen johdossa ja hoitotyön johtajien (osastonhoitajat ja heidän työparinsa) rooleissa tapahtui muutoksia. Tutkimukseni alkuvaiheessa sairaanhoitopiirissä oli järjestetty joitakin potilasturvallisuuden liittyviä koulutuksia, mutta systemaati-

tista potilasturvallisuuskoulutusta ei ollut vielä toteutettu. Tutkimusprosessin kuluessa vuonna 2013 henkilökunnalle tuli suoritettavaksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatima potilasturvallisuuden verkkokurssi.

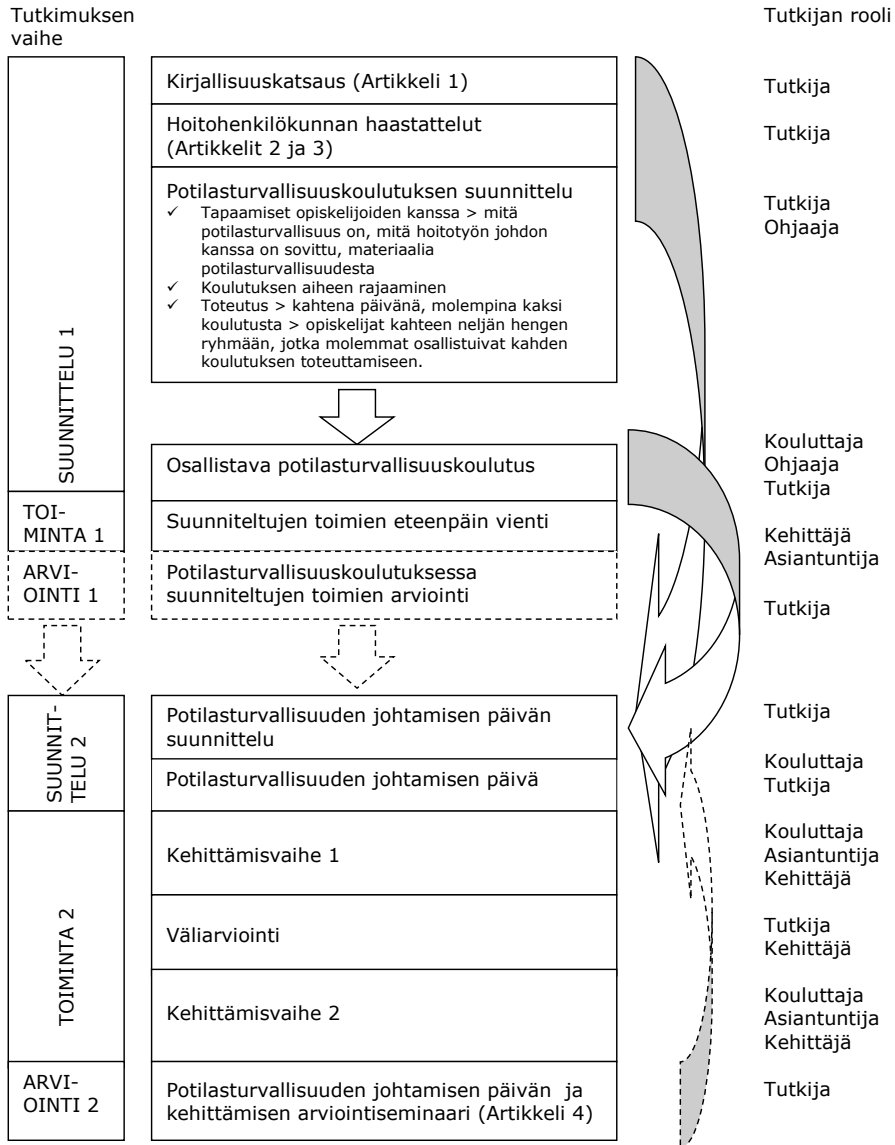
Hoitohenkilökunnan (sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat) haastattelut toteutimme kuudella aikuisten psykiatrisista osastoista, jotka toimivat silloin kahdessa eri sairaalayksikössä. Osastot tarjosivat psykiatrista erikoissairaanhoitoa sekä akuutti- että kuntoutusosastoilla kaikille psykiatrista sairaalahoidon tarvitseville potilasryhmille. Osastoista yksi oli avo-osasto ja viisi suljettuja osastoja, joista yhdelle oli keskitetty uusien potilaiden vastaanotto sekä eristystilanteiden hoito. Tämän osaston henkilökunta on koko tutkimusprosessin ajan kehittänyt toimintaansa tavoitteena vähentää potilaiden eristämistä ja muiden pakkokeinojen käyttöä hoidossa. Kaikkien osastojen henkilökuntaa on koulutettu uhkaavissa tilanteissa toimimiseen. Osastojen henkilökunta on moniammatillista. Potilasturvallisuuskoulutuksen toteutimme yhdessä kolmen osaston henkilökunnan kanssa, joista osa oli osallistunut aiemmin haastatteluvaiheeseen. Potilasturvallisuuden johtamisen päivän toteutimme yhdessä kaikkien psykiatrian toimialueen hoitotyön johtajien kanssa.

Tutkijana toimin kehittämisinterventioissa myös yhtenä tutkimukseen osallistujista. Olen aiemmin työskennellyt tutkimusorganisaatiossa sen psykiatrisilla osastoilla sairaanhoitajana, eli olen työskennellyt samoissa työyksiköissä kuin osa tutkimukseen osallistuneista. Ennen tutkimukseni toteuttamisen alkua siirryin tutkimusorganisaatiossa koko organisaatiota koskevaan asiantuntijatehtävään. Asiantuntija-asemassa toimintatutkimuksen kehittämisinterventioiden toteuttaminen tapahtui luontevasti yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Tätä kautta minulla oli myös tuntemus tutkimusorganisaatiosta ja sen toimintatavoista, mikä tuki kehittämisinterventioiden toteuttamista. Tutkijana roolini vaihteli tutkimusprosessissa tutkijasta, kouluttajasta, ohjaajasta, asiantuntijasta ja kehittäjästä takaisin tutkijaan.

### **3.3 TOIMINTATUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

Toteutin tutkimukseni vuosina 2010–2014 yhden sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen yksiköiden henkilökunnan kanssa. Kuvassa 5 on kuvattu toimintatutkimukseni prosessi. Prosessi koostui kahdesta kehittämisen syklistä, joista ensimmäinen, moniammatillisen henkilökunnan kanssa toteutettu jäi kesken-eräiseksi. Toimintavaiheen haasteiden vuoksi se ei jatkunut systemaattiseen arviointiin alkuperäisen suunnitelmamme mukaisesti. Ensimmäinen sykli toi näin esiin tarpeen muuttaa kehittämisen toteutusta, ja toisen syklin toteutimme yhdessä hoitotyön johtajien kanssa. Sen suunnittelu pohjasi ensimmäisen syklin tavoin tekemääni kirjallisuuskatsaukseen ja hoitohenkilökunnan haastatteluihin, sekä myös ensimmäisen syklin potilasturvallisuuskoulutukseen. Kuvassa 5 on kuvattuna myös roolini toimintatutkimusprosessin eri vaiheissa. Kehittämisprosessi jatkuu vielä tutkimukseni ulkopuolella hoitotyön johtajien toteuttamana.





Kuva 5: Toimintatutkimuksen prosessi

### Suunnitteluvaihe 1

Tutkimukseni aluksi, joulukuussa 2010, tein kirjallisuuskatsauksen (artikkeli 1), jonka tavoitteena oli saada ymmärrystä siitä, mitkä tekijät muodostavat potilasturvallisuuden psykiatrisessa osastohoidossa.

Hoitohenkilökunnan haastattelut (artikkelit 2 ja 3) toteutin syys-lokakuussa 2011. Hoitohenkilökunnan haastatteluissa tavoitteenani oli saada esiin po-

tilastyössä olevan henkilökunnan näkökulmia ja kokemuksia siitä, mitä potilasturvallisuus heille tarkoittaa sekä miten se heidän työssään näyttäytyy. Kirjallisuuskatsaus toimi pohjana haastatteluteemojen luomisessa.

Potilasturvallisuuskoulutuksen suunnittelu alkoi keväällä 2012, ja se pohjautui kirjallisuuskatsauksen ja hoitohenkilökunnan haastattelujen kautta keskeisiksi nousseisiin tekijöihin (vuorovaikutus ja tiedonkulku sekä näihin liittyvä työryhmätyöskentely). Keskustelin potilasturvallisuuskoulutuksesta yhdessä hoitotyön johtajien kanssa ja pyysin heitä yhteistyöhön, jolla heidän yksiköidensä potilasturvallisuutta kehitettäisiin (Eriksson & Kovalainen 2008, Eskola & Suoranta 2014). Tavoitteenamme oli luoda yhteisymmärrystä potilasturvallisuudesta ja osallistaa moniammatillista henkilökuntaa sen kehittämiseen. Moniammatillisen henkilökunnan, johtajien ja muutosagenttien osallistamisen on todettu tukevan kehittämistä (Goldsack ym. 2015). Hoitotyön johtajat nimesivätkin yksiköistään muutosagentit, jotka auttaisivat kehittämisideoiden eteenpäin viemisessä systemaatisemmin. Oma roolini olisi osallistuva, eli osallistuisin kehittämiseen yhdessä heidän ja muun työryhmän kanssa (Eriksson & Kovalainen 2008, Eskola & Suoranta 2014).

Tämän jälkeen sovin ammattikorkeakoulun suuntaavan vaiheen (mielenterveyshoitotyö) sairaanhoidon opiskelijoiden osallistumisesta potilasturvallisuuskoulutuksen toteuttamiseen. Tätä kautta oli mahdollista saada ulkopuolista näkökulmaa kehittämiseen, ja opiskelijoiden osallistuminen mahdollisti myös osallistavien menetelmien käytön koulutuksessa. Tapasin myös valitut muutosagentit ja keskustelin heidän kanssaan heidän roolistaan.

Potilasturvallisuuskoulutuksen suunnittelua ohjaavana ajatuksena oli käytäntöjen syntyminen ja muuttaminen sosiaalisen toiminnan avulla (Juuti 2001, Dickens & Watkins 2006, Langlois ym. 2014). Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa tasavertaisuus on keskeinen osa toimintaa. Sosiaalisessa toiminnassa henkilökunta voi keskustella rooleistaan ja muuttaa näkemyksiään niistä (Berger & Luckmann 1991). Moniammatillinen koulutus onkin todettu vaikuttavaksi keinoksi luoda uutta ymmärrystä, edistää ammattiryhmien välistä yhteistyötä (Hart 1996, Fleet ym. 2008) ja saada aikaan muutosta (Glasson ym. 2008). Yhteinen toiminnan tavoite on luotavissa vuorovaikutuksen kautta (Berger & Luckmann 1991). Sovimme, että oman työnsä asiantuntijoina potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuvat määrittelevät kehitettävät asiat ja niiden tavoitteet (Holter & Schwartz-Barcott 1993). Johtajien osallistumisen koimme tärkeänä, koska se voi tukea kehittämistä (Kouzes & Posner 2006). Hoitohenkilökunta ei maininnut sitä aiemmissa haastatteluissa. Turvallisuuskriittisen organisaation näkökulmasta johtajien rooli on kuitenkin tärkeä. Osallistava toimintatutkimus mahdollisti kehittämisen alhaalta ylös, jolloin hoitotyön johtajat ja henkilökunta kehittävät yhdessä (Hart 1996) sekä voimaantuvat tunnistamaan kehitettäviä alueita ja kehittämistapoja (Dickens & Watkins 2006, Clark 2009). Potilasturvallisuuskoulutuksen toteutuksen tavoitteeksi määrittelimme muutamien käytännönläheisten kehittämisalueiden löytymisen myöhemmin toteutettavaa kehittämistä varten.

Arvioimme osallistavan koulutuksen mahdollistaman vuorovaikutuksen tukevan kehittämistä, kun henkilökunta voi välittää tietoa ja tulkita aiempia oletuksiaan (Berger & Luckmann 1991). Osallistaminen myös mahdollistaa reflektoinnin ja todellisiin tilanteisiin liittyvien ongelman ratkaisun (Lamont ym. 2010). Näin henkilökunta voi syventää ymmärrystään potilasturvallisuudesta sekä kehittyä kehittäessään omaa työtään (Williamson & Prosser 2002, Dickens & Watkins 2006, Hassanli & Metcalfe 2014, Langlois ym. 2014). Myös muut henkilökuntaa potilasturvallisuudessa huolestuttavat asiat voidaan huomioida kehittämisessä (Waterman 1998). Sosiaalisesti tapahtuva oppiminen ja kehittäminen, jossa osallistujat oppivat toistensa näkökulmista, on myös tärkeää pysyvälle toimintakäytäntöjen muutokselle (Williamson & Prosser 2002, Scholz ym. 2014). Osallistamisen toivoimme voimaannuttavan henkilökuntaa luomaan reflektoinnin kautta uutta osaamista potilasturvallisuudesta (Hart 1996, Glasson ym. 2008, Hassanli & Metcalfe 2014).

Osallistava tapa voi myös sitouttaa henkilökuntaa oppimiseen, kehittämiseen ja parhaiden kehittämistapojen tunnistamiseen (Harrington ym. 2013). Tavoitteenamme oli, että yhdessä toimimalla vaikutetaan myös potilasturvallisuuskulttuuriin. Potilasturvallisuuskulttuuri näyttäytyy parhaiten vuorovaikutuksessa, ja kun henkilökunta tekee kehittämistyötä moniammatillisesti, se myös määrittelee toimintaansa uudelleen vuorovaikutuksen kautta. Näin eri ammattiryhmien alakulttuurit voivat lähentyä toisiaan muodostaen yhteisen potilasturvallisuuskulttuurin. (Schein 2010.) Se, että subjektiiviset kokemukset muuttuvat sosiaalisiksi maailmaksi, mahdollistaa myös muiden toiminnan ymmärtämisen (Juuti 2001).

Päätimme toteuttaa potilasturvallisuuskoulutuksen neljänä samansisällöisenä kolmen tunnin koulutuksena. Sovimme päivät marraskuulle 2012 paria kuukautta etukäteen yksiköiden hoitotyön johtajien kanssa. Laadin potilasturvallisuuskoulutuksesta tiedotteen ja kävin kertomassa siitä yksiköissä. Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistui yhteensä 34 henkilökunnan jäsentä: sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, lähihoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutteja ja fysioterapeutteja. Yhtään lääkäriä tai hoitotyön johtajaa ei osallistunut. Koska henkilökunta ei vielä ollut saanut systemaattista koulutusta potilasturvallisuuteen liittyen, pidin aluksi noin 30 minuutin luennon potilasturvallisuuden perusteista systeeminäkökulmasta ja kerroin joistakin potilasturvallisuutta tukevista menetelmistä (esimerkiksi ISBAR).

Toiminnallisen osuuden aluksi toteutimme rikkinäinen puhelin -harjoituksen. Tätä varten sairaanhoidon opiskelijat olivat laatineet potilastapauksen, joka annettiin yhden osallistujan luettavaksi. Muu ryhmä asettui jonoon hänen peräänsä, ja lukemisen jälkeen häntä ohjeistettiin kuiskaamaan muistinsa varassa potilastapauksen tiedot seuraavalle jonossa olijalle ja tätä taas edelleen seuraavalle. Jonon viimeisen tuli toistaa ääneen potilastapaus sellaisena kuin se hänelle oli välittynyt. Muuta ryhmää ohjeitimme keskustelemaan muiden osallistujien kanssa, ja kertaalleen kesken harjoituksen keskeytimme tilanteen tarkoituksellisesti. Tavoitteenamme oli näin havainnollistaa työn arkea sekä sitä,

kuinka esimerkiksi hälinä ja erilaiset keskeytykset voivat vaikuttaa potilasturvalliseen toimintaan.

Ryhmätöitä varten jaoin osallistujat eri ammattiryhmiä ja eri yksiköiden työntekijöitä sisältäviin ryhmiin. Ryhmiä ohjasimme keskustelemaan teemoista potilasturvallisuuden näkökulmasta: mitä kehitettävää näissä on, mikä on kehittämisen tavoite ja kuinka tätä voi toteuttaa? Lähtökohtana oli sosiaalisen konstruktionismin ajatus tiedon määrittymisestä vuorovaikutuksessa toisten kanssa (Berger & Luckmann 1991, Nikander 2001). Tavoite oli, että ryhmätöissä osallistujien tiedot teemoihin liittyvistä tekijöistä muodostaisivat uutta moniammatillista näkökulmaa (Berger & Luckmann 1991, Scholz ym. 2014).

Ryhmätöskentelyn ensimmäisessä vaiheessa ryhmät kiersivät eri pisteissä, joissa kussakin työstettiin eri teemaa. Osallistujat kirjasivat näissä ylös ajatuksensa niin, että ne olivat pisteeseen myöhemmin tulevien ryhmien luettavissa. Näin ryhmät pystyivät hyödyntämään myös muiden ryhmien ajatuksia omassa keskustelussaan. Sairaanhoidon opiskelijoiden kanssa kiersimme pisteissä keskustelemassa sekä herättelemässä keskustelua pyrkien näin tukemaan oppimista ja kehittämistä antamalla asiantuntemuksemme ryhmien käyttöön (Scholz ym. 2014). Kun kaikki ryhmät olivat käyneet pisteet läpi, jaoin osallistujat uusiin ryhmiin. Jokainen ryhmä sai tehtäväksi laatia yhdestä teemasta posterin, jossa tuli kuvata kehitettävät asiat ja mahdolliset keinot. Lopuksi ryhmät esittelivät posterinsa, ja kävimme näistä keskustelua koko ryhmän kanssa. Tilaisuuksien jälkeen tein postereista kappaleet, jotka toimitin jokaiseen yksikköön kehittämistyön avuksi.

## **Toimintavaihe 1**

Tapasin yksiköiden hoitotyön johtajat ja muutosagentit helmikuussa 2013, ja kävimme läpi henkilökunnan potilasturvallisuuskoulutuksessa tuottamat kehittämisaiheet, tavoitteet ja keinot. Koska hoitotyön johtajat eivät olleet osallistuneet potilasturvallisuuskoulutukseen, kävimme sen sisällön ja aiempien haastattelujen tulokset läpi. Tämän jälkeen teimme tarkemman suunnitelman kehittämisen toteuttamiseksi. Lähtökohtana oli, että henkilökunnan nimeämiä kehittämiskohteita käydään läpi useita kertoja, jolloin toiminnasta voi muokkautua kaikille yhteinen malli (Berger & Luckmann 1991).

Koska vain osa henkilökunnasta oli osallistunut potilasturvallisuuskoulutukseen, sovimme että käyn osastotunneilla kertomassa potilasturvallisuudesta. Lisäksi koimme tarpeelliseksi, että henkilökunnan kanssa kerrataan HaiPro-vaaratapahtumailmoitusten tekoa, jotta näitä voidaan hyödyntää kehittämistyössä paremmin. Sovimme osastotunteja tätä varten huhti–kesäkuulle 2013. Keskustelimme osastotuntien aiheista ennakoon, jotta hoitotyön johtajat voivat tiedottaa henkilökunnalle kunkin kerran aiheesta ja mahdollistaa mahdollisimman monen osallistumisen.

Osastotuntien lisäksi sovimme, että yksiköiden kesken päätetään aluksi yhteiset vastuuhoitajan tehtävät (osastonhoitajan/työparin sijainen heidän poissa ollessaan), minkä avulla työhön voidaan luoda yhtenäisyyttä ja esimerkiksi

iltaisain hätätilanteissa tehtävänjako on selkeä. Sovimme, että hoitotyön johtajat ja muutosagentit kirjaavat yksiköittäin alustavat tehtävät, joista yhdessä keskustellen muodostamme tehtävänkuvan. Tätä varten sovimme yhteisen tapaamisen maaliskuulle 2013.

## **Suunnitteluvaihe 2**

Jotta kehittämisessä saadaan aikaan tuloksia, on tärkeää, että sen hyödyt tulevat henkilökunnalle näkyviksi (Kotter 2006). Arvioin potilasturvallisuuskoulutuksen ja sitä seuranneen toimintavaiheen jälkeen, että emme saavuta tätä tavoitetta. Toimintavaiheessa 1 kehittämistoiminnan toteuttaminen toi esiin johtajien merkittävän roolin kehittämisessä. Keskustelin asiasta hoitotyön ylimmän johdon kanssa, ja päädyimme siihen, että systemaattisempi hoitotyön johtajien osallistaminen kehittämiseen on edellytys sen onnistumiselle (Kotter 2006). Sovimme, että järjestetään potilasturvallisuuden johtamisen päivä (artikkeli 4), johon kutsun kaikki psykiatrian toimialueen hoitotyön johtajat (ylihoitajat ja osastonhoitajat/työparit). Kutsussa kerroin päivän olevan osa tutkimustani, josta päivän aluksi kerroin osallistujille lisää ja heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Päivän toteuttamiseen osallistui myös toinen tutkija. Tämän yhteisen oppimis- ja kehittämiskokemuksen tavoitteena oli luoda yhteistä potilasturvallisuuskulttuuria koko hoitotyön johdon tasolle niin, että se näkyisi myös henkilökunnan suuntaan (Schein 2010). Lähtökohtana oli, että itse suunniteltuun kehittämiseen sitoutuminen on todennäköisempää (Holter & Schwartz-Barcott 1993, Crozier ym. 2012).

Päivän aluksi pidin johdantoluennon. Luennon aihepiirit käsittelivät potilasturvallisuutta, turvallisuuskriittisyyttä ja johtajien roolia monimutkaisessa terveydenhuollon organisaatiossa. Luennon aikana kävimme myös keskustelua aiheesta tavoitteena saada aikaan sosiaalisesti jaettua ymmärrystä potilasturvallisuudesta (Scholz ym. 2014).

Johdantoluennon jälkeen jaoimme hoitotyön johtajat satunnaisesti kahteen ryhmään. Työpajatyypin työkentelyn on havaittu johtavan jaetun näkemysten syntymiseen, voimaantumiseen ja sitoutumiseen kehittämistyöhön (Bamford-Wade & Moss 2010). Ryhmät saivat kaksi case-tapausta (liite 2) työstettäväkseen. Toimintatutkimuksen mukaisesti tavoitteenamme oli, että näiden pohjalta hoitotyön johtajat itse nimeävät muutostarpeet ja keinot, joilla näihin vastataan (Dickens & Watkins 2006, Hall 2006, Glasson ym. 2008, Mackenzie ym. 2012, Harrington ym. 2013). Tällä tavalla tuimme hoitotyön johtajia ottamaan näistä omistajuuden ja pyrimme luomaan kokemuksen kehittämistä tukevasta kehittämisvastuusta (Waterman 1998, Hall 2006). Tutkijana olin mukana prosessissa myös osallistujana (Holter & Schwartz-Barcott 1993).

Ryhmätyökentelyn jälkeen kokosimme ryhmät yhteen keskustelemaan kehittämisehdotuksistaan. Yhteisen keskustelun jälkeen päädyimme neljään yhteiseen kehittämisteemaan. Asetetuissa kehittämisteemoissa pyrimme käytännönläheisyyteen (Holter & Schwartz-Barcott 1993, Mitchell ym. 2005). Kehittämisteemoiksi ja menetelmiksi määrittelimme:

1. ISBAR-mallin systemaattinen käyttö potilaiden siirtotilanteissa koko toimialueella. Malli oli jo käytössä sairaanhoitopiirissä mutta ei systemaattisessa käytössä psykiatrian toimialueella. Se ei myöskään ollut kaikille hoitotyön johtajille tuttu, ja tavoitteenamme oli, että he ottavat menetelmän ensin itse haltuun. Tämän jälkeen sitä viedään käytäntöön muun muassa keskustelemalla menetelmän käytöstä ja kouluttamalla henkilökuntaa.
2. Kirjaamisen ja raportointikäytäntöjen yhtenäistäminen. Yhtenäistämisen myötä tavoitteena oli parantaa näiden laatua ja vahvistaa sitä, että ne palvelevat potilaan hoidon toteutusta. Kehittämisessä suunnittelimme hyödynnettävän yksiköiden kirjaamisvastaavien osaamista ja verkostoitumista.
3. Yhtenäisen mallin luominen päivittäiseen työnjakoon moniammatillisessa työryhmässä. Arvioimme selkeän työnjaon tuovan moniammatilliseen työhön joustavuutta ja vähentävän päällekkäistä toimintaa. Suunnittelimme työnjaosta keskustelua eri kokoonpanoilla.
4. Lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistäminen. Pidimme tärkeänä lääkehoitokäytäntöjen yhtenäistämistä, jotta epäselvyydet vähenisivät potilaiden liikkueessa hoitonsa aikana toimialueen eri yksiköiden välillä. Tärkeäksi koimme, että asiasta keskusteltaisiin laajemminkin toimialueella. Kehittämisen keinoiksi suunnittelimme yksiköiden lääkehoitovastaavien osaamisen ja verkostoitumisen hyödyntämistä sekä HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia, jotka auttavat ongelma-kohtien tunnistamisessa.

Tavoitteenamme oli saada aikaan muutosta sovitun ajanjakson kuluessa (Glasson ym. 2008, Mackenzie ym. 2012, Harrington ym. 2013). Sovimme keskusteluvamme kehittämisalueista säännöllisesti ja päätimme pitävämme myös väli- ja loppuarvioinnit, joissa kehittämisalueita käydään tarkemmin läpi. Tämä mahdollisti myös uusien tavoitteiden syntyminen osaamisen ja reflektoinnin kehittymisen kautta (Bamford-Wade & Moss 2010).

Toimintatutkimuksessa osallistujien ja tutkijan vuorovaikutus ei ole tarkoin määriteltyä, ja osallistuessani kokouksiin olin tutkijana myös osa tutkimuskohdetta (Eriksson & Kovalainen 2008, Eskola & Suoranta 2014). Kehittämisen päävastuun sovimme olevan hoitotyön johtajilla, jolloin he voivat organisoida sen yksikössään tai yksiköissään parhaaksi arvioimallaan tavalla. Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli voikin vaihdella tiiviistä osallistumisesta jaksottaiseen osallistumiseen (Holter & Schwartz-Barcott 1993), ja oma roolini oli toimia asiantuntijana, kouluttajana ja kehittäjänä, jota hoitotyön johtajat voivat konsultoida ja hyödyntää oman tarpeensa mukaan.

## **Toimintavaihe 2**

Kehittämisen aikana olin apuna päivittämässä kehittämisalueisiin liittyvää materiaalia. Yksiköissä oli esimerkiksi käytössä erilaisia lomakkeita, joita täytettiin vastaanotettaessa tietoja siirtyvistä potilaista. Lomakkeisiin kirjattavat asiat eivät olleet yhdenmukaisia ja ohjasivat tiedon keräämistä eri tavoin. Kun tietoa välitettiin ISBAR-mallilla, joutui kirjaaja myös etsimään lomakkeesta tiedolle sopivaa

kohtaa. Loimme toimialueelle ISBAR-mallia noudattavan lomakkeen, jolloin esimerkiksi puhelimitse ISBAR-mallin mukaisesti tietoja vastaanottaessa lomaketta voi täyttää järjestelmällisesti. Tavoitteenamme oli, että yksikkökohtaisista lomakkeista luovutaan.

Osallistuin toimialueen lääkehoitovastaavien tapaamisiin ja joidenkin yksiköiden kokouksiin. Koulutin henkilökuntaa ISBAR-mallin käyttöön ja HaiPro-vaaratapahtumailmoitusten tekoon sekä keskustelin henkilökunnan kanssa kehittämisalueista näyttöön perustuvan hoitotyön ja kansallisten ohjeiden näkökulmista. Tavoitteena oli, että henkilökunta saa tietoa ja perusteita kehittämiseen. Lisäksi pidin esityksen potilasturvallisuudesta toimialueen yhteisessä tapaamisessa, jotta teema saavuttaisi eri ammattiryhmät. Kehittämisympäristön aikana välitin myös hoitotyön johtajille potilasturvallisuuden ja kehittämisalueisiin liittyvää tietoa, jota he voivat hyödyntää kehittämistyössä esimerkiksi henkilökunnan motivoinnissa tai arvioinnissa.

Väliarvioinnin toteutimme hoitotyön johtajien kehittämissäpäivässä. Keskustelimme havaituista muutoksista ja siitä, mitä niiden suhteen tulisi vielä tehdä, jotta ne siirtyisivät vahvemmin käytäntöön (Dickens & Watkins 2006, Glasson ym. 2008, Harrington ym. 2013). Tämän pohjalta päivitimme tavoitteita ja keinoja. Toimintatutkimuksen syklit mahdollistavat tällaisen osaamisen ja ymmärryksen lisääntymisen – ja sitä kautta kehittämisen (Dickens & Watkins 2006, Bamford-Wade & Moss 2010, Mackenzie ym. 2012, Langlois ym. 2014), kun osallistujat jakavat tietoaan ja kokemuksiaan avoimesti (Hall 2006). Näin saimme keskustelun kautta kaikki havainnot kaikkien hoitotyön johtajien käyttöön. Väliarvioinnissa kirjaaminen ja raportointi nousivat erityisesti esille, ja näiden kehittämiseen koimme tarvittavan enemmän panostusta. Tarkensimmekin näiden kehittämisalueiden tavoitteita ja toteutusta.

### **3.4 TUTKIMUKSEN AINEISTOJEN KERUU**

Tutkimukseni aineisto muodostuu kirjallisuuskatsauksesta, hoitohenkilökunnan teemahaastatteluista, potilasturvallisuuskoulutuksen ryhmätöistä ja koulutuksen havainnoinnista, HaiPro-vaaratapahtumailmoituksista sekä hoitotyön johtajien ryhmähaastattelusta.

#### **Kirjallisuuskatsaus**

Kirjallisuuskatsaus on keino systemaattisesti yhdistää aiempien tutkimusten tuottamaa tietoa. Keskeistä on tutkimuskysymys, johon haetaan vastausta. Kirjallisuuskatsauksessa tulee myös määritellä se, minkä tyyppistä aineistoa otetaan mukaan, selkeä hakustrategia ja sisäänottokriteerit. (Green & Thorogood 2014.) Kirjallisuuskatsaukseni (artikkeli 1) tavoitteena oli saada ymmärrystä siitä, mitkä tekijät muodostavat potilasturvallisuuden psykiatrisen osastohoidon näkökulmasta. Tavoitteena oli myös jäsentää, mistä tekijöistä potilasturvallisuus muodostuu organisaation johdon, henkilökunnan ja potilaiden näkökulmista.

Tein aineiston haun Cinahl-, Elsevier Science Direct- ja PubMed-tietokannoista hakusanojen "patient safety", "psychiatry", "mental health" ja "concept" erilaisilla yhdistelmillä. Elsevier Science Direct -tietokannassa rajasin hakua lehtiin ja aihealuetta terveydenhuoltoon, mielenterveyteen, potilasturvallisuuteen, potilaaseen ja hoitajaan, jotta hakutulokset paremmin kohdistuisivat tutkimuksen tavoitteeseen. Aineiston tyyppiä en hauissa muuten rajannut. Sisäänottokriteerinä oli englanninkielisyys ja psykiatrian konteksti.

Haku tuotti yhteensä 1293 artikkelia, jotka kävin läpi ensin otsikkotasolla poistaen artikkelit, jotka eivät otsikon perusteella vastanneet kirjallisuuskatsauksen tavoitteeseen. Jäljellä olevista artikkeleista kävin läpi näiden tiivistelmät, ja tiivistelmien pohjalta edelleen poistin artikkelit, jotka eivät vastanneet kirjallisuuskatsauksen tavoitteeseen ja sisäänottokriteereihin. Lopuksi kävin näistä läpi artikkelit, jotka olivat saatavissa koko tekstinä. Koska näin löytyi vain 20 artikkelia, jotka suoraan kuvasivat psykiatriasta osastohoitoa, laajensin sisäänottokriteeriä ja palasin tiivistelmien läpikäyntiin. Otin mukaan myös artikkeleita, joissa potilasturvallisuutta kuvattiin yleisemmällä tasolla ja jotka sopivat kuvaamaan myös psykiatrisen osastohoidon hoitoympäristöä.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 48 artikkelia, joissa kaikissa nimettiin ainakin yksi potilasturvallisuutta kuvaava tekijä. Täydensin hakua vielä etsimällä näiden artikkeleiden lähdeluetteloista lisää tavoitteeseen vastaavia artikkeleita. Löysin tätä kautta seitsemän artikkelia, joten kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 55 artikkelia. Artikkelien tyyppi vaihteli tapausraporteista ja pohdinnoista empiirisiin tutkimuksiin. Artikkelit pitivät sisällään kahdeksan kirjallisuuskatsausta ja kaksi käsiteanalyysia. Valituille artikkeleille en tehnyt laadunarviointia: keskeistä mukaan ottamisessa oli, että artikkelissa kuvattiin potilasturvallisuutta.

### **Hoitohenkilökunnan teemahaastattelut**

Kirjallisuuskatsauksen jälkeen teemahaastattelin hoitohenkilökuntaa syys- ja lokakuussa 2011. Haastattelun teemat muodostin kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Tässä väitöskirjatutkimuksessani teemoja olivat: mitä potilasturvallisuus on (artikkeli 2) ja mikä on henkilökunnan rooli potilasturvallisuudessa (artikkeli 3, vuorovaikutuksen merkitys)? Pyysin hoitohenkilökuntaa kuvaamaan näitä psykiatrisen osastohoidon näkökulmasta, kuten he asiat näkevät ja kokevat, sekä halutessaan antamaan esimerkkejä.

Tavoitteenani oli ymmärtää heidän näkökulmaansa ja todellisuuttaan potilasturvallisuudesta (Kylmä & Juvakka 2007, Ruusuvuori & Tiittula 2009, Green & Thorogood 2014, Hirsjärvi & Hurme 2014). Haastattelun näin joustavana tapana saada uutta tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2014). Haastattelun sosiaalisen toiminnan myötä haastateltavat saivat mahdollisuuden muodostaa kuvaa potilasturvallisuuteen liittyvistä tekijöistä ja luoda kanssani sosiaalisesti jaettua tietoa (Nikander 2001). Vuorovaikutus haastattelutilanteessa vaikutti näin molempiin osapuoliin (Ruusuvuori & Tiittula 2009, Eskola & Suoranta 2014), jolloin jo haastattelutilanteet toimivat kehittämisinterventioina.



Haastateltavat valitsin tarkoituksenmukaisuuden periaatteella, eli heidän tuli olla henkilöitä, joilla on kokemusta potilasturvallisuudesta (Kylmä & Juvakka 2007, Eriksson & Kovalainen 2008, Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014). Hoitohenkilökunnan valitsin, sillä arvioin, että heille on muodostunut vuorotyön ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kautta laaja kuva potilasturvallisuudesta. Tutkimuksen ulkopuolinen henkilö arpoi elokuussa 2011 päivän, jonka aamuvuoron hoitohenkilökunta, yhteensä 34 hoitajaa, muodosti potentiaalisten haastateltavien otoksen. Otin heihin yhteyttä sähköpostitse. Kerroin tutkimuksestani ja tiedustelin heidän halukkuuttaan osallistua haastatteluun. Yhteensä 26 hoitajaa ilmaisi kiinnostuksensa, ja toteutin haastattelun heidän kaikkien kanssa. Haastateltavat olivat keskimäärin iältään 39-vuotiaita, ja heillä oli työkokemusta keskimäärin 11 vuotta.

Haastattelut toteutin sairaanhoitopiirin tiloissa. Tilaksi varasin luottamuksellisuuden vuoksi osastojen ulkopuolella sijaitsevan ryhmätyö- tai neuvottelutilan, mutta haastateltava sai myös valita muun itselleen mieluisan paikan (Kylmä & Juvakka 2007, Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014). Haastattelut nauhoitin haastateltavien luvalla. Kaksi haastatelluista ei halunnut haastatteluun nauhoitettavan, ja näistä tein kirjalliset muistiinpanot. Litteroin itse haastatteluaineiston, mikä samalla auttoi minua perehtymään siihen (Kylmä & Juvakka 2007, Nikander 2010, Ruusuvuori ym. 2010).

Vaikka olin suunnitellut teemahaastattelun teemat jo ennalta ja haastattelu oli alulle panemaani ja ohjaamaani, oli se joustava tapa saada uutta tietoa. Annoin haastateltavan puhua vapaamuotoisesti kokemuksistaan ja näkökulmistaan potilasturvallisuudesta. Haastatteluissa teemojen laajuus ja järjestys vaihtelivat tämän mukaan. Teemojen avulla kävin kuitenkin samat alueet läpi kaikkien haastateltavien kanssa. (Eriksson & Kovalainen 2008, Ruusuvuori & Tiittula 2009, Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014, Hirsjärvi & Hurme 2014.)

## **Osallistavan potilasturvallisuuskoulutuksen ryhmätyöt, havainnointi ja HaiPro-vaaratapahtumailmoitukset toimintavaiheessa 1**

Potilasturvallisuuskoulutuksesta aineistoksi muodostuivat ryhmätöiden tuotokset ja havainnot muun muassa osallistujien vuorovaikutuksesta ja toiminnasta, joita teimme sairaanhoidon opiskelijoiden kanssa kun ohjasimme toiminnallista työskentelyä (Eriksson & Kovalainen 2008, Green & Thorogood 2014). Osallistavassa havainnoinnissa havainnoija ottaa osaa toimintaan osana ryhmää (Turnock & Gibson 2001). Keskustelimme havainnoistamme koulutusten jälkeen ja koko ryhmänä pari viikkoa kaikkien koulutusten toteuttamisen jälkeen. Havainnoin toimintaa myös potilasturvallisuuskoulutuksen toteuttamisen jälkeisen kehittämistoiminnan aikana. Havainnoista tein muistiinpanot. Selvitin HaiPro-vaaratapahtumailmoitusjärjestelmästä ilmoitusten määrän ja tapahtumatyyppit ennen potilasturvallisuuskoulutusta ja kehittämisen jälkeen.

## **Potilasturvallisuuden johtamisen päivän ja kehittämisen (toimintavaihe 2) arviointiseminaarin ryhmähaastattelu**

Kehittämisen arviointiaineisto syntyi nauhoitetussa ryhmähaastattelussa, joka toteutettiin potilasturvallisuuden johtamisen päivän arviointiseminaarissa (artikkeli 4). Ryhmähaastattelussa ryhmän sopiva koko on noin 4–8 henkeä (Eskola & Suoranta 2014). Suurempi ryhmän koko on haaste sen ohjaukselle (Kylmä & Juvakka 2007, Green & Thorogood 2014). Ryhmästä muodostui nyt isompi (10 hoitotyön johtajaa), mutta selkeä yhteinen tavoitteemme helpotti ryhmähaastattelun etenemistä. Ryhmähaastattelussa tavoitteena oli saada kaikki mukaan keskusteluun. (Valtonen 2009.) Aiempien yhteisten kokemusten pohjalta hoitotyön johtajille oli jo muodostunut vuorovaikutustyyli, joka mahdollisti kaikkien mielipiteiden esiin tuomisen.

Toteutimme ryhmähaastattelun neuvottelutilassa, joka mahdollisti rauhallisessa ympäristössä keskustelun (Green & Thorogood 2014). Ryhmähaastattelu myös mahdollisti hoitotyön johtajien yhteisen muistelun ja toistensa innostamisen (Kylmä & Juvakka 2007, Valtonen 2009, Eskola & Suoranta 2014). Hoitotyön johtajien muodostama luonnollinen ryhmä helpotti vuorovaikutusta. Keskustelu oli vapaamuotoista, mutta meillä kaikilla oli kuitenkin yhteisenä tavoitteena keskustella kaikista kehittämiskohteista ja arvioida niitä. Teemoiksi muodostuivat valitut neljä kehittämiskohdetta ja näiden arviointi. (Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014.)

Arvioinnissa keskustelimme havaituista muutoksista (Glasson ym. 2008, Harrington ym. 2013), siitä, kuinka kehittämistä oli toteutettu ja kuinka se oli vaikuttanut potilasturvallisuuteen. Hoitotyön johtajien suorittama arviointi mahdollisti heidän äänensä esiin saamisen (Mackenzie ym. 2012). Ryhmähaastattelu myös kehittää toimintaa, ja sen kautta yhteiset normit voivat nousta esiin (Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014). Arviointi toimikin tapana luoda lisää yhteisymmärrystä potilasturvallisuudesta ja siitä, kuinka arvioinnin jälkeen sen suhteen jatketaan (Glasson ym. 2008).

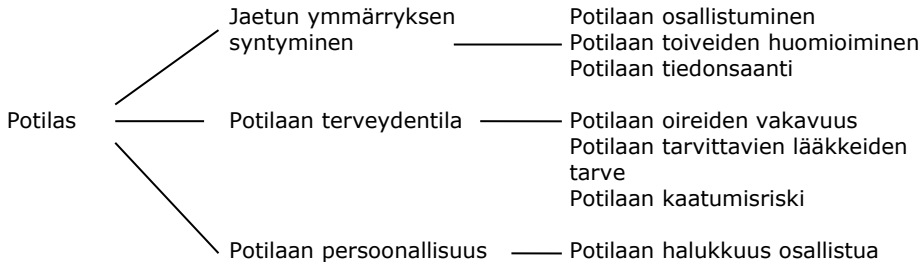
## **3.5 TUTKIMUKSEN AINEISTOJEN ANALYSOINTI**

Tutkimukseni aineistot analysoin soveltaen sisällönanalyysin menetelmää. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla tutkimusaineistoa voidaan järjestää ja kuvata systemaattisesti (Kylmä & Juvakka 2007, Green & Thorogood 2014). Se auttaa nostamaan esiin teemoja, joiden avulla aineistosta voi tehdä yhteenvetoa ja tuoda esiin tutkimukseen osallistuneiden näkemyksiä ja kokemuksia tutkittavasta aihepiiristä (Green & Thorogood 2014).

### **Kirjallisuuskatsaus**

Kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysissa tunnistin artikkeleista tekijöitä, joista potilasturvallisuuden kerrottiin muodostuvan. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valitsemissäni artikkeleissa esitettiin johtajien, henkilökunnan ja potilaiden olevan keskeisiä toimijoita potilasturvallisuudessa sekä kulttuurin yhdistävän näitä toimijoita. Tunnistetut tekijät luokittelin sen mukaan, minkä toimijan

alueeseen niiden artikkeleissa kuvattiin kuuluvan. Näiden alueiden sisällä luokittelin tunnistamani tekijät niiden samankaltaisuuden mukaan ryhmiiksi, joille annoin sitä kuvaavan nimen. Kuvassa 6 on kuvattuna esimerkki potilaaseen liittyvien potilasturvallisuustekijöiden analyysistä.



Kuva 6: Potilaaseen liittyvät, potilasturvallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

### **Hoitohenkilökunnan temahaastattelut**

Hoitohenkilökunnan temahaastattelujen aineistot analysoin syksyn 2011 ja kevään 2012 aikana. Analyysin toteutin haastatteluteemoittain aineistolähtöisesti tavoitteenani löytää haastateltavien kuvaamat keskeiset tekijät potilasturvallisuudesta (Green & Thorogood 2014). Analyysin teon aloitin tutustumalla litteroimaani aineistoon. Sen jälkeen lähdin etsimään sanoja, ilmaisuja ja lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen eli siihen, mistä tekijöistä potilasturvallisuus muodostuu. Merkitykselliset sanat, ilmaisut ja lauseet koodasin niitä kuvaavasti ja samankaltaiset ryhmittelin luokiksi. (Kylmä & Juvakka 2007, Ruusuvuori ym. 2010, Green & Thorogood 2014.) Luokista muodostin yläluokkia (Kylmä & Juvakka 2007), jotka muodostavat vastauksen tutkimuskysymykseen (Ruusuvuori ym. 2010, Green & Thorogood 2014). Liitteessä 1 on esimerkki potilasturvallisuutta tukevan vuorovaikutuksen analyysistä, joka muodostuu kolmesta yläluokasta: sujuva tiedonkulku, avoin vuorovaikutuskulttuuri ja oma aktiivisuus vuorovaikutuksessa.

### **Osallistava potilasturvallisuuskoulutus ja toimintavaihe 1**

Potilasturvallisuuskoulutuksen aineistot analysoin koulutusten jälkeen. Ryhmätöiden tuotoksista etsin aineiston analyysissä henkilökunnan nimeämiä tekijöitä, joissa henkilökunta kuvasi kehitettäviä asioita sekä mahdollisia kehittämiskeinoja. Tavoitteena oli kuvata koulutukseen osallistuneen henkilökunnan näkökulmia (Green & Thorogood 2014). Kehitettävät tekijät luokittelin sen mukaan, mihin turvallisuuskriittisen organisaation elementtiin ne kuuluivat, ja samankaltaiset ryhmittelin näiden sisällä luokiksi.

Havainnoinnin aineisto potilasturvallisuuskoulutuksesta piti sisällään lähinnä lyhyitä kirjaamiani havaintoja koulutuksen kulusta ja opiskelijoiden kanssa käymistäni keskusteluista koulutusten jälkeen. Kirjaukset sisälsivät havaintoja

ryhmätyöskentelyn käynnistymisestä, sen aikaisesta toiminnasta sekä kokonaiskuvasta, joka meille oli syntynyt työskentelyn aikana. Kehittämisen toteuttamisen havainnot pitivät sisällään huomioitani osallistujien aktiivisuudesta, keskustelujen sisällöistä ja suunnitelman etenemisestä. Havainnot ryhmittelin luokiksi sen mukaan, mitä näistä ne kuvasivat.

## **Potilasturvallisuuden johtamisen päivän ja kehittämisen (toimintavaihe 2) arviointiseminaari**

Ryhmähaastattelujen aineiston analysoin etsimällä litteroimastani tekstistä hoitotyön johtajien kuvauksia heidän havaitsemistaan muutoksista suhteessa tilanteeseen ennen kehittämistä, keinoista, joita he olivat hyödyntäneet kehittämisessä, sekä heidän arvioistaan kehittämisen vaikutuksista potilasturvallisuuteen. Tavoitteena oli saada jäsentyneesti esiin hoitotyön johtajien näkökulma kehittämisen toteuttamiseen ja tuloksiin (Green & Thorogood 2014). Kuvaukset jaoin kehittämisteemojen mukaisesti neljään ryhmään, joiden sisällä ryhmittelin hoitotyön johtajien ilmaisut niiden samankaltaisuuden mukaan.

# 4 Tulokset

## 4.1 POTILASTURVALLISUUDEN MUODOSTAVAT TEKIJÄT PSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON YKSIKÖISSÄ

### Kirjallisuuskatsaus (artikkeli 1)

Kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset käyn tässä yhteenveto-osassa läpi turvallisuuskriittisen organisaation elementtien kautta. Kirjallisuuskatsauksessa (kuva 7) potilasturvallisuuskulttuuri nousi esiin tekijänä, joka on läsnä kaikessa organisaation toiminnassa ja määrittää sitä, kuinka potilasturvallisuuden suhteen toimitaan yksikkö- ja organisaatiotasolla. Se pitää sisällään organisaation potilasturvallisuuteen liittyvät arvot ja uskomukset. Keskeistä on yhteisymmärrys potilasturvallisuudesta yhteisenä vastuuna. Potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu vuorovaikutuksessa johtajien, henkilökunnan ja potilaiden kanssa, ja johtajien rooli nousi esiin vahvimpana sen perusteella, kuinka paljon sitä käsiteltiin aiemmissa tutkimuksissa. Näissä kuvattiin johtamisen luovan mahdollisuudet turvallisen hoidon toteuttamiselle. Henkilökunnan rooli näyttäytyi johtajien ja kulttuurin luomien mahdollisuuksien hyödyntäjänä ja potilaan lähinnä tiedonantajana.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella potilasturvallisuuteen vaikuttavat organisaation rakenteelliset tekijät ovat osa johtajien vastuualuetta. Johtajien tehtäviksi kuvattiin muun muassa riittävien resurssien järjestäminen (esimerkiksi osaava ja riittävä henkilökunta) ja turvallisen hoitoympäristön varmistaminen (esimerkiksi fyysiset tilat, tietojärjestelmät, laitteet, materiaalit ja näiden huolto sekä niiden esineiden poistaminen, joilla potilaat voivat vahingoittaa itseään). Turvallinen psykologinen hoitoympäristö nähtiin kirjallisuudessa tärkeänä tekijänä hoidon toteuttamisessa. Johtajien tehtäväksi määriteltiin myös ajantasaisten ohjeiden luominen ja niiden saatavuuden varmistaminen, potilasturvallisuuden kehittämistä tukevan vaaratapahtumailmoitusjärjestelmän luominen sekä henkilökunnan osaamisen varmistaminen ja sen kehittymistä tukevien rakenteiden luominen. Henkilökunnan laaja-alainen osaaminen (esimerkiksi lääkehoidosta, ohjauksesta, havainnoinnista, ennakoinnista ja hoitomenetelmistä) mainittiin kirjallisuudessa myös osana henkilökunnan roolia.

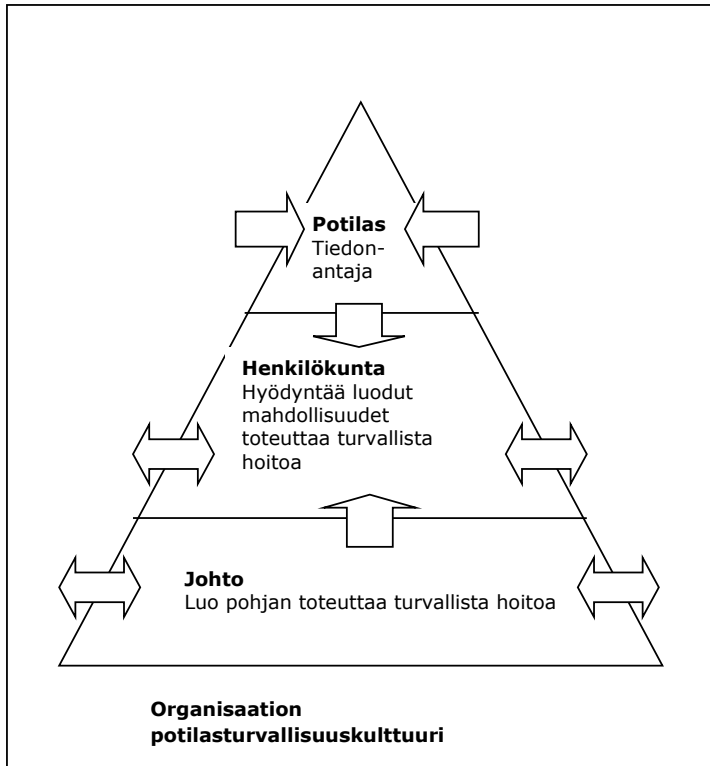
Kirjallisuuskatsauksessa keskeisiksi organisaation toimintakäytännöiksi potilasturvallisuudessa nimettiin henkilökunnan välinen vuorovaikutus ja toimintatavat, jotka mahdollistavat työrauhan ja inhimillisen työ määrän sekä omasta työhyvinvoinnista huolehtimisen. Kirjallisuudessa vuorovaikutuksen kuvattiin pitävän sisällään niin suullisen kuin kirjallisen vuorovaikutuksen käytännöt sekä vuorovaikutuksen organisaation eri yksiköiden välillä. Nämä mahdollistavat yhteisen ymmärryksen syntymisen, tukevat potilastiedon siirtymistä ja

ehkäisevät vaaratapahtumien syntyä. Kirjallisuudessa henkilökunnan toimintatavoista tärkeinä näyttäytyivät ne toimintatavat, jotka huomioivat systeeminäkö-kulmasta keskeiset inhimillisen toiminnan rajoitukset. Toimintakäytäntöjen tulee mahdollistaa työskentely ilman keskeytyksiä, ja tarvetta luottaa muistiin tulee välttää. Kirjallisuuden perusteella potilasturvallisuudessa tärkeä toimintakäytäntö on myös, että henkilökunta huolehtii omasta hyvinvoinnistaan. Potilaiden osallisuuden tukeminen, tiedon antaminen hoidosta ja avoin vaaratapahtumista keskusteleminen mainittiin lisäksi henkilökunnan toimintatapoina, jotka tukevat potilasturvallisuutta.

Organisaation yhteisymmärrykseen liittyvänä tekijänä kirjallisuuskatsauksessa nimettiin kaikkien ammattiryhmien osaamisen arvostaminen. Tämä omalta osaltaan tukee vuorovaikutuksen toimintakäytäntöä. Kirjallisuudessa tunnistettiin auktoriteettitekiäjien voivan vaikuttaa negatiivisesti päätöksentekoon, jos organisaatiossa nähdään, ettei kokemattomampi henkilökunta voi kyseenalaistaa kokeneempaa. Kirjallisuudessa pidettiin myös tärkeänä ymmärtää, että kaikille tapahtuu virheitä ja poikkeamista keskustellaan, mutta tahallisia rikkomuksia ei sallita. Myös henkilökunnan sitoutuminen muun muassa ohjeiden noudattamiseen sekä halu tuntea potilaat yksilöinä nousivat esiin.

Johtamiseen liittyviksi tekijöiksi kuvattiin muun muassa johtajien osallistava ja vuorovaikutusta hyödyntävä toimintatapa henkilökunnan tukijana ja valvojana. Tällä tavalla vahvistetaan henkilökunnan työryhmyöskentelyä, oppimista ja kehittämistä. Samalla johtajat vaikuttavat myös yksittäisen työntekijän potilasturvalliseen toimintaan osallistumisen, epäammattilliseen käytökseen reagoimisen ja vaaratapahtumiin reagoimisen kautta. Johtamiseen liittyvänä tekijänä nähtiin myös sen mahdollistaminen, että yksiköissä on hoidossa hoidon tarpeeltaan erilaisia potilaita.

Kirjallisuuskatsauksesta nousi esiin myös potilaan rooli, joka näyttäytyi pienenä, vaikka samalla todettiin sen olevan tärkeä vaaratapahtumien ehkäisyssä. Potilas kuvattiin lähinnä tiedon antajana ja vastaanottajana, jonka persoonallisuus ja terveydentila voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen, esimerkiksi vaikuttamalla vuorovaikutukseen sekä haluun osallistua hoitoonsa. Jaettu yhteisymmärrys potilaan kanssa tuotiin esiin tärkeänä tekijänä potilasturvallisuudessa. Tätä voidaan luoda potilaan osallistumisen kautta. Kirjallisuudessa tämä näyttäytyi lähinnä henkilökunnan mahdollisuutena ymmärtää potilasta ja hänen mieltymyksiään paremmin, jolloin hoitopäätökset ovat yhteensopivia potilaan arvojen kanssa.



Kuva 7: Potilasturvallisuuden muodostavat tekijät kirjallisuuden pohjalta

### Hoitohenkilökunnan teemahaastattelut (artikkelit 2 ja 3)

Haastatteluissa hoitohenkilökunta kertoi yleisesti potilasturvallisuuden tuovan heille ensimmäisenä mieleen lääkehoitoon liittyvät tekijät. Tämän jälkeen he kuvasivat potilasturvallisuutta turvallisen hoidon toteuttamisen ja kokemusten kautta (artikkeli 2). Kuvaan teemahaastattelujen tulokset turvallisuuskriittisen organisaation elementtien kautta, joihin liittyvät tekijät nousivat esiin kuvauksissa turvallisen hoidon toteuttamisesta.

Rakenteellisista tekijöistä hoitohenkilökunta toi esiin turvallisen hoitoympäristön osana turvallisen hoidon toteuttamista. Hoitohenkilökunta piti tärkeänä, että turvallinen työskentely mahdollistetaan riittävillä resursseilla (henkilökunnan määrä, välineet ja lääkkeet) ja asianmukaisilla tiloilla ja ulkoilualueilla sekä niiden huoltamisella. Samalla kun tilojen tulee mahdollistaa useamman henkilön rinnakkain työskentely ja tilan havainnointi, tulee niiden sallia potilaille myös yksityisyys. Käytettyjen materiaalien pitää myös mahdollistaa esimerkiksi liikkuminen ilman kaatumisen vaaraa. Turvallisuuskriittisen organisaation näkökulmasta nämä ovat tekijöitä, jotka kuuluvat johtajien vastualueeseen. Lisäksi hoitohenkilökunta toi esiin lakien merkityksen hoitoa määräävinä ohjeina, jotka

turvaavat potilaan oikeudet ja suuntaavat muiden ohjeiden (esimerkiksi eristys- ja sitomishoito-ohjeet) laadintaa.

Yhteiset toimintakäytännöt ja osaamisen ylläpitämisen (esimerkiksi lääkehoidosta, ravitsemuksesta, elvytyksestä ja paloturvallisuudesta) hoitohenkilökunta koki tärkeinä toimintakäytäntöinä potilasturvallisuudessa. Jaetut toimintakäytännöt luovat hoitoon selkeyttä, ja osaamisen ylläpitämisen kautta henkilökunta osaa reagoida potilaan tilanteeseen tarkoituksenmukaisesti. Jaetut toimintakäytännöt tukevat myös potilasturvallista toimintaa yllättävissä tilanteissa. Hoitohenkilökunta kuvasi myös kokonaisvaltaisen hoitonäkemyksen potilasturvallisuuden edellytyksenä. Henkilökunnan mukaan kokonaisvaltainen hoitonäkemyks on persoonallinen tapa toteuttaa hoitoa, ja se pitää sisällään jatkuvaa potilaan tilanteen arviointia ja oikean hoidon varmistamista.

Kulttuurin hoitohenkilökunta mainitsi keskeiseksi potilasturvallisuudessa. Sen kuvattiin muodostuvan ajan kuluessa ja vaikuttavan osaston ilmapiiriin sekä henkilökunnan toimintaan, toimintakäytäntöihin sitoutumiseen, toiminnan tavoitteiden määrittelyyn ja esimerkiksi pakkokeinojen käyttöön hoidossa. Hoitohenkilökunta ei suoraan ottanut esille johtajien roolia, mutta toi esiin tekijöitä, joiden voi kirjallisuuden pohjalta nähdä kuuluvan johtajien vastuualueeseen. Hoitohenkilökunta kuvasi esimerkiksi rakenteellisiin tekijöihin kuuluvan turvallisen hoitoympäristön varmistamisen tärkeäksi. Potilaan rooli kuvattiin haastatteluissa potilaan kokemusten kautta.

Toisena osa-alueena potilasturvallisuudessa hoitohenkilökunta kuvasi kokemukset turvallisuudesta, jota he luonnehtivat kolmen eri tekijän kautta: yleinen turvallisuuden kokemus, henkilökunnan turvallisuuden kokemus ja potilaan turvallisuuden kokemus. Yleisen turvallisuuden kokemuksen hoitohenkilökunta näki kaikkien osastolla olevien kokemuksena osaston turvallisuudesta, ja sen nähtiin muodostuvan esimerkiksi osaston ilmapiirin kautta. Hoitotyöntekijät kokivat työnteon edellytykseksi henkilökunnan itsensä kokeman turvallisuuden, jota tukevat rakenteelliset tekijät, kuten olemassa oleva hälytinjaestelmä.

Potilaan turvallisuuden kokemuksen hoitohenkilökunta koki muodostuvan kolmen tekijän kautta, joita voidaan tukea muun muassa hyvällä henkilökunnan ja potilaan yhteistyöllä. Potilaan kokemus, että hän on turvassa itseltään, on tärkeä turvallisuuden kokemuksen muodostumisessa, mutta hoitohenkilökunta arvioi tämän ylläpitämisen olevan haasteellista. Potilaan sairaus voi altistaa hänet esimerkiksi kaatumisille, tai hän voi kokea uhkaa, jota todellisuudessa ei ole. Potilaan turvallisuuden kokemusta voi uhata myös tunne, että osastolla ei ole turvassa toisilta potilailta heidän käytöksensä tai luottamuksellisuuden rikkomisen vuoksi. Turvallisuuden kokemukseen vaikuttavaksi tekijäksi mainittiin myös potilaan kokemukset henkilökunnan turvallisuudesta. Tähän kuvattiin olevan vaikutusta myös potilaan aiemmilla hoitokokemuksilla, jotka voivat merkittävästi vaikuttaa hoitoon tänä päivänä.

Hoitohenkilökunta ei ottanut potilasturvallisuutta kuvatessaan esiin vuorovaikutusta (artikkeli 3). Teeman 2 (henkilökunnan rooli potilasturvallisuudessa) analyysissä tämä nousi esiin keskeisimpänä tekijänä, joka hoitohenkilökunnan kuvausten perusteella vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Tämän vuoksi otin myös



sen mukaan tutkimukseeni. Potilasturvallisuutta tukevan vuorovaikutuksen kuvattiin muodostuvan kolmesta tekijästä: sujuva tiedonkulku, avoin vuorovaikutuskulttuuri ja oma aktiivisuus vuorovaikutuksessa.

Hoitohenkilökunta koki sujuvan tiedonkulun keskeiseksi turvallisen hoidon toteuttamisessa. Tässä tärkeäksi arvioitiin potilastietojen asianmukainen kirjaaminen, jolloin tiedon ajantasaisuus auttaa hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Kirjatun tiedon hyödyntäminen kuvattiin myös tärkeäksi tekijäksi, joka kiireestä johtuen ei kuitenkaan aina toteudu. Tiedon tulisi myös kulkea henkilökunnan välillä. Raporttitilanteet mainittiin keinona turvata tämä, ja tiedon välitystä oli myös pyritty yksinkertaistamaan, jotta se toteutuisi paremmin. Moniammatillisen henkilökunnan välisen tiedonkulun kerrottiin myös olevan keskeistä, ja siinä ilmenevien ongelmien kuvattiin vaikeuttavan potilaan hoidon toteuttamista. Kun muiden ammattiryhmien näkökulma ei ole tiedossa, on potilasta vaikea pitää tietoisena hoidostaan tai toteuttaa sitä itse. Myös kattava keskustelu vaaratapahtumista koettiin vaikeaksi, jos koko moniammatillinen työryhmä ei ole paikalla. Tiedonkulku muuttuneista toimintakäytännöistä nähtiin myös tärkeänä, jotta epäselvyydet voidaan välttää ja henkilökunta tietää voimassa olevat käytännöt. Tiedon tulisi myös kulkea yksiköiden välillä, minkä hoitohenkilökunta kertoi olevan haastavaa yksiköiden välisen etäisyyden ja vuorotyön takia.

Avoimen vuorovaikutuskulttuurin kerrottiin olevan keskeinen tekijä potilasturvallisuuden kannalta. Se muodostuu vuorovaikutuksen avoimuuden kautta, jota voi heikentää syyllistämisen kulttuuri. Avoimet purkukeskustelut koettiin tärkeinä, ja niiden nähtiin mahdollistavan kokemuksista keskustelun. Niitä kerrottiin pidettävän myös epävirallisemmin, lähinnä hoitohenkilökunnan kesken, muiden tehtävien lomassa. Lisäksi hoitohenkilökunta kuvasi avoimen vuorovaikutuksen kannalta tärkeäksi, että koko henkilökunta kokee tulevansa kuulluksi. Koko henkilökunnan tasavertaisuus ja mielipiteiden kuuleminen nähtiin tärkeänä, ja kun nämä eivät toteudu, kuvattiin sen johtavan turhautumiseen sekä puhumattomuuteen.

Oma aktiivisuus vuorovaikutuksessa nousi esiin kolmantena tekijänä potilasturvallisuutta tukevassa vuorovaikutuksessa. Hoitohenkilökunta kertoi, että joskus asioita jää sanomatta, jolloin heidän itsensä tulee olla aktiivisia tiedon hankinnassa. Potilaiden siirtotilanteissa tarvittavaa tietoa voi kysyä jo ennen potilaan siirtymistä, kun tietoa tarvitaan hoidon järjestelyihin liittyviin asioihin. Tässä keskeistä on rohkeus olla yhteydessä eri ammattiryhmiin. Tähän omalta osaltaan vaikuttaa myös yksikön vuorovaikutuskulttuuri. Hoitajat kokivat potilasturvallisuuden paranevan, kun yksikön kulttuuri korostaa aloitteellisuutta.

### **Yhteenveto potilasturvallisuuden muodostavista tekijöistä (artikkelit 1–3)**

Kirjallisuuskatsauksessa ja hoitohenkilökunnan haastatteluissa nousi esiin osin samoja potilasturvallisuuden muodostavia tekijöitä, mutta näissä oli myös eroavaisuuksia. Tein yhteenvedon tuloksista turvallisuuskriittisen organisaation elementtien kautta eritellen kirjallisuuskatsauksen ja hoitohenkilökunnan kuvaukset erikseen. Tavoitteenani oli samalla saada kokonaiskuva potilasturvallisu-

den muodostavista tekijöistä sekä nähdä, miten nämä eroavat toisistaan kirjallisuuskatsauksen ja hoitohenkilökunnan näkökulmista. Tätä kautta sain kuvaa siitä, mihin tekijöihin kehittämisessä on hyvä kiinnittää huomiota. Yhteenvedo potilasturvallisuuden muodostavista tekijöistä on taulukossa 1.

Sekä kirjallisuudessa että haastatteluissa tuotiin esiin turvallisuuskriittisen organisaation rakenteellisia tekijöitä: hoitohenkilökunta konkreettisten asioiden kuten turvallisen hoitoympäristön kautta ja kirjallisuus osana johtajien sekä henkilökunnan vastuualueita. Hoitohenkilökunnan mainitsevat tekijät kuvattiin kirjallisuudessa osaksi johtajien vastuualuetta, johon *nähtiin* kuuluvan turvallisen hoidon kannalta keskeisistä resursseista huolehtiminen sekä muun muassa henkilökunnan osaamisen kehittymisen tukeminen. Hoitohenkilökunta kuvasi lisäksi lainsäädännön merkitystä toiminnan rakenteellisena tekijänä.

Toimintakäytäntöjä kuvattiin niin kirjallisuudessa kuin haastatteluissakin. Vuorovaikutuksen osuus huomioitiin molemmissa, ja hoitohenkilökunta kuvasi myös oman toiminnan ja aktiivisuuden merkitystä vuorovaikutuksessa. Toimintakäytäntöjen kuvauksissa kirjallisuudessa korostettiin vastaavasti vahvemmin inhimillisten tekijöiden huomioimista, esimerkiksi työrauhan ja työhyvinvoinnin varmistamisen kautta. Nämä ovat keskeisiä tekijöitä potilasturvallisuudessa systeeminäkökulmasta. Kirjallisuudessa tuotiin esiin myös potilaan osallisuuden tukemisen merkitystä, mitä hoitohenkilökunta ei haastatteluissa maininnut. Hoitohenkilökunta sen sijaan kuvasi tärkeäksi toimintatavaksi osaamisensa ylläpitämisen, mikä kirjallisuudessa nähtiin enemmän rakenteellisena tekijänä eli olemassa olevana osaamisena.

Potilasturvallisuuskulttuuri tuotiin esiin molemmissa. Kirjallisuudessa sitä kuvattiin arvojen, uskomusten ja yhteisen vastuun kautta tekijänä, joka on läsnä kaikessa toiminnassa. Hoitohenkilökunta näki sen ajan kuluessa muodostuvana tekijänä, joka vaikuttaa merkittävästi muun muassa yksikön toimintaan, ilmapiiriin ja yksittäisten työntekijöiden tapaan toimia ja on näin keskeinen potilasturvallisuudessa.

Hoitohenkilökunnan haastatteluissa korostui vahvasti henkilökunnan oma rooli ja kirjallisuuskatsauksessa vahvasti painottunutta johtamista ei suoraan mainittu. Kirjallisuudessa johtamisen nähtiin muodostuvan muun muassa tuesta, osallistumisesta ja vaaratapahtumiin reagoimisesta. Lisäksi kirjallisuudessa tuotiin esiin yhteisymmärryksen merkitystä potilasturvallisuudessa, muun muassa osaamisen arvostamisen ja auktoriteettitekijöiden kautta. Hoitohenkilökunta sen sijaan ei maininnut yhteisymmärrykseen liittyviä tekijöitä, mutta kuvasi henkilökunnan kokonaisvaltaisen persoonallisen hoitönäkemyksen osaksi potilasturvallisuutta. Turvallisuuskriittisen organisaation näkökulmasta yhteisymmärrys ja johtaminen ovat kuitenkin tärkeitä tekijöitä potilasturvallisuudessa. Ne tukevat myös kehittämistä systeeminäkökulmasta.

Lisäksi kirjallisuudessa kuvattiin potilaan roolia, jossa potilaan persoonallisuus ja terveydentila voivat vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Henkilökunta huomioi myös potilaan terveydentilan vaikutuksen, mutta osana laajempaa turvallisuuden kokemusta, mitä ei kirjallisuudessa tuotu esiin. Hoitohenkilökunta piti turvallisuuden kokemusta tärkeänä kaikille osastolla oleville, myös heille itselleen.

*Taulukko 1: Yhteenvedo potilasturvallisuuden muodostavista tekijöistä kirjallisuuden ja hoitohenkilökunnan näkökulmista, luokiteltuna turvallisuuskriittisen organisaation elementtien kautta.*

<b>Kirjallisuuskatsaus</b>	<b>Hoitohenkilökunnan haastattelut</b>
<p>Rakenteelliset tekijät Johtajien vastuualue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riittävät resurssit</li> <li>• Turvallinen hoitoympäristö</li> <li>• Ohjeet</li> <li>• Vaaratapahtumailmoitusjärjestelmä</li> <li>• Henkilökunnan osaamisen varmistaminen</li> <li>• Henkilökunnan kehittymistä tukevien rakenteiden luominen</li> </ul> <p>Henkilökunnan vastuualue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Osaaminen</li> </ul>	<p>Rakenteelliset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Turvallinen hoitoympäristö (johtajien merkitys potilasturvallisuudessa: henkilökuntamäärä, välineet, paloturvallisuus, tilat, materiaalit, resurssit, huolto, yksityisyys)</li> <li>• Lait</li> </ul>
<p>Toimintakäytännöt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuorovaikutus (suullinen, kirjallinen, eri yksiköiden välillä)</li> <li>• Työrauhan mahdollistavat käytännöt</li> <li>• Muistin varassa toiminnan välttäminen</li> <li>• Inhimillisen työmäärän mahdollistavat käytännöt</li> <li>• Työhyvinvoinnista huolehtiminen</li> <li>• Potilaan osallisuuden tukeminen</li> </ul>	<p>Toimintakäytännöt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteiset, jaetut toimintakäytännöt</li> <li>• Osaamisen ylläpitäminen</li> <li>• Vuorovaikutus (sujuva tiedonkulku, avoin vuorovaikutuskulttuuri ja aktiivisuus vuorovaikutuksessa)</li> </ul>
<p>Yhteisymmärrys</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kaikkien ammattiryhmien osaamisen arvostaminen</li> <li>• Auktoriteettitekijöiden vaikutus</li> <li>• Inhimillisten virheiden hyväksyminen</li> <li>• Poikkeamista keskustelu</li> <li>• Sitoutuminen ohjeisiin</li> <li>• Potilaan tunteminen</li> </ul>	
<p>Johtaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuki</li> <li>• Valvonta</li> <li>• Osallistuminen</li> <li>• Vaaratapahtumiin reagointi</li> </ul>	
<p>Potilasturvallisuuskulttuuri (arvot, uskomukset)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilasturvallisuus on yhteinen vastuu</li> <li>• Läsnä kaikessa toiminnassa</li> <li>• Muodostuu vuorovaikutuksessa johtajien, henkilökunnan ja potilaiden kesken</li> </ul>	<p>Potilasturvallisuuskulttuuri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikön ilmapiiri</li> <li>• Henkilökunnan toiminta</li> <li>• Sitoutuminen käytäntöihin</li> <li>• Toiminnan tavoitteet</li> <li>• Muodostuu ajan kuluessa</li> </ul>
<p>Potilaan rooli</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiedon antaja ja vastaanottaja</li> <li>• Persoonallisuuden vaikutus</li> <li>• Terveystilan vaikutus</li> </ul>	
	<p>Kokonaisvaltainen henkilökunnan persoonallinen hoitonäkemykset</p>
	<p>Kokemus turvallisuudesta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yleinen kokemus</li> <li>• Henkilökunnan kokemus</li> <li>• Potilaan kokemus</li> </ul>

## 4.2 TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISTEN OSALLISTAMINEN POTILASTURVALLISUUDEN KEHITTÄMISEEN SYSTEEMINÄKÖKULMASTA

### Potilasturvallisuuskoulutus ja toimintavaihe 1

Kehittämisteemoina potilasturvallisuuskoulutuksessa olivat henkilökunnan välinen vuorovaikutus ja tiedonkulku sekä näihin liittyvä työryhmätyöskentely. Näiden kautta tavoitteena oli yhdessä henkilökunnan kanssa nimetä koulutusta seuranneen toimintavaiheen 1 kehittämisteemat. Nämä sulautuivat ryhmitöissä pitkälti yhteen ja toivat keskusteluun paljon yleisesti työhön liittyviä tekijöitä. Kuvaan potilasturvallisuuskoulutuksen ja siihen liittyneen kehittämisen tulokset turvallisuuskriittisen organisaation elementtien kautta.

Rakenteellisiksi tekijöiksi, joihin vaikuttamalla potilasturvallisuutta voidaan kehittää, henkilökunta näki esimerkiksi selkeät ohjeet ja menetelmät, kuten ISBAR-mallin ja raportoinnin yhtenäisen sisällön sopimisen.

Opetellaan ISBAR:in käyttö psykiatriaan soveltaen tai kehitellään oma.

Yhdenmukainen tsekkauslomake.

Siirtotilanteisiin esim. X:n [toinen sairaala] on tehty oma tiedonkoontilomake, auttaa yhdenmukaistamaan.

Raportille ”raamit” = yhteisesti sovittu raportin sisältö = pääasiat.

Henkilökunta koki useiden toimintakäytäntöjen vaativan kehittämistä. Yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä tulisi vahvistaa, työympäristöä muokata rauhallisemmaksi, osastolla tulisi olla enemmän läsnä potilaiden käytettävissä, purkukeskusteluja pitäisi järjestää systemaattisemmin, potilaan hoitosuunnitelman päivittämisestä huolehtia ja esimerkiksi ottaa avoimemmin esiin tekijöitä, jotka voivat uhata potilasturvallisuutta.

Jokaisen tapahtuman, arkitapahtuman jälkeen, voi ottaa tavaksi kysäistä, vaatiiko tämä muutaman minuutin purkua, tai kysyä vain ”tuumaatko tästä jotain?”

Uskaltaa puuttua toisten työtapaan, joka poikkeaa yhteisestä toimintatavasta.

Suunnitelman päivitys ajankohtaiseksi olisi/on asia, joka pitäis tehdä, osa tekeekin.

Pitäisi olla enemmän aikaa ja tilaa eri ammattiryhmien yhteisille pohdiskeluille ja keskusteluille.

Yhteisymmärrystä eri ammattiryhmien välillä haluttiin myös kehittää, jotta erilaiset näkökulmat eivät vaikuta potilasturvallisuuteen ja sen kehittämiseen.

Tasavertainen asetelma eri ammattiryhmien välillä auttaa, pois ”nökkimisjärjestyksestä”.

Yhteinen kieli puuttuu.

Puhutaan samoista asioista samoilla sanoilla.

Muutamat ryhmät myös ottivat esiin johtajien roolin toiminnan kehittämisessä ja johtajien tuen merkityksen esimerkiksi keskustelukulttuurin muutoksessa.

Johdon panostus ja tuki avoimelle keskustelulle > keskustelukulttuurin muuttaminen.

Johdon vastuu!

Johtaminen.

Hyvä johtaminen; rakentava keskustelu, positiivinen palaute, koulutukset (osastotunnit).

Kulttuuri mainittiin ryhmätöissä kehitettävänä tekijänä. Sen kerrottiin muuttuvan hitaasti ja voivan vaikuttaa siihen, kuinka henkilökunnan mielipiteet tulevat kuulluiksi.

Hoitokulttuurin hidas muutos ja sitä kautta uskallus/rohkeus kokeilla ja ehdottaa täysin uusia tapoja toimia > ei siis aina autoritääristä ajattelua "näin on aina tehty".

Hiljaisemmän persoonan mielipide saattaa hukkuu vahvaimmaisuisemman persoonan alle.

On vaikeita ja helpompia asioita puheeksi otettavaksi: joskus melkein parasta "puhua takanapäin" ensiksi.

Sairaalakulttuuri on perinteisesti hierarkkinen. Avoimen keskustelukulttuurin ja vuoropuhelun omaksuminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja panostusta.

Työnohjaus ja kehittämisspäivät nähtiin tapana kehittää, ja kehittämistä haluttiin toteuttaa myös yhteisesti kaikkien yksiköiden kanssa. Henkilökunta koki myös tärkeäksi, että tätä tehdään moniammatillisesti.

Työnohjaus osaston henkilökunnalle auttaa läsnäolon kehittämisessä sekä henkilökunnan sisällä että potilaiden kanssa > paineet, jännitteet vähäisempiä, selkeämmät yhteistyötavat.

Hyvän kirjaamisen käytäntöjä tulisi kehittää yhteistyöllä, moniammatillisesti.

Osaston yhteiset projektit voivat lisätä avointa keskustelua.

Kaikilla osastoilla yhteinen palaveri, jossa mukana kaikki ammattiryhmät, yhdessä luodaan toimintatavat joihin kaikki ovat valmiita sitoutumaan.

Havaitsimme ryhmätöissä keskustelun lähtevän nopeasti liikkeelle. Koko ryhmän keskusteluissa esiin nousi vielä uusia näkökulmia, joista huomasimme muiden osin innostuvan, mutta osan kokevan, etteivät ehdotetut muutokset tule onnistumaan potilaiden sairauden luonteen vuoksi. Lääkärinkiertoja esimerkiksi ehdotettiin toteutettaviksi lääkärin huoneessa potilashuoneiden sijaan, mutta osa henkilökunnasta koki, ettei tämä käytännössä toimisi. Potilaiden osallistumisen lisäämistä myös nostettiin esiin. Osa kuitenkin arvioi, että hoitokulttuuri vaatisi tässä muutosta, sillä nyt potilaat eivät olleet tottuneet osallistumaan ja toisaalta osa heistä ei ole sairautentuntoisia. Tämän kuvattiin vaikuttavan potilaiden osallistumiseen. Kokonaisuutena havaitsimme urautumista vanhoihin käytäntöihin, mutta myös innostusta kehittää uutta.

Potilasturvallisuuskoulutuksen pohjalta nimettyjen kehittämisteemojen ja edelleen näiden pohjalta yhdessä hoitotyön johtajien sekä muutosagenttien kanssa tehdyn osallistavan kehittämissuunnitelman toteuttaminen osoittautui haasteelliseksi. Sopimamme tapaaminen vastuuhoidajan tehtävänkuvasta toteutui, mutta yli puolet osallistujista puuttui. Saimme kuitenkin muodostettua vastuuhoidajan tehtävänkuvan. Ensimmäiset osastotunnit toteutuivat sovitusti, ja näihin osallistui runsaasti henkilökuntaa. Aiheet herättivät keskustelua, erityisesti läheltä piti -ilmoitusten merkitys potilasturvallisuuden kehittämisessä. Monet olivat ajatelleet, ettei näitä tarvitse raportoida, koska tilanteet eivät olleet aiheuttaneet haittaa potilaalle. Saimme keskustelun avulla selvennettyä näiden merkitystä systeeminäkökulmasta kehittämisen tukena. Esiin nousi myös yksikkökohtaisia käytäntöjä, jotka eivät noudattaneet sairaanhoitopiirin linjauksia. Nämä saimme samalla päivitettyä. Osastotuntien aikana aktiivisuus HaiPro-vaaratapahtumailmoitusten tekemisessä lisääntyi yksiköissä, kun se oli aiemmin ollut laskusuunnassa, ja ilmoituksia tehtiin aiempaa laajemmista vaaratapahtumatyypeistä. Aiemmin lähes kaikki ilmoitukset koskivat lääkehoitoa, kun nyt niitä tehtiin myös esimerkiksi tiedonkulusta, tapaturmista ja väkivallasta. Osastotunneilla monet toivat esiin, että eivät olleet tienneet, että ilmoituksia voi tehdä muustakin kuin lääkehoidosta, joten he olivat keskittyneet ilmoittamaan vain tähän liittyviä vaaratapahtumia.

Kehittämisen edetessä osastotunneilla alkoi kuitenkin olla paikalla samoja henkilöitä ja henkilökunnalla ei aina ollut tietoa siitä, että kyseinen osastotunti oli tarkoitus pitää. Osastotunneille ei aina löytynyt osallistujia, keskustelu oli niukkaa, ja joillakin kerroilla osallistujat vaihtuivat tunnin aikana useita kertoja niin, että tilanne muuttui rauhattomaksi. Muiden kehittämisalueiden eteenpäin viemiseksi olimme sopineet, että varaamme keväälle 2013 vielä yhteisiä suunnitteluaikoja hoitotyön johtajien ja muutosagenttien kanssa, mutta näitä emme saaneet sovituiksi.

Arvioimmekin hoitotyön ylimmän johdon kanssa, että kehittäminen ei kyseisessä tilanteessa ollut toteutettavissa suunnitelluilla menetelmillä, jolloin kehittämissuunnitelma ei olisi edennyt sen tavoitteiden mukaisesti. Arvioimme, että suunnitelmaa on tarpeellista muuttaa kesken kehittämisen ensimmäisen syklin, ennen varsinaiseen ensimmäiseen toimintavaiheen arviointiin pääsyä.

## **Potilasturvallisuuden johtamisen päivä ja toimintavaihe 2 (artikkeli 4)**

Kun kehittämisen ensimmäinen sykli ei toimintavaiheessa 1 edennyt suunnitellusti, päädyimme muuttamaan suunnitelmaa ja selkeämmin osallistamaan hoitotyön johtajia toisessa kehittämisen syklissä. Kuvaan potilasturvallisuuden johtamisen päivään liittyneen kehittämisen tulokset turvallisuus kriittisen organisaation elementtien kautta.

Ryhmähaastattelussa nousi esiin turvallisuus kriittisen organisaation elementtejä osana kehittämistä. Rakenteellisista tekijöistä jo ennen kehittämistä olemassa olivat ISBAR-kortit, jotka oli jaettu henkilökunnalle. Näiden systemaattinen käyttö ei vain vielä ollut muodostunut toimintakäytännöksi. Hoitotyön johtajat

arvioivat, että toteutettujen koulutusten, keskustelujen ja yhtenäisen uuden lomakkeen avulla ISBAR-mallista muodostui systemaattinen toimintakäytäntö sairaalayksiköiden välillä. Avohoidon yksiköissä systemaattiseksi toimintakäytäntöksi muuttuminen oli vielä kesken, ja hoitotyön johtajat arvioivat aiempien käytäntöjen olevan näissä syvempään juurtuneita ja hidastavan muutosta.

Myös kirjaamisen kehittäminen kuvattiin tapahtuneen lähinnä rakenteellisiin tekijöihin vaikuttamalla, kuten ohjeilla, muistilapuilla ja kirjaamisvastaavien pitämällä osastotunneilla. Näillä kirjaamisen käytäntöihin oli saatu aikaan muutosta. Hoitotyön johtajat kuitenkin arvioivat, että lisää kehittämistä tarvitaan. Selkeä ohje tai malli haluttiin luoda myös moniammatilliseen työnjakoon. Tämän hoitotyön johtajat totesivat kuitenkin haastavaksi, sillä kehittämistilanteissa läsnä oli harvoin muita kuin hoitohenkilökuntaa, mikä vaikeutti laajempaa keskustelua asiasta.

Hoitotyön johtajat kuvasivat pyrkineensä vaikuttamaan toimintakäytäntöihin ISBAR-mallin käytön, kirjaamisen kehittämisen ja moniammatillisen työnjaon selkeyttämisen lisäksi lääkehoidon toimintakäytäntöjä yhtenäistämällä. Toimintakäytäntöjä oli kehitetty lähinnä yksikkötasolla keskustelemalla, ja samalla oli havaittu myös muita alueita, joiden toimintakäytännöistä sovittiin tarkemmin. Avohoidon yksiköissä esimerkiksi oli sovittu käytännöistä, jotka turvaavat, etteivät työntekijät jää yksin työpisteeseen. Yksiköiden lääkehoitovastaavat olivat myös tavanneet muutamia kertoja tavoitteena luoda yhteisiä toimintakäytäntöjä koko toimialueelle.

Muutamissa yksiköissä oli luotu yhteinen foorumi, jossa henkilökunta pääsi keskustelemaan lääkehoitovastaavien kanssa käytännöistä, ja lisäksi oli muodostettu hoitotyön neuvosto, jota hyödynnettiin myös näiden toimintakäytäntöjen yhtenäistämässä. Yksiköiden lääkehoitovastaavat olivat kokoontuneet säännöllisesti ja luoneet yhteisiä toimintakäytäntöjä. Tässä haasteeksi koettiin kuitenkin lääkehoidon moniammatillisuus, jolloin käytäntöjä on vaikea muuttaa vain hoitohenkilökunnan toteuttaessa kehittämistä. Hoitotyön johtajat olivat suunnitelleet hyödyntävänsä lääkehoidon kehittämisessä HaiPro-vaaratapahtumailmoituksia, mutta arvioinnissa kukaan ei maininnut hyödyntäneensä näitä.

Yhteisymmärryksen merkitys näkyi ISBAR-mallin käytön systematisoimisessa. Hoitotyön johtajat kuvasivat, kuinka henkilökunnan keskuudessa oli syntynyt näkemys sen käytön hyödyistä. Johtajien merkitys tuli esiin hoitotyön johtajien oman ISBAR-mallin käyttöön sitoutumisen kautta. Sairaalayksiköiden hoitotyön johtajista osa kertoi itse käyttävänsä ISBAR-mallia, ja näissä yksiköissä mallin käyttö oli arvioinnin perusteella systemaattisinta. Yksiköissä myös vaadittiin siirto raportin antamista ISBAR-mallia noudattaen. Myös se, kuinka hoitotyön johtajat suhtautuivat luotuun, epäviralliseen ISBAR-lomakkeeseen, vaikutti kuvausten perusteella sen käyttöön. Kun hoitotyön johtaja kertoi suhtautuvansa siihen kuin muistilappuun, jonka voi käytön jälkeen hävittää, kertoi hän myös henkilökunnan toimivan samalla tavoin. Henkilökunta myös koki lomakkeen oleva hyvä muistin apuväline, jonka avulla varmistetaan keskeisen tiedon siirtyminen. Osa hoitotyön johtajista suhtautui lomakkeeseen virallisena lomakkeena,

ja näissä yksiköissä kuvausten perusteella ISBAR-mallin käyttö ei ollut yhtä systemaattista.

Kulttuurin rooli nousi vahvimmin esille suullisen raportoinnin kehittämisessä, joka osoittautui haastavaksi. Hoitotyön johtajat olivat havainneet tässä vahvan kulttuurin, joka ei tukenut raportin keskittymistä potilastiedon tiivistettyyn välittämiseen. Raporttitilanteiden kerrottiin olevan välillä henkilökunnalle tilaisuus osoittaa omaa osaamistaan, minkä kerrottiin johtavan raporttien pitkään keston. Raportteja käytettiin myös tilanteiden purkuun. Hoitotyön johtajat halusivat, että nämä tapahtuisivat muualla ja raporteilla keskityttäisiin keskeiseen potilastiedon välitykseen. Myös raporteilla käytetyn tavan puhua potilaista arvioitiin vaativan kehittämistä, jotta se ei vaikuttaisi potilaiden hoitoon negatiivisesti. Tämän nähtiin myös syntyneen kulttuurin kautta ja vaativan pidemmän ajan muutoksen aikaansaamiseksi.

Selkeimmän muutoksen hoitotyön johtajat kuvasivat tapahtuneen ISBAR-mallin käytössä, jossa yksinkertaiset ohjeet ja apuvälineet olivat auttaneet sen käytön systematisoitumisessa. Vastaavasti raportointikäytäntöjen ja moniammatillisesti tapahtuvien toimintojen kehittäminen kuvattiin vaikeimmaksi. Lisäksi hoitotyön johtajat, jotka kertomansa perusteella olivat käyttäneet aktiivisia ja osallistavia kehittämisen menetelmiä, toivat esiin selkeämpiä muutoksia toiminnassa.

Kokonaisuutena hoitotyön johtajat arvioivat, että aikaansaadut muutokset vaikuttavat potilasturvallisuutta parantavasti. Hoitotyön johtajat arvioivat, että potilaat ovat suurimpia hyötyjiä kehittämisestä ja henkilökunta havaitsee muutoksen hitaammin. Osallistavan kehittämisen hoitotyön johtajat kokivat vaikuttaneen heidän johtamiseensa myönteisesti ja mahdollistaneen heille tilan, jossa jakaa osaamistaan, kokemustaan ja ideoitaan. Tämä koettiin hyväksi, sillä ryhmässä oli niin kokeneempia kuin kokemattomampia johtajia, mikä rikasti kokemusten vaihtoa. Hoitotyön johtajat arvioivat, että kehittäminen on vielä kesken, ja päätyivätkin jatkamaan kehittämisprosessia. Tämä kehittämistyö ei enää ole osa tutkimustani.

### **4.3 MALLI POTILASTURVALLISUUDEN JATKUVASTA KEHITTÄMISESTÄ PSYKIATRISEN ERIKOISSAIRAANHOIDON YKSIKÖISSÄ**

Tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen, kirjallisuuskatsauksen, hoitohenkilökunnan haastattelujen, potilasturvallisuuskoulutuksen ja potilasturvallisuuden johtamisen päivän tulosten pohjalta loin mallin potilasturvallisuuden jatkuvasta kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä (kuva 8). Malli yhdistää systeemiajattelun ja organisaation kehittämisen lähtökohdat soveltaen niitä potilasturvallisuuden kehittämiseen, ja sen tavoitteena on luoda kokonaisvaltaisen kehittämisen näkökulma potilasturvallisuuden parantamiseen.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikön näen mallissa turvallisuuskriittisenä organisaationa ja työyhteisönä, jonka eri elementit (potilasturvallisuus-



kulttuuri, johtaminen, rakenteelliset tekijät, toimintakäytännöt ja yhteisymmärrys) muodostavat yksiköiden sisäisen systeemin ja kehittämisen kohteen. Kehittämisen toteuttamisen pohjana käytin mallissa organisaation kehittämisen teoriaa, jonka mukaan kehittämistä on mahdollista saada aikaan tarkoituksellisesti ja se tapahtuu eri muutosvaiheiden kautta. Organisaation kehittämisen teorian mukaisesti kehittäminen etenee suunnitteluvaiheen kautta toteutusvaiheeseen ja edelleen arviointivaiheeseen, joita seuraa uusi samanlainen sykli. Turvallisuuskriittisen organisaation ja organisaation kehittämisen teorioihin yhdistin lisäksi systeeminäkökulman: sen mukaisesti kehittäminen mallissa kohdistuu koko psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikön systeemiin, eli yhtäaikaaisesti kaikkiin turvallisuuskriittisen organisaation elementteihin. Kehittämisessä huomioidaan myös terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden toiminta osana systeemiä.

Kehittämisen toteutuksen osa-alueiden taustalla on myös organisaation kehittämisen teoria, ja se yhdistyy kirjallisuuskatsauksesta, hoitohenkilökunnan haastatteluista, potilasturvallisuuskoulutuksesta ja potilasturvallisuuden johtamisen päivästä esiin nousseisiin tekijöihin. Näissä kehittämisen toteutuksessa tärkeäksi kuvattiin muun muassa sitoutumisen ja osallistamisen merkitystä sekä moniammatillisen henkilökunnan ja johtajien yhdessä toimimista. Potilasturvallisuuskoulutus toi näyttöä siitä, että henkilökunta osaa tuottaa kehittämisideoita moniammatillisesti sekä pitää tätä hyvänä tapana kehittää toimintaa. Myös johdon toiminnan merkitys tuotiin esiin tärkeänä. Erityisesti potilasturvallisuuskoulutuksessa korostui johdon sitoutumisen merkitys kehittämisen toteutuksessa, ja potilasturvallisuuden johtamisen päivä toi näyttöä siitä, että johdon aktiivinen osallistuminen saa aikaan muutosta. Tästä näkökulmasta johtajat on tärkeä sitouttaa kehittämiseen heti sen suunnitteluvaiheessa. Nämä tekijät on huomioitu mallissa. Mallin arviot eri vaiheiden kestosta pohjaavat potilasturvallisuuskoulutuksen ja potilasturvallisuuden johtamisen päivän toteuttamisen tuottamaan tietoon.

Mallissa kehittäminen etenee suunnittelu- ja toteutusvaiheiden kautta arviointivaiheeseen. Potilasturvallisuuden kehittäminen on mallissa jatkuvaluonteinen prosessi. Tässä arviointivaihe ja uusi suunnitteluvaihe ovat kokonaan tai osittain päällekkäisiä vaiheita. Potilasturvallisuuden kehittämiselle ei mallissa ole siis selkeää loppua, vaan kun yksi sykli arvioinnin ja suunnittelun myötä päättyy, aiempaa kehittämisen kohdetta, tavoitteita ja keinoja tarkennetaan tai tunnistetaan uusi potilasturvallisuuden kehittämisen tarve.

Mallin lähtökohdanna on, että tarve kehittää toimintaa tai sen osaa potilasturvallisemmaksi on tunnistettu organisaatiossa tai työyhteisössä. Kehittämiseen nimetään kehittämisryhmä ja/tai kehittämisestä vastaava henkilö, joka huolehtii prosessin etenemisestä ja jolle varataan tähän aikaa. Kehittäminen alkaa suunnitteluvaiheella, jossa myös kehittämisryhmä selkeämmin ryhmäytyy. Suunnitteluvaiheessa kehittämisryhmä tai kehittäjä perehtyy organisaation tai työyhteisön toimintaan analysoiden systeeminäkökulmasta, mihin tekijöihin kehittäminen on tärkeä kohdistaa potilasturvallisuuden näkökulmasta (1).

Perehtyminen/analyysi voidaan suorittaa koko organisaation tai työyhteisön systeemiin tai kohdennettuna rajattuun osaan siitä, kun tunnistettu kehittämisen kohde on valmiiksi selkeä kokonaisuus (esimerkiksi lääkehoidon prosessi tai potilaan kotiuttamisen prosessi). Perehtymisessä/analyysissä huomioidaan molemmissa tapauksissa koko organisaation tai työyhteisön sisäinen systeemi (potilasturvallisuuskulttuuri, johtaminen, rakenteelliset tekijät, toimintakäytännöt ja yhteisymmärrys) kehitettävän alueen osalta sekä henkilökunnan ja potilaiden toiminta. Perehtymisessä/analyysissä kehittämisryhmä tai kehittäjä käyttää apuna organisaatiossa käytössä olevia menetelmiä, jotka auttavat tunnistamaan toimivia ja toimimattomia systeemitekijöitä organisaation tai työyhteisön toiminnassa. Hyödyntää voidaan esimerkiksi vaaratapahtumailmoituksia, riskienanalyysyjä, GTT-menetelmää, viranomaisten ylläpitämiä rekistereitä vaaratilanteista ja haittavaikutuksista, potilaspalautteita, havainnointia, haastatteluja (henkilökunta, potilaat, potilaiden läheiset) ja tutkimusta.

Osana suunnitteluvaihetta varmistetaan johtajien sitoutuminen kehittämiseen. Tarvittaessa johtajia koulutetaan potilasturvallisuudesta, systeeminäkökulmasta potilasturvallisuuteen, turvallisuuskriittisen organisaation näkökulmasta ja johtajien omasta roolista potilasturvallisuudessa. Tarkoituksena on, että ennen kehittämisen toteutusvaihetta johtajilla on valmiudet tukea kehittämistä sekä selkeä ymmärrys omasta roolistaan, jolloin he voivat sitoutua kehittämiseen. Sitoutumisen kautta johtajat voivat tukea kehittämisprosessia jo ennen sen toteutusvaiheen alkua vaikuttamalla (2) systeemiin, erityisesti potilasturvallisuuskulttuuriin, johtamiseensa ja sen varmistamiseen, että organisaation tai työyhteisön rakenteelliset tekijät mahdollistavat kehittämisen toteuttamisen. Johtajat voivat esimerkiksi varmistaa jo etukäteen, että organisaatiossa on käytössä menetelmiä, joiden avulla toimintaa voidaan analysoida systeeminäkökulmasta.

Suunnitteluvaiheeseen varataan aikaa vähintään noin 2–4 kuukautta. Tarve vaihtelee muun muassa käytettävissä olevien resurssien mukaan: onko esimerkiksi kehittämisryhmän tai kehittäjän mahdollista toteuttaa perehtymistä/analyysia täyspäiväisesti vai rajatumminkin ja onko kehittämisen kohdetta ennakoita tarkennettu? Myös johtajien sitouttamiseen varataan suunnitteluvaiheesta aikaa, jonka määrään vaikuttaa se, kuinka perehtyneitä johtajat ovat potilasturvallisuuteen liittyviin tekijöihin.

Toteutusvaiheessa kehittämiseen osallistetaan johtajat ja koko henkilökunta. Osallistumisen taso voi vaihdella, mutta tärkeää on, että kaikilla on tieto kehittämisen kohteesta ja toteutuksesta. Kehittämisryhmä tai kehittäjä on tässä tärkeässä roolissa varmistaen osallistumisen ja tiedonkulun kaikille tahoille. On tärkeää, että kaikilla on mahdollisuus tuoda esiin omia ajatuksiaan kehittämisestä sekä sitoutua siihen ja että kehittämisestä syntyy yhteinen näkemys. Toteuttamisvaiheessa keskeinen osa toimintaa on yhteinen valmistautuminen muutokseen ja vanhoista toimintatavoista poisoppimiseen. Toteuttamisvaiheessa kehittämisryhmän tai kehittäjän avustuksella tunnistetaan yhdessä kehittämistarve tai -kohde organisaation tai työyhteisön perehtymisen/analyysin pohjalta sekä konkreettiset tavoitteet ja keinot. Kehittämistavoitteita nimetään kerrallaan enintään 2–3.

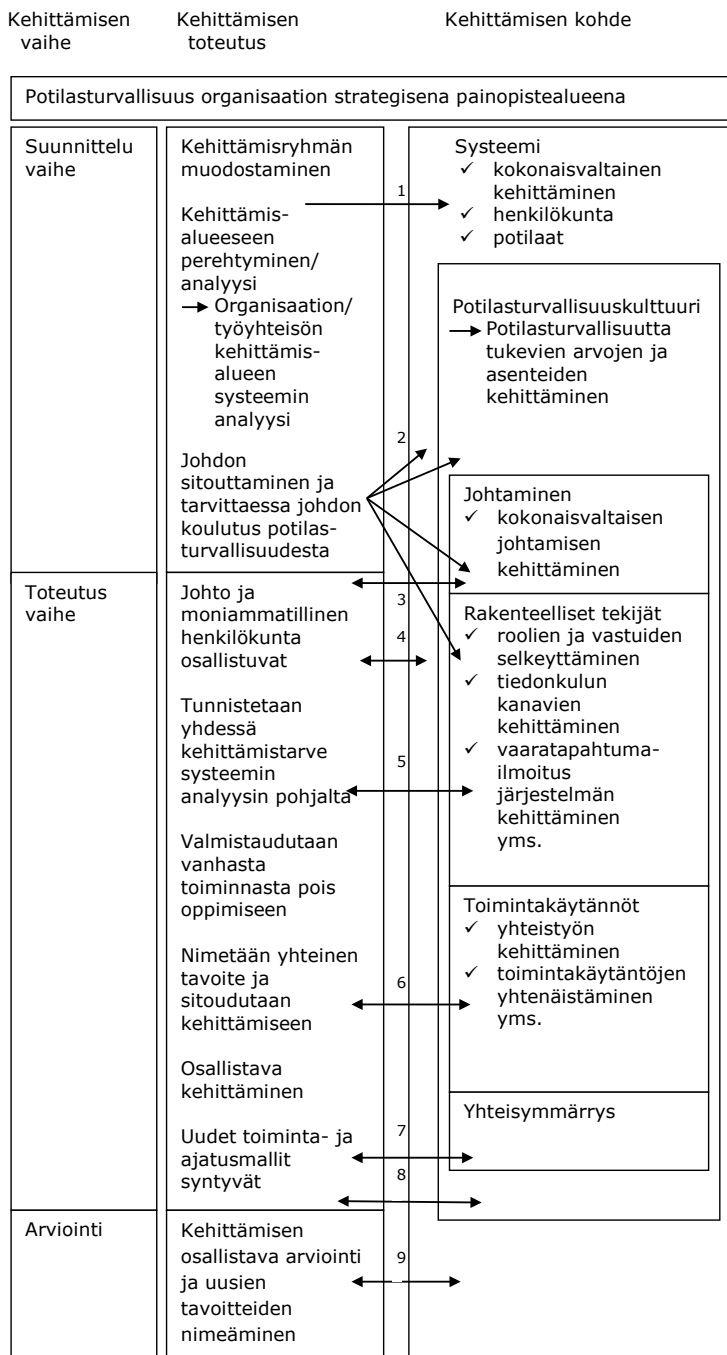
Kehittämisen keinoina hyödynnetään erilaisia menetelmiä, jotka mahdollistavat henkilökunnan osallistumisen (esimerkiksi simulaatio, ryhmät ja työpajat), ja myös arvioidaan niiden potentiaalisia vaikutuksia toimintaan niin henkilökunnan kuin potilaidenkin näkökulmasta.

Kehittämistarpeen tai -kohteen sekä tavoitteiden ja keinojen nimeämisessä huomioidaan koko systeemi (4), minkä seurauksena kehittäminen on kokonaisvaltaista ja inhimilliset tekijät huomioivaa. Tämä pitää sisällään potilasturvallisuuskulttuurin (8) ja potilasturvallisuutta tukevien arvojen ja asenteiden kehittämisen: kehittämisen kohde esimerkiksi organisaation perustehtävän ja henkilökunnan roolien selkeyttäminen, avoimen ilmapiirin luominen, syylistämättömyyden painotus, moniammatillisen kulttuurin kehittäminen ja potilasturvallisuus arvona. Myös johtaminen (3) huomioidaan kehittämisessä: kehittämisen kohde esimerkiksi kokonaisvaltaisen johtamisen kehittäminen. Kehittäminen kohdistetaan myös rakenteellisiin tekijöihin (5): kehittämisen kohde esimerkiksi tilaratkaisujen kehittäminen, henkilökuntaresursseihin vaikuttaminen, ohjeiden luominen ja päivittäminen, roolien ja vastuiden selkeyttäminen, tiedonkulun kanavien kehittäminen, tarkistuslistojen kehittäminen ja vaaratapahtumailmoitusjärjestelmän kehittäminen. Kehittämisessä huomioidaan myös toimintakäytännöt (6): kehittämisen kohde esimerkiksi vuorovaihtuksen kehittäminen, tilannetietoisuuden kehittäminen, yhteistyön kehittäminen, toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen ja ennakoinnin kehittäminen. Lisäksi huomiota kiinnitetään yhteisymmärryksen luomiseen (7): kehittämisen kohde esimerkiksi jaetun turvallisuusajattelun kehittäminen. Tavoitteiden ja keinojen on tärkeää kohdistua kaikkiin näihin osa-alueisiin, jotta uusi toimintatapa tai prosessi voi muuttua uudeksi, jaetuksi toimintamalliksi. Toteutusvaiheessa luodaan yhdessä uusia toiminta- ja ajatusmalleja sekä sovelletaan näitä käytäntöön, jolloin ne voivat muuttua osaksi toimintaa. Toteuttamisvaiheeseen varataan aikaa vähintään noin kolme kuukautta, jotta havaittavia muutoksia on mahdollista saada aikaan.

Toteuttamisvaiheen jälkeen kehittämistä arvioidaan yhdessä. Arvioinnissa hyödynnetään niin kehittämisessä mukana olevan henkilökunnan kokemuksia kuin systeemin analyysin tuottamaa tietoa (9). Arviointi kohdistuu kaikkiin systeemin osa-alueisiin. Arviointikeskusteluun varataan aikaa vähintään noin 3–4 tuntia. Arvioinnin pohjalta tavoitteita ja menetelmiä tarkennetaan sekä aloitetaan uusi kehittämisen sykli. Näin yhden syklin arviointi ja uuden suunnitteluvaihe toteutuvat päällekkäisinä. Kehittämisen kohteesta ja tavoitteesta riippuen toteutetaan useampia kehittämisen syklejä peräkkäin, kunnes päästään lopulliseen tavoitteeseen. Tämän jälkeen voidaan nimetä uusi kehittämisen kohde ja tavoite. Kehittämisryhmä tai kehittäjä työskentelee yhdessä henkilökunnan kanssa koko prosessin ajan sitouttaen heitä kehittämiseen, keräten tietoa ja antaen palautetta.

Keskeistä jatkuvassa kehittämisessä on säännöllisesti tarkastella systeemin toimivuudesta kertovien järjestelmien ja palautteen antamaa viestiä sekä hyödyntää tätä kehittämisessä. Kriittisiä tekijöitä onnistuneessa kehittämisessä on sitoutuminen, aika, asenne, osallistaminen ja johtaminen.

Malli on luotu potilasturvallisuuden jatkuvaan kehittämiseen psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Mallin näkökulma potilasturvallisuuden kehittämiseen ei kuitenkaan keskity psykiatrisen erikoissairaanhoidon erityispiirteisiin vaan lähestyy kehittämistä yleisesti organisaation kehittämisen, turvallisuuskriittisen organisaation ja systeeminäkökulman kautta. Näin malli mahdollistaa niin organisaatioiden, työyksiköiden kuin eri erikoisalojen erityispiirteiden huomioimisen kehittämisen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Suunnitteluvaiheessa kehittämialueeseen perehtymisen/analyysin kautta saadaan esiin juuri kyseisessä organisaatiossa tai työyhteisöissä kehitettävät alueet, ja osallistavan kehittämisen kautta voidaan huomioida erityispiirteet ja -tarpeet. Näin malli on hyödynnettävissä terveydenhuollon organisaatioissa ja yksittäisissä työyksiköissä sekä myös muilla erikoisaloilla potilasturvallisuuden kehittämässä. Suunnittelu-, toteutus- ja arviointiprosessi on sovellettavissa myös muuhun kehittämiseen.



Kuva 8: Malli potilasturvallisuuden jatkuvasta kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä – yksi kehittämisen sykli

# 5 Pohdinta

## 5.1 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksen eettisyyden arviointi on keskeistä, sillä toimintatutkimuksessa minulla oli läheinen kontakti tutkimukseen osallistujiin (Kylmä & Juvakka 2007), mikä ei saanut vaikuttaa heidän vapaaehtoiseen osallistumiseensa (Eskola & Suoranta 2014). Eettisiä näkökohtia voi lisäksi tarkastella aiheen valinnan, aineiston keräämisen ja analysoinnin sekä tulosten raportoinnin kautta.

Tutkimusaiheeni valintaan vaikutti henkilökohtainen kiinnostukseni aihepiiriä kohtaan. Tutkimukseni näkökulmasta on vielä vähän kansallista tutkimustietoa yleisesti terveydenhuollosta, ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon näkökulmasta tutkimus on kansainvälisestikin keskittynyt vain muutamiin hoidon osa-alueisiin. Tutkimukseni voi näin auttaa kehittämään potilasturvallisempaa hoitoa ja on siis eettisesti perusteltu. Tutkimustani varten hain tutkimusluvan ja eettisen toimikunnan lausunnon tutkimusorganisaatiosta. Kirjallisuuskatsauksessa hyödyntämäni aineisto oli pitkälti kansainvälistä, jolloin aineistossa kuvatuissa terveydenhuollon toimintakulttuureissa voi olla jonkin verran poikkeavuutta suomalaiseen. Pyrin huomioimaan tämän kulttuurisen vaikutuksen perehtymällä näiden maiden terveydenhuoltojärjestelmien eroihin verrattuna suomalaiseen.

Eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tietoista. Kerroin tutkimukseen osallistujille kaikissa vaiheissa sen tarkoituksesta, käyttämästäni menetelmästä, toteuttamisesta, aineistojen käsittelystä ja säilyttämisestä sekä siitä, kuinka pyrin turvaamaan luottamuksellisuuden ja yksityisyyden tuloksia julkaistaessa. (Eriksson & Kovalainen 2008, McNiff & Whitehead 2011, Eskola & Suoranta 2014, Green & Thorogood 2014.) Olin töissä samassa organisaatiossa kuin tutkimukseen osallistujat ja tunsin heistä osan jo aiemmin, mikä on voinut vaikuttaa heidän osallistumiseensa. En kuitenkaan ollut tutkimuksen toteuttamisen aikana työtehtävissäni asemassa, jonka kautta olisin voinut velvoittaa heitä osallistumaan tutkimukseeni. Työtehtäväni asiantuntijana sen sijaan mahdollisti toimintatutkimuksessa tärkeän luonnollisen yhteistyön tutkimukseen osallistujien kanssa sekä kehittämistoiminnan toteuttamisen. Tätä kautta minulla oli myös organisaation ja sen käytäntöjen tuntemusta, joka on toimintatutkimuksen toteuttamisessa tärkeää. Sen ansiosta pystyin esimerkiksi koulutuksissa antamaan käytännön esimerkkejä tai tarkentamaan asioita tutkimuksen eri vaiheissa organisaation toiminnan huomioiden.

Yksilöhaastatteluja toteuttaessani lähetin potentiaalisille haastateltaville yksittäin sähköpostitse kirjeen, jossa kerroin tutkimuksen yksityiskohdista ja jossa oli yhteystietoni. Yksilö- ja ryhmähaastatteluihin osallistuneita informoin vie-

lä henkilökohtaisesti siitä, kuinka he olivat valikoituneet haastateltaviksi, sekä annoin mahdollisuuden kysyä mahdollisista epäselvistä asioista tutkimukseen liittyen. Haastateltavia informoin myös mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu ja vetäytyä tutkimuksesta milloin vain. Lopuksi varmistin haastateltavien suostumuksen osallistumiseen ja pyysin allekirjoittamaan kirjallisen luvan sekä yksilö- että ryhmähaastatteluissa. (Kylmä & Juvakka 2007, Eskola & Suoranta 2014.)

Toimintatutkimuksessa haasteellista osallistumisen vapaaehtoisuudessa on, että osallistujat voivat vaihtua kesken prosessin (Williamson & Prosser 2002, Green & Thorogood 2014) ja heidän voi olla vaikeaa antaa tietoon perustuvaa suostumusta tutkimuksen lopullisen suunnan ollessa avoin. Täysi nimettömyys on myös haasteellista säilyttää, kun organisaatiossa tiedetään tutkimuksen toteuttamisesta. (Williamson & Prosser 2002.) Kehittämisinterventioista tiedotin ennen niiden alkamista, ja potilasturvallisuuskoulutusten aluksi kerroin niiden yhteydestä tutkimukseeni, jonka vuoksi hyödyntäisin syntyneitä materiaalia tutkimuksessani. Kerroin, että havainnoimme toimintaa ja teemme tästä muistiinpanot, joita hyödynnettäisiin tutkimuksessa. Osallistujille kerroin heidän mahdollisuudestaan poistua kesken koulutuksen, mikäli eivät siihen enää halua osallistua. Kirjallista suostumusta en pyytänyt, vaan tulkitsin osallistumisen suostumukseksi. Toimintaa toteutettiin kaikissa vaiheissa niin, että valitut toimenpiteet olivat osallistujien itsensä yhdessä määrittlemiä ja sellaisia, joihin he olivat valmiita osallistumaan.

On myös tärkeää, että haastateltava voi luottaa, että hänen kertomiaan asioita käsitellään ja raportoidaan luottamuksellisesti (Eskola & Suoranta 2014, Hirsjärvi & Hurme 2014). Haastattelut nauhoitin haastateltavien luvalla. Aineistot olen koodannut, ja ne eivät sisällä haastateltavan nimeä tai hänen työyksikkönsä tietoja, joita en kerännyt lainkaan. Litteroin haastattelut itse ja jätin mainitut nimet ja selkeät viittaukset yksiköihin litteroimatta. Näin mahdollistin paremmin analyysin toteuttamisen niin, että en analyysivaiheessa tunnistanut, kenen haastateltavan aineistosta tutkimuskysymykseen vastaavat tekijät olivat. Digitaalisen nauhurin, jolla haastattelut tallensin, tyhjensin aina litteroinnin jälkeen. Litteroidut aineistot säilytän salasanasuojatussa tiedostossa ja paperiset aineistot lukitussa tilassa, ja ne hävitän silppuamalla. Tulosten raportoinnissa kiinnitin huomiota siihen, että yksittäisten osallistujien henkilöllisyys ei paljastu. Tämän olen huomionnut myös suorien lainauksien käytössä, joiden tavoitteena oli tukea tulkintojani. Tutkimusorganisaatiota en raportoi.

## **5.2 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS**

Luotettavuuden arvioinnissa on tärkeää tarkastella tutkimuksen uskottavuutta, refleksiivisyyttä, vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä. Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa myös se, kuinka tutkimuksen eri vaiheet (syklit) on toteutettu ja millaista yhteistyö tutkimukseen osallistujien kanssa oli, on keskeistä (Coghlan & Shani 2014). Tärkeää on, että tehdyt valinnat on kuvattu (Turnock & Gibson 2001).

Osallistumisen vapaaehtoisuus on tärkeää arvioitaessa tutkimuksen uskottavuutta eli sitä, kuinka hyvin tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä (Kylmä & Juvakka 2007, Eskola & Suoranta 2014). Osallistujat olivat vapaaehtoisia, ja heillä oli työnsä kautta kokemusta tutkimusaiheesta. Osallistujat toivat esiin näkemyksiään ja kokemuksiaan hyvin avoimesti, esittäen myös kritiikkiä. Työni organisaatiossa mahdollisesti myös helpotti vuorovaikutukseen pääsyä ja auttoi ymmärtämään organisaation toimintaa sen toimintakulttuurin näkökulmasta (Eriksson & Kovalainen 2008). Tämä oli hyödyksi erityisesti kehittämisinterventtioiden toteuttamisessa ja auttoi minua näkemään saman todellisuuden kuin tutkimukseen osallistujat sekä käyttämään heille tuttuja käsitteitä (Kalliola 2001).

Tulosten refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkija on tietoinen omista henkilökohtaisista arvoistaan ja lähtökohdistaan (Kylmä & Juvakka 2007, McNiff & Whitehead 2011, Green & Thorogood 2014). Työni kautta minulle oli muodostunut ennakkomielikuva, jonka pyrin tiedostamaan ja lähestymään osallistujia sekä kehittämistä ilman ennakkokäsityksiä. Tutkimukseni raportissa olen pohtinut ja avannut omaa lähtökohtaani tutkimuksen toteuttamiseen. On kuitenkin mahdollista, että aiemmat mielikuvat ovat voineet vaikuttaa tutkimuksen kuluessa tekemiini ratkaisuihin.

Tulosten vahvistettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimusprosessi on seurattavissa (Kylmä & Juvakka 2007, Green & Thorogood 2014). Pyrin kirjoittamaan tutkimusprosessin eri vaiheet auki niin, että sen kulku on nähtävissä. Haastatteluaineistot analysoin yksin, mikä voi heikentää analyysin luotettavuutta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, Eriksson & Kovalainen 2008, Green & Thorogood 2014). Toteutin tutkimuksen psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä, mutta kehittämisen kohteena olivat yleiset potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät systeeminäkökulmasta, eivätkä psykiatrisen erikoissairaanhoidon erityispiirteet. Kirjallisuuskatsauksessa myös nousi esiin, että potilasturvallisuus pitää sisällään samanlaisia tekijöitä erikoisalasta riippumatta, ja kehittämisen lähtökohtana tutkimuksessani olikin systeeminäkökulma, turvallisuuskriittinen organisaatio ja organisaation kehittäminen yleisesti. Näiden näkökulmien pohjalta samat kehittämismenetelmät ovat hyödynnettävissä myös muilla erikoisaloilla. Tutkimusraportissa olen myös pyrkinyt kuvaamaan tutkimukseen osallistujia ja tutkimusympäristöä niin, että tuloksia on mahdollisuus soveltaa samantyyppisiin tilanteisiin ja tutkimusilmiöihin. Toimintatutkimus on kuitenkin aina kontekstispesifinen pyrkiessään ratkaisemaan juuri kyseisen työyhteisön kehittämistarpeita (Mckenzie ym. 2012).

Tutkimukseni ei edennyt alkuperäisen suunnitelman mukaan. Toimintatutkimuksessa sen osallistava luonne voi johtaa siihen, että se ei etene tarkoitetulla tavalla ja voi tuottaa yllättäviä tuloksia. Keskeistä on näistä oppiminen. (Eriksson & Kovalainen 2008.) Suunnitelman muutoksessa huomioinkin tekijät, jotka alkuperäisessä suunnitelmassa vaikuttivat sen etenemisen keskeyttymiseen. Potilasturvallisuuskoulutukseen liittynyt kehittämisen vaihe jäi kuitenkin



keskeneräiseksi niin, että emme päässeet arvioimaan sitä systemaattisesti, ja potilasturvallisuuden johtamisen päivään liittyen toteutettiin vain yksi kokonainen sykli. Nämä voivat heikentää tutkimukseni luotettavuutta.

Toimintatutkimuksessa on myös aina haasteena arvioida, missä määrin tutkimusprosessi on tuottanut muutosta (Mackenzie ym. 2012). Toimintatutkimusta kritisoidaankin toiminnan ja tutkimuksen tiiviistä kytkeytymisestä toisiinsa, käytännönläheisyydestä ja tutkijan osallistumisesta toimintaan, sillä nämä tuovat haasteita objektiivisten ja yleistettävien tulosten tuottamiseen (Eriksson & Kovalainen 2008). Tutkimuksessani vaiheiden muutosten arvioinnit tapahtuivat subjektiivisten kokemusten kautta, joihin voivat vaikuttaa henkilökohtaiset mielikuvat. Toimintatutkimuksessa keskeistä on kuitenkin yritys kehittää osallistujien toimintaa, eikä niinkään aikaansaadun muutoksen määrä (Waterman 1998, Burnes 2004, Burnes & Cooke 2012). Toteutetun toiminnan kautta tutkimus voi näin vaikuttaa merkittävästi osallistujien toimintaan ja organisaation tai työyksiköiden prosesseihin (Eriksson & Kovalainen 2008). Kun kehittäminen ei edennyt yksiköissä suunnitelman mukaan, arvioin tarpeelliseksi muuttaa suunnitelmaa, jotta yhteistyö ja kehittämisen vapaaehtoisuus eivät kärsisi. Keskustelin suunnitelman muutoksesta hoitotyön ylimmän johdon kanssa, ja päädyimme toteuttamaan kehittämistä yhdessä kaikkien hoitotyön johtajien kanssa. Hoitotyön johtajien kanssa toteutettu kehittäminen jatkuu vielä tämän tutkimuksen ulkopuolella johtajien omana kehittämistyönä.

### **5.3 TIIVISTÄVÄT PÄATELMÄT TULOKSISTA**

Tutkimukseni tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää, miten potilasturvallisuutta voidaan kehittää psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tavoitteenani oli luoda malli potilasturvallisuuden jatkuvasta kehittämisestä psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Tutkimukseni päätulos on luotu malli potilasturvallisuuden jatkuvasta kehittämisestä, johon liittyviä neljää keskeistä tekijää ja niiden osa-alueita tarkastelen seuraavaksi. Näiden tekijöiden ja osa-alueiden huomioiminen on tärkeää onnistuneessa potilasturvallisuuden kehittämisessä terveydenhuollon yksiköissä ja organisaatioissa yleisesti.

#### **Johtajien toiminnalla on merkittävä vaikutus potilasturvallisuuden kehittämiseen**

Johtajien toiminnan kannalta keskeinen tulos on, että hoitohenkilökunta ei haastatteluissa kuvannut johtamista suoraan osaksi potilasturvallisuutta. Johtajien toiminnan merkitys tuli esiin myös toimintatutkimukseni prosessissa, joka ei ensimmäisessä vaiheessa edennyt suunnitellusti, kun johtajat eivät siihen alusta lähtien osallistuneet. Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa johtajien rooli on kuitenkin keskeinen (McFadden ym. 2015), ja he ovat sitoutuneita turvallisuuden ylläpitämiseen (Saleh ym. 2010). Johtajien toiminnan myös ymmärretään vaikuttavan organisaatiotasolla turvallisuuden kehittämiseen (Eklöf ym. 2014). Tulosten perus-

teella potilasturvallisuuden johtaminen on suhteellisen näkymätöntä suhteessa sen tärkeyteen. Johtajat eivät haastattelujen perusteella tuo riittävästi esiin omaa näkemystään potilasturvallisuudesta, sitoutumisestaan sen ylläpitämiseen ja sitä, kuinka he omalla toiminnallaan vaikuttavat siihen, jolloin johtajan rooli jää henkilökunnalle epäselväksi. Henkilökunnan kuvausten perusteella potilasturvallisuus pitää kuitenkin sisällään alueita, joihin johtajien toiminnalla vaikutetaan. On tärkeää, että johtajat kehittävät toimintaansa niin, että siitä tulee näkyvää. Näin he vahvistavat omaa rooliaan potilasturvallisuuden kehittämisessä.

Kehittämisen interventtioiden perusteella johtajien tapa toimia on oleellinen kehittämisen etenemisen ja saatavien tulosten kannalta. Potilasturvallisuuden kehittämistä voi ohjata organisaatiossa myös muu henkilö, esimerkiksi potilasturvallisuuskoordinaattori, mutta on oleellista, että johtajat ovat myös aktiivisesti mukana. On todettu, että kun johtaja tuo esiin näkemystään kehittämisen tavoitteista ja kannustaa kehittämään, on henkilökunnankin helpompi sitoutua siihen (Kouzes & Posner 2006, Agnew & Flin 2014). Tulosten perusteella henkilökunnan kanssa käydyt keskustelut tukevat muutosta, mutta johtajan oma aktiivinen osallistuminen ja henkilökuntaa osallistavat menetelmät tukevat paremmin kehitettävien alueiden muuttumista osaksi toimintaa.

Kehittämisessä johtaja luo yhteisen kehittämisen ilmapiirin, on läsnä ja kuuntelee henkilökuntaa (Kouzes & Posner 2006). Terveysthuollossa haasteeksi on todettu potilasturvallisuuden kanssa kilpailevat muut tavoitteet (Wahlström & Rollenhagen 2014), jotka tässä tutkimuksessa nousivat esille merkittävinä tekijöinä aikatauluja sovittaessa. Systeeminäkökulmasta kaikki terveydenhuollon toiminta kytkeytyy yhteen, ja näin nämä muut toiminnat ja tavoitteet myös vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Johtajien on tärkeää pyrkiä hahmottamaan näiden tekijöiden väliset yhteydet paremmin, jolloin potilasturvallisuuden kehittäminen on selkeämmin osa kaikkea toimintaa, eikä vain oma, irrallinen osa-alueensa.

Johtajien osalta keskeistä potilasturvallisuuden kehittämisessä on osoittaa käytännön toimilla, että he arvostavat turvallista toimintaa (Katz-Navon ym. 2005). Tulosten perusteella tätä tulee kehittää, sillä henkilökunnan kuvausten perusteella henkilökunta ei aina toimi tunnistamiensa turvallisten toimintatapojen mukaisesti. Myönteistä on, että henkilökunta tunnistaa potilasturvallisen toiminnan edellytyksiä ja tekijöitä, jotka systeeminäkökulmasta tarkasteltuna auttavat kehittämisessä. Johtajien on hyvä luoda tilaisuuksia, jotka mahdollistavat näiden näkökulmien hyödyntämisen. Samalla keskeistä on, kuinka johtajat palkitsevat potilasturvallisesta toiminnasta, jotta henkilökunta toteuttaa sitä kaikissa tilanteissa. Ruuska (2013) on todennut, että terveydenhuollossa voi olla tarpeen pyrkiä pois tasapäisyyteen perustuvasta palkitsemistavasta ja uudistaa palkitsemisen ajattelua. Henkilökunta ei koe kaikkea palkitsemista yhtä tyydyttävänä, ja erilaisiin palkitsemisen muotoihin tulee kiinnittää huomiota, ottaen huomioon myös henkilökunnan yksilölliset motivaatiota tukevat tekijät. Tulosten perusteella johtajat eivät vielä riittävästi tuo esiin, miten he näkevät esimerkiksi riskien oton toiminnassa tai uusien toimintaehdotusten esiin tuomisen.

## **Ymmärrystä potilasturvallisuuden kokonaisvaltaisuudesta on tärkeä kehittää**

Potilasturvallisuutta lähestytään usein yksittäisten alueiden kautta huomioiden vain oma ammattiryhmä tai työyhteisö. Tämä näkyi myös tutkimuksessani. Turvallisuuskriittisessä organisaatiossa turvallisuutta kuitenkin lähestytään laajasti ja kokonaisvaltaisesti, jotta työn erilaiset riskit voidaan ymmärtää (Reiman ym. 2012). Jos terveydenhuollon organisaatio ja sen yksiköt nähdään turvallisuuskriittisenä organisaationa ja toimintaa halutaan kehittää systeeminäkökulmasta, ei potilasturvallisuuskeskustelu ole terveydenhuollossa vielä riittävän laajaa ja systeeminäkökulmaa huomioivaa. Keskustelu ei mahdollista sitä, että henkilökunnalle syntyisi ymmärrys oman toimintansa vaikutuksista kokonaisturvallisuuteen. Vaikka henkilökunta tunnistaakin potilasturvallisuuden edellytyksiä, potilasturvallisuus ei kuitenkaan vielä nouse yhtä selkeästi esiin toiminnan päämääränä kuin turvallisuuden ylläpitäminen muissa turvallisuuskriittisissä organisaatioissa.

Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa turvallisuus ymmärretään koko organisaatiota koskevana yhteisenä asiana (Reiman ym. 2008), ja tutkimukseni tulosten perusteella tämä vaatii terveydenhuollossa vielä kehittämistä. Henkilökunta toi esiin potilasturvallisuuskoulutuksessa moniammatillisen yhteisymmärryksen ja yhteistyön tärkeyden, mutta samalla käytännön työtilanteet eivät tue tämän syntymistä. Vaaratapahtumailmoitusten käsittely ei esimerkiksi tapahdu vielä riittävän usein yhteisesti koko moniammatillisen työryhmän kanssa, mikä ei tue ajatusta siitä, että ne koskettavat kaikkia. Terveydenhuollon moniammatillisen työryhmän työn organisointi ja työn rakenteet eivät vielä luo aina riittäviä mahdollisuuksia yhteisen keskustelun syntymiselle. Eri ammattiryhmien edustajat voivat työskennellä useammassa yksikössä, mikä voi aikataulullisesti asettaa haasteita läsnäololle, jos tätä ei systemaattisesti huomioida työn suunnittelussa. Systeeminäkökulmasta juuri heillä kuitenkin voi olla merkittävää tietoa potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Toisaalta riskinä on, että pelkästään hoitohenkilökunnan osallistuminen kehittämiseen vain vahvistaa ajatusta, että potilasturvallisuus koskettaa vain heitä. Muissa turvallisuuskriittisissä organisaatioissa on hyödynnetty esimerkiksi koulutusmenetelmiä, jotka tukevat yhteisen tavoitteen mukaista toimintaa (Sculli ym. 2013), ja näitä on hyvä soveltaa jatkossa terveydenhuoltoon, jotta potilasturvallisuudesta muodostuu vahvemmin yhteinen asia.

Merkittävänä tuloksena kokonaisvaltaisen potilasturvallisuusymmärryksen kannalta näen kokemuksen merkityksen, jonka huomioimista hoitohenkilökunta kuvasi haastatteluissa. Tämä on tekijä, joka ei muissa turvallisuuskriittisissä organisaatioissa nouse esiin ja jota vähemmän huomioidaan potilasturvallisuuskeskustelussa. Terveydenhuollon organisaatiossa erityisesti potilaan kokemuksen merkitys on tärkeä ja voi omalta osaltaan kertoa systeemin toimivuudesta tai esimerkiksi potilaan kohtaamisen laadusta. Hoidon toteutus voi olla teknisesti suoritettu oikein ja organisaation toiminnan elementit kohdillaan, mutta potilaalle voi silti syntyä kokemus potilasturvallisuuden vaarantumisesta.

Vaaratapahtuma on tämän pohjalta tärkeää nähdä laajemmin kuin konkreettisenä fyysisenä haittana tai sen uhkana. Systeminäkökulmasta tämän tyyppinen kokemuksellinen vaaratapahtuma syntyy toteutettaessa hoitoa potilaan luona, mutta sen ehkäisemiseen suojaukset on luotava moniulotteisesti. Tämä toteutuu esimerkiksi varmistamalla kiireetön potilaskontakti (esimerkiksi rakenteellisiin tekijöihin vaikuttamalla: riittävä määrä henkilökuntaa ja rauhalliset tilat) ja vaikuttamalla henkilökunnan asenteisiin (esimerkiksi vaikuttamalla kulttuuriin: potilaan kohtaaminen nähdään keskeisenä osana työtä). Myös henkilökunnan omat kokemukset on hyvä huomioida, sillä näissä on tulosten perusteella samankaltaisuuksia. Eklöf ym. (2014) havaitsivat tutkimuksessaan, että psykososiaalisen hoitoympäristön tekijät vaikuttavat niin potilasturvallisuuteen kuin työntekijöiden turvallisuuteen. Tämä kertoo omalta osaltaan terveydenhuollon organisaation systeemien merkittävästä vaikutuksesta toisiinsa, mikä on tärkeää huomioida pyrittäessä ymmärtämään potilasturvallisuutta kokonaisvaltaisesti.

### **Vuorovaikutus on keskeinen tekijä potilasturvallisessa toiminnassa ja sen kehittämisessä**

Vuorovaikutus on keskeinen tekijä monessa potilasturvallisuutta edistävässä käytännössä (Helovuom ym. 2011), ja myös organisaation kehittämisessä muutosta tapahtuu vuorovaikutuksen kautta (Burke 2006). Tutkimuksessani vuorovaikutuksen voi nähdä vaikuttaneen kehittämisinterventioiden toteuttamiseen. Ennen moniammatillisia potilasturvallisuuskoulutuksia keskustelimme kehittämisen tarkoituksesta, mutta emme riittävästi, jolloin sitoutuminen kehittämiseen jäi heikoksi, ja potilasturvallisuusjohtamisen interventiossa moniammatillinen kehittäminen ei edennyt yhteisten vuorovaikutustilanteiden puutteen vuoksi. Vuorovaikutus on kuitenkin keskeinen keino luoda kokonaisvaltaista ymmärtämistä (Goldenhar ym. 2013). Tämän pohjalta kehittämisen suunnitteluun on tärkeää varata aikaa. Tarvitaan myös enemmän tilaisuuksia moniammatilliselle sekä eri yksiköiden väliselle vuorovaikutukselle, jotta kehittäminen käynnistyy. Potilasturvallisuuskoulutuksessa ehdotetut yksiköiden väliset tapaamiset ja kehittämispäivätyyppinen toiminta ovat keinoja, joita on hyvä kehittää.

Vuorovaikutus muokkautuu sosiaalisesti (Cornell ym. 2014) ja tutkimukseni perusteella ei aina myönteiseen suuntaan, jolloin esimerkiksi raportointi ei tue turvallista hoitoa. Sen ohella, että on tärkeää luoda toimivaa moniammatillista vuorovaikutusta, joka tukee potilaiden hoidon suunnittelua ja toteutusta, on myös tärkeää kiinnittää huomiota tapaan puhua. Vuorovaikutus on keskeistä tilannetietoisuuden synnyssä (Lekka 2011), ja jos vuorovaikutus ei tue neutraalia potilaan hoidossa tarvittavan tiedon välittymistä, tuo se riskejä potilaan hoitoon. Tilanteissa, joissa keskustellaan potilaan hoidosta, inhimillisten tekijöiden näkökulmasta on tärkeää pyrkiä vähentämään muuta puhetta, jotta henkilökunnan huomio pysyy potilaan hoitoa käsittelevässä vuorovaikutuksessa. Muuhun keskusteluun on myös tärkeää varata omat tilaisuutensa, jotta ne eivät siirry osaksi potilastiedon välityksen tilanteita. Henkilökunnalla on kuitenkin tarve keskus-

tella myös omista kokemuksistaan, mikä luo avointa keskustelukulttuuria ja voi auttaa nostamaan esiin myös potilasturvallisuuden kannalta keskeisiä tekijöitä.

Merkittävä tulos vuorovaikutuksen kannalta on hoitohenkilökunnan kuvaama oman aktiivisuuden merkitys vuorovaikutuksessa. Terveydenhuollossa tilanteet muuttuvat nopeasti, ja aiemmin on havaittu, että henkilökunnalla voi näissä tilanteissa olla puutteellinen kuva potilaan tilanteesta (Calleja ym. 2011). Tässä korostuu henkilökunnan aktiivisuus hankkia tietoa sekä olla vuorovaikutuksessa muun työryhmän kanssa. Vuorovaikutuskäytännöillä on kuitenkin riskinä muokkautua suuntaan, joka ei tue avointa keskustelua (Nagpal ym. 2012), ja vuorovaikutusta on tärkeä pyrkiä kehittämään kokonaisuutena esimerkiksi tukemalla avointa ja syyllistämätöntä kulttuuria.

Vaikka hoitohenkilökunta kuvasi vuorovaikutuksen keskeiseksi potilasturvallisuudelle ja tunnisti tässä ongelmia, merkittävää on, että vuorovaikutusta ei ollut kattavasti yritetty kehittää. Price ym. (2014) havaitsivat tutkimuksessaan, että terveydenhuollossa henkilökunta voi pyrkiä mukautumaan ja järjeistämään itselleen, miksi hoitoa voi toteuttaa vähemmän optimaalisesti, jotta se saisi hallitua psykologista epämukavuutta, jota voi syntyä muun työyhteisön kanssa vastakaisten näkemysten esiin tuomisesta. Garon (2012) on vastaavasti todennut, että vuorovaikutuskäytäntöihin sosiaalistutaan. Tulosten perusteella vaikuttaa, että henkilökunta koki vuorovaikutuksen haasteet osaksi työtään, ja niiden kanssa vain yritettiin selvitä. Inhimillisten tekijöiden näkökulmasta tämä on ymmärrettävää, mutta samalla tämä on tekijä, johon on tärkeää pyrkiä vaikuttamaan. Tutkimusprosessin aikana systemaattisemmin käyttöön otettu ISBAR-malli on yksinkertainen keino ohjata vuorovaikutusta potilaan turvallista hoitoa tukevaan suuntaan ja osoittaa, että vuorovaikutukseen voi vaikuttaa. Standardoituna mallina se myös vähentää eri ammattiryhmien välisiä viestinnän eroja, ja se on muokattavissa myös muuhun kuin potilassiirtotilanteisiin soveltuvaksi.

Systeeminäkökulmasta vuorovaikutuksella on merkittävä rooli terveydenhuollon organisaatiossa. Esiin nousseet vuorovaikutuksen ongelmat voivat lisätä koko systeemin vaaratapahtumien riskiä. Kiireessä päivittämättä jäänyt potilaan hoitosuunnitelma aiheuttaa henkilökunnalle helposti lisää kiirettä, jolloin vaaratapahtumien riski lisääntyy. Hoitosuunnitelman puutteet voivat edelleen vaikuttaa organisaation ulkopuolelle asti heikentäen hoidon jatkuvuutta, kun potilas siirtyy jatkohoitoon toiseen organisaatioon. Riski lisääntyy edelleen, kun turvallisuuskriittisessä organisaatiossa tärkeät tietojärjestelmät eivät tue tiedon kulkua (Schiff ym. 2015). Käytäntöjä on tärkeää pyrkiä yhtenäistämään eri organisaatioiden välillä aiempaa systemaattisemmin, jolloin vuorovaikutuksen systeemitekijöiden vaikutusta vaaratapahtumien syntyyn saadaan vähennettyä.

### **Turvallisuuskriittisen organisaation näkökulma on hyödynnettävissä terveydenhuollossa potilasturvallisuuden kehittämisessä**

Tutkimukseni perusteella potilasturvallisuuden kehittämisessä terveydenhuollossa voidaan soveltaa turvallisuuskriittisen organisaation näkökulmaa ja menetelmiä. Näissä vaaratapahtumien raportointi on keskeinen osa toimintaa

(Swensen ym. 2013), ja sen kautta saadun tiedon avulla turvallisuutta kehitetään systeeminäkökulmasta (Kirwan ym. 2013). Tutkimukseni perusteella tämä on toimiva tapa lähestyä potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumailmoitusten hyödyntäminen vaatii kuitenkin vielä kehittämistä. Johtajilla on todettu olevan tärkeä rooli ilmoitusten hyödyntämisessä (Zaheer ym. 2015), ja tämä on tärkeä huomioi-da, jotta voidaan hyödyntää ilmoituksista saatava tieto ja samalla myös motivoida henkilökuntaa ilmoitusten tekoon. Tutkimukseni perusteella ilmoitusten teosta keskustelu ja kouluttaminen tukevat tätä, mikä on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (esimerkiksi Kirwan ym. 2013).

Turvallisuuskriittisessä organisaatioissa on keskeistä jatkuva toiminnan kehittäminen, johon Suomen terveydenhuollossa kattavasti käytössä oleva HaiPro-vaaratapahtumailmoitusjärjestelmä tarjoaa hyvän pohjan. Terveydenhuollossa reagoiminen kuitenkin tapahtuu usein vasta, kun haittapahtuma on jo tapahtunut (Chassin & Loeb 2013). Ennakoiva kehittäminen vaatiikin vielä panostusta. Eettisesti tämä on myös kestävämpi vaihtoehto. Kehittämisessä ei tarvitse odottaa, että potilas on kohdannut haitan. Tutkimukseni perusteella ilmoitukset ovat myös hyödynnettävissä yli yksikkörajojen. Vaaratapahtumailmoitusten hyödyntämisen käytännöt ovat tässä keskeisiä (Qin ym. 2015), ja niitä on tärkeä kehittää. Ilmoituksissa on parhaimmillaan paljon tietoa vaaratapahtuman syntyyn vaikuttavista tekijöistä, jotka on tärkeää saada kehittämisessä käyttöön pelkän ilmoitusten määrän lisäksi. Organisaatioissa ilmoitusten hyödyntämistä voidaan tukea muun muassa systeemiajattelun, johtajien sitoutumisen, avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin sekä vaaratapahtumien käsittelyn tuloksista tiedottamisen kautta (Kinnunen 2010).

Turvallisuuskriittisissä organisaatioissa eri ammattiryhmien autonomiaa on vähennetty (Macchi ym. 2011), päätöksenteon hierarkiaa on madallettu (Casler 2014) ja erilaisia näkemyksiä arvostetaan (Chassin & Loeb 2013). Tutkimukseni perusteella tämä ei vielä toteudu potilasturvallisuuden edistämisessä: esimerkiksi yksilöllisiin toimintatapoihin on yhä vaikea vaikuttaa ja moniammatillinen yhteistyö on usein enemmän nimellistä. Clark (2009) on todennut, että työryhmytyöskentelytaitoja tulee harjoitella. Terveydenhuollossa kuitenkin usein painotetaan enemmän teknisten taitojen koulutusta (Reid & Bromiley 2012). Tulosten perusteella on tärkeää panostaa moniammatillisen henkilökunnan yhteiseen koulutukseen ja tilaisuuksiin, jotka mahdollistavat yhteisen näkemyksen syntymisen. Tutkimuksessani käytetty ryhmätyömenetelmä on tässä hyvä keino. Ryhmätyö mahdollistaa jaetun ajattelumallin kehittymisen (Lamont ym. 2010, Little 2014) ja tukee osallistujien voimaantumista, vuorovaikutuksen kehittymistä ja tietoisuuden lisääntymistä (Mitchell ym. 2005, Crozier ym. 2012, Saucier ym. 2012). Yhteistyön kehittyminen auttaa huomioimaan paremmin erilaiset näkemykset systeemin eri osa-alueiden toimivuudesta ja kehittämään niitä.

Turvallisuuskriittisessä organisaatioissa turvallisuuden kannalta keskeiset elementit ovat organisaation rakenteelliset elementit, toimintakäytännöt, yhteisymmärrys turvallisuudesta, johtaminen ja kulttuuri (Reiman ym. 2012). Näiden kaikkien osa-alueiden huomioiminen tukee tutkimukseni perusteella toiminnan

systematisoitumista, mikä näkyi ISBAR-mallin käyttöönotossa. ISBAR-kortti, eli rakenteellinen tekijä, oli kaikilla henkilökunnan jäsenillä jo olemassa. Hoitotyön johtajien sitouduttua mallin käyttöön ja henkilökunnan saatua koulutusta siihen sen käyttö alkoi muodostua hoitohenkilökunnan keskuudessa toimintatavaksi ja sen käyttötarkoitus ymmärrettiin. Muutos on tärkeää saada osaksi kulttuuria (Kotter 2006), ja tässä ISBAR-mallin käytöstä tuli osa yksiköiden toimintakulttuuria niin, että sen käyttöä odotettiin myös muiden yksiköiden henkilökunnalta. ISBAR-mallin käytön systematisoituminen osoittaa myös, että hyvin yksinkertaiset ja vähän ylimääräisiä resursseja vaativat toimintatavan muutokset voivat parantaa potilasturvallisuutta. Haasteena on vielä saada tämänkaltaiset mallit osaksi moniammatillista yhteistyötä.

## **5.4 TUTKIMUKSEN MERKITYS JA JOHTOPÄÄTÖKSET**

Tutkimukseni sijoittuu terveyshallintotieteen alalle, jonka kiinnostuksen kohteena ovat sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiseen ja palveluiden organisointiin sekä arviointiin liittyvät teemat. Näitä tarkastellaan usein makrotason ilmiönä, esimerkiksi poliittisen päätöksenteon kautta. Terveyshallintotieteessä hyödynnetään laajasti eri yhteiskuntatieteiden teorioita. Tutkimuksessani organisaation kehittämisen teoria yhdistyy systeeminäkökulmaan sekä näkökulmaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköistä osana terveydenhuollon organisaatiota, joka toimii turvallisuuskriittisen organisaation periaatteiden mukaisesti. Näitä näkökulmia on kansallisesti hyödynnetty vielä vähän. Vaikka tutkimukseni on toteutettu psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä, tuottaa se tietoa myös muuhun terveydenhuoltoon, sillä tutkimukseni ei keskity tämän erityispiirteisiin vaan lähestymistapa kehittämiseen on yleisempi systeemi- ja organisaationäkökulma.

Terveys nousee esille tutkimuksessani terveydenhuollon organisaation toiminnassa keskeisen potilasturvallisuuden kautta, ja tarkastelunäkökulmana on mikrotaso eli työyhteisötason johtaminen ja toiminnan kehittäminen. Huomio on kokonaisvaltaisessa käytännön hoitotyön toimintakäytäntöjen ja kulttuurin kehittämisessä, mikä terveyshallintotieteellisessä tutkimuksessa on vielä harvinaisen näkökulma. Terveyshallintotieteen ja kansallisen potilasturvallisuustutkimuksen näkökulmasta käyttämäni toimintatutkimus on vielä vähän käytetty tutkimusmenetelmä.

Tutkimukseni teko ajoittui vaiheeseen, jolloin keskustelu sosiaali- ja terveyspalveluista oli vilkasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kentän kehitys asettaa haasteita koko potilasturvallisen systeemin toimivuudelle: kuinka esimerkiksi varmistetaan tiedonkulku sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä? Samalla on tärkeää arvioida, tulisiko potilasturvallisuusajattelua laajentaa niin käytännössä, tutkimuksessa kuin koulutuksessakin asiakasturvallisuusajatteluksi, jossa huomioidaan koko sosiaali- ja terveydenhuolto. Potilasturvallisuus vaatii resursseja, mutta myös vaaratapahtumat aiheuttavat kustannuksia. Keskeinen kysy-

mys onkin, mihin palvelujärjestelmässä halutaan panostaa ja mitä arvostetaan. Potilasturvallisuus vaatii strategista lähestymistä, jossa tunnistetaan hoitoon vaikuttavat systeemitelijät koko organisaatiossa ja siirrytään pois tiukasta erikoisalakohtaisesta potilasturvallisuuden tarkastelusta. Potilasturvallisuutta on laajempaan kokonaisuutena tutkittu kansallisesti vielä vähän, ja tutkimukseni tarjoaa tietoa siitä, kuinka potilasturvallisuutta voidaan kehittää laajemmasta näkökulmasta. Kehittäminen systeeminäkökulmasta organisaation sisältä huomioi sen toimintaympäristön, ja tutkimuksessani hyödynnetyt kehittämismenetelmät antavat näyttöä siitä, että tuloksekas kehittäminen ei aina vaadi suuria rahallisia resursseja ja on yhdistettävissä osaksi työtä.

Tutkimukseni perusteella potilasturvallisuus on moniulotteinen asia. Terveydenhuollossa onkin tärkeää pitää potilasturvallisuutta esillä kaikessa toiminnassa ja luoda henkilökunnalle tilaisuuksia osallistua kehittämiseen, sillä tutkimukseni perusteella henkilökunnalla on tähän osaamista. Kulttuuria on tärkeä ohjata suuntaan, jossa vuorovaikutus on avointa ja toiminnan kehittäminen nähdään yhdeksi osaksi työtä potilaiden hoidon rinnalla. Yhteisen kehittämisen ja yhteistyön kautta on mahdollista luoda edellytyksiä henkilökunnan liikkuvuudelle, jolla voidaan varmistaa riittävä henkilökuntamäärä kriittisissä työpisteissä.

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon näkökulmasta on hyvä huomioida, että psykiatrisen osastohoidon potilasturvallisuus rakentuu systeeminäkökulmasta tarkasteltuna samoista elementeistä kuin muiden erikoisalojen potilasturvallisuus. Se koskettaa hoitoa laajemmin kuin vain pakon käytön (eristäminen, liikkumisvapauden rajoittaminen, tahdosta riippumaton hoito ym.) osalta. Psykiatrisen hoidon näkökulmasta tämä tukee tarvetta nostaa keskusteluun myös muita psykiatrisen hoidon osa-alueita.

Tutkimukseni tukee näkemystä turvallisuuskriittisissä organisaatioissa käytettyjen menetelmien soveltuvuudesta terveydenhuollon organisaation potilasturvallisuuden kehittämiseen. Organisaation rakenteiden on tärkeä tukea toimintaa, mutta tarvitaan myös yhteisymmärrystä, johtamista ja kulttuurin tukea, jotta systemaattinen toimintakäytäntö syntyy. Jotta uusista potilasturvallisuutta tukevista toimintatavoista muodostuu jaettu toimintamalli, on tärkeää huomioida nämä turvallisuuskriittisen organisaation elementit ja myös systeeminäkökulma. Tiedonkulkua voidaan esimerkiksi parantaa ISBAR-mallin avulla nopeastikin, kun nämä tekijät huomioidaan. Kehittämiseen on kuitenkin myös tärkeää varata aikaa, sillä se vaatii usein moniammatillista kulttuurin muutosta. Tutkimuksessa luomaani mallia potilasturvallisuuden kehittämiseen voidaan hyödyntää kehittämisessä niin yksikkö- kuin organisaatiotasolla.

## **5.5 JATKOTUTKIMUSAIHEET**

1. Aiempien tutkimusten perusteella on näyttöä johtamisen merkittävästä roolista potilasturvallisuuden kehittämisessä. Tarvitaan kuitenkin vielä tutkimusta siitä, kuinka johtajia terveydenhuollon organisaation eri tasoilla voidaan tukea potilasturvallisuuden kehittämisessä.



2. Systeminäkökulma mahdollistaa terveydenhuollon organisaation toiminnan tarkastelun monipuolisesti, huomioi inhimilliset tekijät toiminnassa ja tukee potilasturvallisuudelle tärkeää syylisämätöntä otetta potilasturvallisuuden kehittämässä. Terveydenhuollossa systeeminäkökulman huomioiminen on kuitenkin vielä alussa, ja tarvitaan lisää tutkimusta siitä, kuinka erilaisia systeemittekijöitä voidaan tunnistaa ja kehittää.
3. Terveydenhuollon organisaatiot ja yksiköt voi nähdä turvallisuuskriittisinä organisaatioina, ja kansainvälisesti näkökulmaa on hyödynnetty jonkin verran. Myös kansallisesti on tärkeää saada lisää tutkittua tietoa erilaisten turvallisuuskriittisissä organisaatioissa käytettyjen menetelmien hyödyntämisestä ja soveltamisesta suomalaisen terveydenhuoltoon.
4. Moniammatillista kehittämistä on tutkittu kansainvälisesti jonkin verran. On vielä tärkeää saada tietoa siitä, miten moniammatillisten työryhmien yhteisymmärrystä turvallisuudesta voidaan kehittää ja kuinka voidaan tukea avointa vuorovaikutusta sekä yhtenäisen kulttuurin muodostumista eri ammattiryhmien välillä. Ammattikoulutuksen kehittämässä tämä on tärkeä huomioida kehittämällä esimerkiksi erilaisia moniammatillisia opintokokonaisuuksia osaksi koulutusta ja tutkimalla niiden vaikutusta moniammatilliseen potilasturvallisuuden kehittämiseen. Myös organisaatiotasolla moniammatillisten täydennyskoulutusten kehittämiseen ja tutkimukseen tulee panostaa.
5. Potilaalla on merkittävä rooli omassa hoidossaan, ja sen vuoksi hän on myös tärkeä yhteistyökumppani potilasturvallisuuden kehittämässä. Tutkimusta tulisi kohdistaa niin potilaan näkemyksiin potilasturvallisuudesta kuin keinoihin, joilla potilaan osallisuutta potilasturvallisuuden kehittämiseen saadaan vahvistettua.
6. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa näkökulma potilasturvallisuuteen on ollut vielä suppea. Tarvitaan lisää tutkimusta psykiatrisen hoidon potilasturvallisuudesta ja sen kehittämistä.

# Lähteet

- Aaltonen, L.-M., Mattila, K., Mäkijärvi, M. & Saarnio, I. (2008): Aina roiskuu kun rapataan, mutta virheistä tulee oppia. Haittatapahtumien kirjaamisessa yhä parantamisen varaa. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 63, No. 44, 3791–3800.
- Agnew, C. & Flin, R. (2014): Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 51, 768–780.
- Ahokas, M. (2001): Kenttäteoria, ryhädynamiikka ja toimintatutkimus. Teoksessa: Hänninen V., Partanen J. & Ylijoki O.-H. (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Vastapaino, Jyväskylä, 105–128.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. for the RN4CAST consortium (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 50, 143–153.
- Arvola, T., Pommelin, P., Inkinen, R., Väyrynen, S. & Tammela, O. (2012): Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 67, No. 12, 955–961.
- Ashmos, D. P. & Huber, G. P. (1987): The systems paradigm in organization theory: correcting the record and suggesting the future. *Academy of Management Review*, Vol. 12, No. 4, 607–621.
- Auer, C., Schwendimann, R., Koch, R., De Geest, S. & Ausserhofer, D. (2014): How hospital leaders contribute to patient safety through the development of trust. *The Journal of Nursing Administration*, Vol. 63, No. 1, 23–29.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W.A., Hébert, P., Majumdar, S. R., O'Beirne, M., Palacios-Defrlinger, L., Reid, R. J., Sheps, S. & Tamblyn, R. (2004): The Canadian adverse event study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 170, No. 11, 1678–1686.
- Bamford-Wade, A. & Moss, C. (2010): Transformational leadership and shared governance: an action study. *Journal of Nursing Management*, Vol. 18, 815–821.
- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J. & MacGibbon, B. (2008): Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care setting. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 178, No. 2, 1555–1562.
- Beckhard, R. (2006): What is organization development? Teoksessa: Gallos J. V. (editor) *Organization Development*. A Jossey-Bass Reader. Jossey-Bass, San Francisco, Yhdysvallat, 3–12.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1991): *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. Penguin Books, London, Iso-Britannia.

- Berland, A., Holm, A. L., Gundersen, D. & Bentsen, S. B. (2012): Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*, Vol. 20, 794–801.
- Bertalanffy von, L. (2013): *General system theory. Foundations, development, applications.* Revised edition. George Braziller, New York, Yhdysvallat.
- Blanchet, K & James, P (2012): How to do (or not to do) ... a social network analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, Vol. 27, 438–446.
- Botwinick, L., Bisognano, M. & Haraden, C. (2006): *Leadership guide to patient safety.* IHI innovation series white paper. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, Yhdysvallat.
- Bower, P., Campbell, S., Bojke, C. & Sibbald, B. (2003): Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 12, 273–279.
- Braaf, S., Manias, E. & Riley, R. (2011): The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 48, 1024–1038.
- Brand, S. I., Slee, K. M., Chang, Y.-H., Cheng, M.-R., Lipinski, C. A., Arnold, R. R. & Traub, S. J. (2015): Team strategies and tools to enhance performance and patient safety training: the effect of training on both nursing staff perceptions regarding physician behaviors and patient satisfaction scored in the ED. *Journal of Hospital Administration*, Vol. 4, No. 2, 48–53.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Lard, N. M., Herbert, L. H., Localio, R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. & Hiatt, H. H. (1991): Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practices Study I. *The New England Journal of Medicine*, Vol. 324, No. 6, 370–376.
- Brosnan, D. P. (2008): Human error and structural engineering. *Structure Magazine*, Vol. 9, 46–49.
- Bump, G. M., Jovin, F., Destefano, L., Kirilin, A., Moul, A., Murray, K., Simak, D. & Elnicki, D. M. (2011): Resident sign-out and patient hand-offs: opportunities for improvement. *Teaching and Learning in Medicine*, Vol. 23, No. 2, 105–111.
- Burke, W. W. (2006): Where did OD come from? Teoksessa: Gallos J. V. (editor) *Organization Development.* A Jossey-Bass Reader. Jossey-Bass, San Francisco, Yhdysvallat, 13–38.
- Burnes, B. (2004): Kurt Lewin and the planned approach to change: a re-appraisal. *Journal of Management Studies*, Vol. 41, No. 6, 977–1002.
- Burnes, B. & Cooke, B. (2012): Review article: the past, present and future of organization development: taking the long view. *Human Relations*, Vol. 65, No.11, 1395–1429.
- Burrington, D. D. (1987): Organization development in the Utah department of public safety. *Public Personnel Management*, Vol. 16, No. 2, 115–125.
- Callahan, M. A. & Ruchlin, H. (2003): The role of nursing leadership in establishing a safety culture. *Nursing Economics*, Vol. 21, No. 6, 296–297.
- Calleja, P., Aitken, L. M. & Cooke, M. L. (2011): Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 67, No. 1, 4–18.

- Cameron, K. A., Engel, K. G., McCarthy, D. M., Buckley, B. A., Kollar, L. M. M., Donlan, S. M., Pang, P. S., Makoul, G., Tanabe, P., Gisondi, M. A. & Adams, J. G. (2010): Examining emergency department communication through a staff-based participatory research method: identifying barriers and solutions to meaningful change. *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 56, No. 6, 614–622.
- Carroll, J. S. & Rudolph, J. W. (2006): Design of high reliability organizations in health care. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 15 (Suppl I), i4–i9.
- Carthey, J. & Clarke J. (2010): Implementing human factors in healthcare. Patient safety first. “How to” guide. Saatavissa: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/Intervention-support/Human%20Factors%20How-to%20Guide%20v1.2.pdf> (Luettu 18.01.2015)
- Casler, J. G. (2014): Revisiting NASA as a high reliability organization. *Public Organization Review*, Vol. 14, 229–244.
- Chassin, M. R. & Loeb, J. M. (2013): High-reliability health care: getting there from here. *The Milbank Quarterly*, Vol. 91, No. 3, 459–490.
- Clark, P. R. (2009): Teamwork. Building healthier workplaces and providing safer patient care. *Critical Care Nursing Quarterly*, Vol. 32, No. 3, 221–231.
- Clarke, D., Werestiuk, K., Schoffner, A., Gerard, J., Swan, K., Jackson, B., Steeves, B. & Probizanski, S. (2012): Achieving the “perfect handoff” in patient transfers: building teamwork and trust. *Journal of Nursing Management*, Vol. 20, 592–598.
- Clarke, J. (2008): The “how to guide” for Leadership for safety. Patient safety first. Saatavissa: [http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/Leadership%201.1\\_17Sept08.pdf](http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/Leadership%201.1_17Sept08.pdf) (Luettu 21.01.2015)
- Clarke, J. R., Lerner, J. C. & Marella, W. (2007): The role for leaders of health care organizations in patient safety. *American Journal of Medical Quality*, Vol. 22, 311–318.
- Classen, D. C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., Kimmel, N., Whittington, J. C., Frankel, A, Seger, A & James, BC (2011): “Global Trigger Tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs*, Vol. 30, No. 4, 581–589.
- Clements, P. T. & Averill, J. B. (2006): Finding patterns of knowing in the work of Florence Nightingale. *Nursing Outlook*, Vol. 54, 268–274.
- Coghan, D. & Shani, A. B. (2014): Creating action research quality in organization development: rigorous, reflective and relevant. *Systemic Practice and Action Research*, Vol. 27, 523–536.
- Connors, J. V. & Caple, R. B. (2005): A review of group systems theory. *The Journal for Specialists in Group Work*, Vol. 30, No. 2, 93–110.
- Cornell, P., Townsend-Gervis, M., Vardaman, J. M. & Yates, L. (2014): Improving situation awareness and patient outcomes through interdisciplinary rounding and structured communication. *The Journal of Nursing Administration*, Vol. 44, No. 3, 164–169.
- Corning, P. A. (2014): Systems theory and the role of synergy in the evolution of living systems. *Systems Research and Behavioral Science*, Vol. 31, 181–196.

- Crozier, K., Moore, J. & Kite, K. (2012): Innovations and action research to develop research skills for nursing and midwifery practice: the innovations in nursing and midwifery practice project study. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 21, 1716–1725.
- Curtis, K. & Tzannes, A. (2011): How to talk to doctors – a guide for effective communication. *International Nursing Review*, Vol. 58, 13–20.
- Cutter, J. & Jordan, S. (2013): The systems approach to error reduction: factors influencing inoculation injury reporting in the operating theatre. *Journal of Nursing Management*, Vol. 21, 989–1000.
- Dickens, L. & Watkins, K. (2006): Action research. Rethinking Lewin. Teoksessa: Gallos J. V. (editor) *Organization Development. A Jossey-Bass Reader*. Jossey-Bass, San Francisco, Yhdysvallat, 185–201.
- Dixon, N. M. & Shofer, M. (2006): Struggling to invent high-reliability organizations in health care settings: insights from the field. *Health Services Research*, Vol. 41, No. 4, Part II, 1618–1632.
- Dodds, A. & Kodate, N. (2011): Accountability, organisational learning and risks to patient safety in England: conflict or compromise? *Health, Risk & Society*, Vol. 13, No. 4, 327–346.
- Doupi, P. (2013): GTT: Reviewing the evidence. Teoksessa: Doupi P., Peltomaa K., Kaartinen M. & Öhman J. *IHI Global Trigger Tool and patient safety monitoring in Finnish hospitals. Current experiences and future trends. National Institute for Health and Welfare Report 19/2013*, 34–49. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110704/URN\\_ISBN\\_978-952-245-999-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110704/URN_ISBN_978-952-245-999-2.pdf?sequence=1) (Luettu 13.02.2015)
- Doupi, P. & Peltomaa, K. (2013): Overview of the IHI Global Trigger Tool: development and experiences. Teoksessa: Doupi P., Peltomaa K., Kaartinen M. & Öhman J. *IHI Global Trigger Tool and patient safety monitoring in Finnish hospitals. Current experiences and future trends. National Institute for Health and Welfare Report 19/2013*, 20–33. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110704/URN\\_ISBN\\_978-952-245-999-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110704/URN_ISBN_978-952-245-999-2.pdf?sequence=1) (Luettu 13.02.2015)
- Drack, M. & Schwarz, G. (2010): Recent developments in general systems theory. *Systems Research and Behavioral Science*, Vol. 27, 601–610.
- DuBrow, A., Wocher, D. M. & Austin, M. J. (2001): Introducing organizational development (OD) practices into a country human service agency. *Administration in Social Work*, Vol. 24, No. 4, 63–83.
- Eklöf, M., Törner, M. & Pousette, A. (2014): Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. *Safety Science*, Vol. 70, 211–221.
- Eloranta, S. & Kuusela, M. (2011): Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 9, No. 3, 4–13.
- Eneh, V. O., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kvist T., (2012): Nursing leadership practices as perceived by Finnish nursing staff: high ethics, less feedback and rewards. *Journal of Nursing Management*, Vol. 20, 159–169.
- Eriksson, P. & Kovalainen A., (2008): *Qualitative methods in business research*. Sage, London, Iso-Britannia.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2014): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere

- European Commission DG Health and Consumer Protection (2005): Patient safety – Making it happen! Saatavissa: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf) (Luettu 11.11.2014)
- Firth-Cozens, J. (2004): Organisational trust: the keystone to patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, Vol. 13, 56–61.
- Fitch, D. (2004): Client-controlled case information: a general system theory perspective. *Social Work*, Vol. 49, No. 3, 497–505.
- Fleet, L. J., Kirby, F., Cutler, S., Dunikowski, L., Nasmith, L. & Shaughnessy, R. (2008): Continuing professional development and social accountability: a review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 22, No. S1, 15–29.
- Fore, A. M. & Sculli, G. L. (2013): A concept analysis of situational awareness in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 69, No. 12, 2613–2621.
- Fore, A. M., Sculli, G. L. & Albee, D. (2013): Improving patient safety using the sterile cockpit principle during medication administration: a collaborative, unit-based project. *Journal of Nursing Management*, Vol. 21, 106–111.
- Forster, A. J., Asmis, T. R., Clark, H. D., Saied, G. A., Code, C. C., Caughey, S. C., Baker, K., Watters, J., Worthington, J. & Walraven van, C. (2004): Ottawa hospital patient safety study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 170, No. 8, 1235–1240.
- Garon, M. (2012): Speaking up, being heard: registered nurses perceptions of workplace communication. *Journal of Nursing Management*, Vol. 20, 361–371.
- Gerven van, E., Seys, D., Panella, M., Sermeus, W., Euwema, M., Federico, F., Kenney, L., & Vanhaecht, K. (2014): Involvement of health-care professionals in an adverse event: the role of management in supporting their workforce. *Polish Archives in Internal Medicine*, Vol. 124, No. 6, 313–319.
- Glasson, J. B., Chang, E. M. L. & Bidewell, J. W. (2008): The value of participatory action research in clinical nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 14, 34–39.
- Goldenhar, L. M., Brady, P. W., Sutcliffe, K. M. & Muething, S. E. (2013): Huddling for high reliability and situation awareness. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 22, 899–906.
- Goldsack, J., Bergey, M., Mascioli, S. & Cunningham, J. (2015): Hourly rounding and patient falls: what factors boost success? *Nursing*, Vol. 45, No. 2, 25–30.
- Green, J. & Thorogood, N. (2014): *Qualitative methods for health research*. 3rd edition. Sage, London, Iso-Britannia.
- Griffin, F. A. & Resar, R. K. (2009): *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, Yhdysvallat.
- Hall, J. E. (2006): Professionalizing action research – a meaningful strategy for modernizing services? *Journal of Nursing Management*, Vol. 14, 195–200.
- Hanson, B. G. (1995): *General systems theory. Beginning with wholes*. Taylor & Francis Group, New York, Yhdysvallat.
- Harrington, A., Bradley, S., Jeffers, L., Linedale, E., Kelman, S. & Killington, G. (2013): The implementation of intentional rounding using participatory action research. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 19, 523–529.

- Hart, E. (1996): Action research as a professionalizing strategy: issues and dilemmas. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 23, 454–461.
- Hassanli, N. & Metcalfe, M. (2014): Idea networking: constructing a pragmatic conceptual frame for action research interventions. *Systemic Practice and Action Research*, Vol. 27, 537–549.
- Helovuuo, A. (2009): Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. *Hoitotyön vuosikirja 2009*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, 99–116.
- Helovuuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (2011): Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. *Fioca*, Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2014): Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. *Gaudeamus*, Helsinki.
- Holter, I. M. & Schwartz-Barcott, D. (1993): Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, 298–304.
- Hoppu, S., Niemi-Murola, L. & Handolin, L. (2014): Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana – oppia tiimityöstä. *Duodecim*, Vol. 130, 1744–1748.
- Hubbell, L. D. (2013): The multiple roles of the organization development practitioner. *Journal of Multidisciplinary Research*, Vol. 5, No. 2, 71–81.
- Hudson, P. (2003): Applying the lessons of high risk industries to health care. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 12 (Suppl 1), i7–i12.
- Hughes, R. G. & Clancy, C. M. (2005): Working conditions that support patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 20, No. 4, 289–292.
- Huotari, K. (2007): Surveillance of surgical site infections following major hip and knee surgery in Finland. Väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 7/2007. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22579/surveill.pdf?sequence=1> (Luettu 15.02.2015)
- Härkänen, M. (2014): Medication-related adverse outcomes and contributing factors among hospital patients. Väitöskirja, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1636-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-1636-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1636-5/urn_isbn_978-952-61-1636-5.pdf) (Luettu 13.02.2015)
- Härkänen, M., Kervinen, M., Ahonen, J., Voutilainen, A., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2014): Patient-specific risk factors of adverse drug events in adult inpatients – evidence detected using the Global Trigger Tool method. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24, No. 3–4, 582–591.
- Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013a): Terveystieteiden tiedekunta. Henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede*, Vol. 25, No. 1, 49–61.
- Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013b): Medication errors: what hospital reports reveal about staff views. *Nursing Management*, Vol. 19, No. 10, 32–37.
- Ikkersheim, D. E. & Berg, M. (2011): How reliable is your hospital? A qualitative framework for analysing reliability levels. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 20, 785–790.

- Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. (2011): Nursing documentation: how meaning is obscured by fragmentary language. *Nursing Outlook*, Vol. 59, No. 6, e6–e12.
- Jefferies, L., Rose, D., Macrae, C., Maione, M. & Macmillan, K. M. (2012): What near misses tell us about risk and safety in mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 19, 430–437.
- Jones, D. (2008): Improving clinical leadership in patient safety: from strategic principle to active participation – the Western Australian approach. *The International Journal of Clinical Leadership*, Vol. 16, 157–162.
- Juuti, P. (2001): Johtamispuhe. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Jämsen, E. (2009): Epidemiology of infected knee replacement. Väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta, Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66431/978-951-44-7621-1.pdf?sequence=1> (Luettu 15.02.2015)
- Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. (2010): Potilasturvallisuuden kustannukset. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 65, No. 12, 1123–1127.
- Kalliola, S. (2001): Symbolinen interaktionismi. Teoksessa: Hänninen V., Partanen J. & Ylijoki O.-H. (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Vastapaino, Jyväskylä, 325–346.
- Kangasniemi, M., Vaismoradi, M., Jasper, M. & Turunen, H. (2013): Ethical issues in patient safety: implications for nursing management. *Nursing Ethics*, Vol. 20, No. 8, 904–916.
- Kanste, O. (2011): Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 9, No. 2, 30–36.
- Katz-Navon, T., Naveh, E. & Stern, Z. (2005): Safety climate in health care organizations: a multidimensional approach. *Academy of Management Journal*, Vol. 48, No. 6, 1075–1089.
- Keebler, J. R., Dietz, A. S., Lazzara, E. H., Benishek, L. E., Almeida, S. A., Toor, P. A., King, H. B. & Salas, E. (2014): Validation of a teamwork perceptions measure to increase patient safety. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 23, 718–726.
- Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. (2008): Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. *Suomen Lääkärilehti*, Vol. 63, No. 44, 3785–3789.
- Kerfoot, K. (2006): Reliability between nurse managers: the key to the high-reliability organization. *Nursing Economics*, Vol. 24, No. 5, 274–275.
- Kerfoot, K. M. (2008): From blaming to proactively changing the future: the leader's safety challenge. *Nursing Economics*, Vol. 26, No. 4, 280–281.
- Kinnunen, M. (2009): Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, 117–138.
- Kinnunen, M. (2010): Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitöskirja, Kauppatieteellinen tiedekunta, Vaasan yliopisto.
- Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. (2009): Vaaratapahtumien raportointimenettely. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1> (Luettu 13.02.2015)



- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (2009): Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, 77–97.
- Kirwan, M., Matthews, A. & Scott, P. A. (2013): The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 50, 253–263.
- Kleisiaris, C. F., Sfakianakis, C. & Papathanasiou, I. V. (2014): Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, Vol. 7, No. 6, 1–5.
- Knox, G. E., Simpson, K. R. & Garite, T. J. (1999): High reliability perinatal units: an approach to the prevention of patient injury and medical malpractice claims. *Journal of Healthcare Risk Management*, Vol. 19, No. 2, 24–32.
- Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. (2007): Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveydenhuollon laadunhallinta. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/files/tiedostot/1/h/LH-2007-1\\_vaaratapahtumien\\_raportointi.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/1/h/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf) (Luettu 13.02.2015)
- Knuuttila, J. & Tamminen, A. (2004): Terveydenhuollon laadunhallinta. Turvallinen hoitoyksikkö – malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut\\_laitteet\\_ja\\_tarvikkeet\\_Riskinhallinta\\_julkaisu\\_verkko\\_1\\_.pdf](http://www.valvira.fi/files/lomakkeet/TLT/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1_.pdf) (Luettu 19.01.2015)
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (editors) (2000): *To err is human. Building a safer health system.* Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, Yhdysvallat.
- Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. (2007): Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 5, No. 3, 10–15.
- Koivuranta-Vaara, P. (toim.) (2011): *Terveydenhuollon laatuopas.* Saatavissa: [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2597](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597) (Luettu 02.01.2015)
- Korhonen, N. (2014): Fall-induced injuries and deaths among older Finns between 1970 and 2012. Väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta, Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96374/978-951-44-9638-7.pdf?sequence=1> (Luettu 13.02.2015)
- Kotter, J. P. (2006): Leading change. Why transformation efforts fail. Teoksessa: Gallos J. V. (editor) *Organization Development. A Jossey-Bass Reader.* Jossey-Bass, San Francisco, Yhdysvallat, 239–251.
- Kouzes, J. & Posner, B. (2006): Enlist others. Teoksessa: Gallos J. V. (editor) *Organization Development. A Jossey-Bass Reader.* Jossey-Bass, San Francisco, Yhdysvallat, 518–539.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007): *Laadullinen terveystutkimus.* Edita, Helsinki.
- La Porte, T. & Consolini, P. (1998): Theoretical and operational challenges of “high-reliability organizations”: air-traffic control and air carriers. *International Journal of Public Administration*, Vol. 21, No. 6–8, 847–852.
- Lamont, S., Brunero, S. & Russell, R. (2010): An exploratory evaluation of an action learning set within a mental health service. *Nurse Education in Practice*, Vol. 10, 298–302.

- Langlois, S., Goudreau, J. & Lalonde, L. (2014): Scientific rigour and innovations in participatory action research investigating workplace learning in continuing interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 28, No. 3, 226–231.
- Lawton, R., Taylor, N., Clay-Williams, R. & Braithwaite, J. (2014): Positive deviance: a different approach to achieving patient safety. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 23, 880–883.
- Lekka, C. (2011): High reliability organisations. A review of the literature. Health and Safety Executive Research Report RR899. Saataavissa: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr899.pdf> (Luettu 15.11.2014)
- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. (2004): The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 13 (Suppl 1), i85–i90.
- Little, J. (2014): Learning through “huddles” for health care leaders. Why do some work teams learn as a result of huddles and other do not? *The Health Care Manager*, Vol. 33, No. 4, 335–341.
- Lübbecke, A., Hovaguimian, F., Wickboldt, N., Barea, C., Clergue, F., Hoffmeyer, P. & Walder, B. (2013): Effectiveness of the surgical safety checklist in a high standard care environment. *Medical Care*, Vol. 51, No. 5, 425–429.
- Macchi, L., Pietikäinen, E., Reiman, T., Heikkilä, J. & Ruuhilehto, K. (2011): Patient safety management. Available models and systems. Saataavissa: <http://www2.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2011/W169.pdf> (Luettu 13.02.2015)
- Mackenzie, J., Tan, P.-L., Hoverman, S. & Baldwin, C. (2012): The value and limitations of participatory action research methodology. *Journal of Hydrology*, Vol. 474, 11–21.
- Macrae, C. (2008): Learning from patient safety incidents: creating participative risk regulation in health care. *Health, Risk & Society*, Vol. 10, No. 1, 53–67.
- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L. & Pronovost, P. J. (2006): Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, Vol. 202, 746–752.
- Manser, T. (2009): Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, Vol. 53, 143–151.
- Manser, T. & Foster, S. (2011): Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, Vol. 25, 181–191.
- Martinez-Córcoles, M., Garcia, F. J., Tomás, I. & Peiró, J. M. (2014): Strengthening safety compliance in nuclear power operations: a role-based approach. *Risk Analysis*, Vol. 34, No. 7, 1257–1269.
- McFadden, K. L., Henagan, S. C. & Gowen, C. R. III (2009): The patient safety chain: transformational leadership’s effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management*, Vol. 27, 390–404.
- McFadden, K. L., Stock, G. N. & Gowen, C. R. III (2015): Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*, Vol. 40, No. 1, 24–34.
- McIntyre, A. (2008): Participatory action research. *Qualitative research methods series 52*. Sage, Thousand Oaks, Yhdysvallat.

- McNiff, J. & Whitehead, J., (2011): *Doing and writing action research*. Sage, London, Iso-Britannia.
- Meadows, D. H. (2008): *Thinking in systems*. Chelsea Green Publishing, White River Junction, Yhdysvallat.
- Melnyk, B. M. (2012): Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice. *Nursing Administration Quarterly*, Vol. 36, No. 2, 127–135.
- Miller, K., Riley, W. & Davis, S. (2009): Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, Vol. 17, 247–255.
- Milligan, F. J. (2007): Establishing a culture for patient safety – the role of education. *Nurse Education Today*, Vol. 27, 95–102.
- Mills, P., Neily, J. & Dunn, E. (2008): Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *Journal of the American College of Surgeons*, Vol. 206, 107–112.
- Mitchell, E. A., Conlon, A.-M., Armstrong, M. & Ryan, A. A. (2005): Towards rehabilitative handling in caring for patients following stroke: a participatory action research project. *International Journal of Older People Nursing*, Vol. 14 (3a), 3–12.
- Morrow, S. L., Koves, G. K. & Barnes, V. E. (2014): Exploring the relationship between safety culture and safety performance in U.S. nuclear power operations. *Safety Science*, Vol. 69, 37–47.
- Mrayyan, M. T. & Huber, D. L. (2003): The nurse's role in changing health policy related to patient safety. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, Vol. 5, No. 1, 13–18.
- Naessens, J. M., O'Byrne, T. J., Johnson, M. G., Vansuch, M. B., McGlone, C. M. & Huddleston, J. M. (2010): Measuring hospital adverse events: assessing inter-rater reliability and trigger performance of the Global Trigger Tool. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 22, No. 4, 266–274.
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C. & Moorthy, K. (2012): Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 21, 843–849.
- Navarro, M. N. R. (2015): Improving patient safety in the inpatient setting through risk assessment and mitigation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol. 19, No. 1, 24–28.
- Nikander, P. (2001): Konstruktionistinen ja postmoderni sosiaalipsykologia. Teoksessa: Hänninen V., Partanen J. & Ylijoki O.-H. (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjiä*. Vastapaino, Jyväskylä, 275–298.
- Nikander, P. (2010): Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa: Ruusuvoori J., Nikander P. & Hyvärinen M. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino, Tampere, 432–445.
- Nistelrooij van, A. & Sminia, H. (2010): Organization development: what's actually happening? *Journal of Change Management*, Vol. 10, No. 4, 407–420.
- Nolan, T., Resar, R., Haraden, C. & Griffin, F. A. (2004): *Improving the reliability of health care*. IHI Innovation Series white paper. Institute for Healthcare Improvement, Boston, Yhdysvallat.

- Norman, C. D. (2013): Teaching systems thinking and complexity theory in health sciences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 19, 1087–1089.
- Norri-Sederholm, T. (2015): Tilanne päällä! Tiedon tarpeesta jaettuun tietoon – hätäkeskuspäivystäjän ja ensihoidon kenttäjohtajan tilannetietoisuus. Väitöskirja, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1694-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-1694-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1694-5/urn_isbn_978-952-61-1694-5.pdf) (Luettu 13.02.2015)
- Norris, B. (2009): Human factors and safe patient care. *Journal of Nursing Management*, Vol. 17, 203–211.
- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J. & Braithwaite, J. (2012): The politics of action research: “If you don’t like the way things are going, get off the bus”. *Social Science & Medicine*, Vol. 75, 1946–1953.
- O’Brien-Pallas, L., Meyer, R. M., Hayes, L. J. & Wang, S. (2010): The patient care delivery model – an open system framework: conceptualisation, literature review and analytical strategy. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 20, 1640–1650.
- O’Connor, P., O’Dea, A., Kennedy, Q. & Buttrey, S. E. (2011): Measuring safety climate in aviation: a review and recommendations for the future. *Safety Science*, Vol. 49, 128–138.
- Oedewald, P. & Reiman, T. (2006): Turvallisuuskriittisten organisaatioiden toiminnan erityispiirteet. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2006/P593.pdf> (Luettu 16.12.2014)
- Oster, C. V. Jr, Strong, J. S. & Zorn, C. K. (2013): Analyzing aviation safety: problems, challenges, opportunities. *Research in Transportation Economics*, Vol. 43, 148–164.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B. & Schans van der, C. P. (2010): Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 66, No. 11, 2481–2489.
- Parsons, T. (1956a): Suggestions for a sociological approach to the theory of organizations - I. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 1, No. 1, 63–85.
- Parsons, T. (1956b): Suggestions for a sociological approach to the theory of organizations - II. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 1, No. 1, 225–239.
- Pasternack, A. (2006): Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim*, Vol. 122, 2459–2470.
- Pietikäinen, E., Heikkilä, J. & Reiman, T. (toim.) (2012): Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. Saatavissa: <http://www2.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T58.pdf> (Luettu 13.02.2015)
- Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. (2008): Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. Saatavissa: <http://www2.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf> (Luettu 13.02.2015)
- Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, D. & Evanoff, B. (2005): Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 35, No. 7/8, 327–335.
- Price, L., Duffy, K., McCallum, J. & Ness, V. (2014): Are theoretical perspectives useful to explain nurses’ tolerance of suboptimal care? *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.12239.

- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Needham, D. M., Sexton, J. B., Thompson, D. A., Lubomski, L. H., Marsteller, J. A., Makary, M. A. & Hunt, E. (2006): Creating high reliability in health care organizations. *Health Services Research*, Vol. 41, No. 4 part II, 1599–1617.
- Provost, S. M., Lanham, H. J., Leykum, L. K., McDaniel, R. R. Jr & Pugh, J. (2015): Health care huddles: managing complexity to achieve high reliability. *Health Care Management Review*, Vol. 40, No. 1, 2–12.
- Qin, C., Xie, J., Jian, J., Zhen, F. & Ding, S. (2015): Reporting among nurses and its correlation with hospital safety culture. *Journal of Nursing Care Quarterly*, Vol. 30, No. 1, 77–83.
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K. & Cuthbertson, B. H. (2007): Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, Vol. 98, No. 3, 347–352.
- Reason, J. (1995): Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*, Vol. 4, 80–89.
- Reason, J. (1998): Achieving a safe culture: theory and practice. *Work & Stress*, Vol. 12, No. 3, 293–306.
- Reason, J. (2000): Human error: models and management. *BMJ*, Vol. 320, 768–770.
- Reason, J. (2004): Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 13 (Suppl II), ii28–ii33.
- Reason, J. (2009): Human error. 20th edition. Cambridge University Press, New York, Yhdysvallat.
- Reason, J. (2013): A life in error. From little slips to big disasters. Ashgate Publishing Limited, Surrey, Iso-Britannia.
- Reid J. & Bromiley M. (2012): Clinical human factors: the need to speak up to improve patient safety. *Nursing Standard*, Vol. 26, No. 35, 35–40.
- Reiman, T. & Oedewald, P. (2009): Terveysturvallisuuden organisaatioturvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, 43–62.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. (2008): Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. Saatavissa: <http://www2.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf> (Luettu 13.02.2015)
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. (2009): Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin. Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, 63–76.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. (2010): Multilayered approach to patient safety culture. *Quality and Safety in Health Care* 19, e20, doi: 10.1136/qshc.2008.029793.
- Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P. & Gotcheva, N. (2012): System modeling with the DISC framework: evidence from safety-critical domains. *Work*, Vol. 41, 3018–3025.
- Riley, W. (2009): High reliability and implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Management*, Vol. 17, 238–246.
- Riley, W., Davis, S. E., Miller, K. K. & McCullough, M. (2010): A model for developing high-reliability teams. *Journal of Nursing Management*, Vol. 18, 556–563.

- Rivard, P. E., Rosen, A. K. & Carroll, J. S. (2006): Enhancing patient safety through organizational learning: are patient safety indicators a step in the right direction? *Health Services Research*, Vol. 41, No. 4 part II, 1633–1653.
- Roberts, K. H. (1990): Some characteristics of one type of high reliability organization. *Organization Science*, Vol. 1, No. 2, 160–176.
- Roberts, K. H. & Bea, R. (2001): Must accidents happen? Lessons from high-reliability organizations. *Academy of Management Executive*, Vol. 15, No. 3, 70–78.
- Roberts, K. H., Madsen, P., Desai, V. & Van Stralen, D. (2005): A case of the birth and death of a high reliability healthcare organisation. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 14, 216–220.
- Roberts, K. H. & Rousseau, D. M. (1989): Research in nearly fairly-free, high-reliability organizations: having the bubble. *IEEE Transactions on engineering management*, Vol. 36, No. 2, 132–139.
- Rowland, P. & Kitto, S. (2014): Patient safety and professional discourses: implications for interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 28, No. 4, 331–338.
- Runciman, W. B., Baker, G. R., Michel, P., Dovey, S., Lilford, R. J., Jensen, N., Flin, R., Weeks, W. B., Lewalle, P., Larizgoitia, I. & Bates, D. on behalf of the Methods & Measures working group of the World Health Organization World Alliance for Patient Safety (2010): Tracing the foundations of a conceptual framework for a patient safety ontology. *Quality and Safety in Health Care* 19(6), e56, doi: 10.1136/qshc.2009.035147.
- Ruuhilehto, K. (2009): Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, 147–171.
- Ruuska, A. (2013): Palkitsemisdiskurssit terveydenhuollon strategisessa henkilöstövoimavarojen johtamisessa. Väitöskirja, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1259-6/urn\\_isbn\\_978-952-61-1259-6.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1259-6/urn_isbn_978-952-61-1259-6.pdf) (Luettu 13.02.2015)
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (2010): Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa: Ruusuvuori J., Nikander P. & Hyvärinen M. (toim.) Haastattelun analyysi. Vastapaino, Tampere, 9–36.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2009): Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa: Ruusuvuori J. & Tiittula L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere, 22–56.
- Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. (2012): Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 10, No. 4, 4–13.
- Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. (2014): Safety as experienced by patients themselves: a Finnish survey of the most recent period of care. *Research in Nursing & Health*, Vol. 37, 194–203.
- Saleh, J. H., Marais, K. B., Bakolas, E. & Cowlagi, R. V. (2010): Highlights from the literature on accident causation and system safety: review of major ideas, recent contributions, and challenges. *Reliability Engineering and System Safety*, Vol. 95, 1105–1116.

- Salonoja, M. (2011): Kaatumisvaaraa lisäävät lääkkeet. Porissa toteutettu iäkkäiden monite-  
kijäinen kaatumisten ehkäisy. Väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yli-  
opisto. Saatavissa: [http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72130/Annales%20  
C%20319%20Salonoja.pdf?sequence=1](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72130/Annales%20C%20319%20Salonoja.pdf?sequence=1) (Luettu 13.02.2015)
- Sarrechia, M., Gerven van, E., Hermans, L., Deneckere, S., Sermeus, W., Panella, M., Spitz,  
B. & Vanhaecht, K. (2013): Variation in 17 obstetric care pathways: potential danger  
for health professionals and patient safety? *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 69,  
No. 2, 278–285.
- Saucier, D., Paré, L., Côté, L. & Baillargeon, L. (2012): How core competencies are taught dur-  
ing clinical supervision: participatory action research in family medicine. *Medical  
Education*, Vol. 46, 1194–1205.
- Schein, E. H. (1993): On dialogue, culture, and organizational learning. *Organizational  
Dynamics*, Vol. 22, No. 2, 40–51.
- Schein, E. H. (1996): Culture: the missing concept in organization studies. *Administrative  
Science Quarterly*, Vol. 41, 229–240.
- Schein, E. H. (2006): Facilitative process interventions. Task processes in groups. Teoksessa:  
Gallos J. V. (editor) *Organization Development. A Jossey-Bass Reader*. Jossey-Bass,  
San Francisco, Yhdysvallat, 286–308.
- Schein, E. H. (2010): *Organizational culture and leadership*. 4th edition. Jossey-Bass, San  
Francisco, Yhdysvallat.
- Schein, E. H. (2013): *Humble inquiry. The gentle art of asking instead of telling*. Berrett-  
Koehler Publishers, Oakland, Yhdysvallat.
- Schiff, G. D., Amato, M. G., Eguale, T., Boehne, J. J., Wright, A., Koppel, R., Rashidee, A.  
H., Elson, R. B., Whitney, D. L., Thach, T.-T., Bates, D. W. & Seger, A. C. (2015):  
Computerised physician order entry-related medication errors: analysis of re-  
ported errors and vulnerability testing of current systems. *BMJ Quality and Safety*,  
doi:10.1136/bmjqs-2014-003555.
- Schneider, M. & Somers, M. (2006): Organizations as complex adaptive systems: implica-  
tions of complexity theory for leadership research. *The Leadership Quarterly*, Vol.  
17, 351–365.
- Scholz, G., Dewulf, A. & Pahl-Wostl, C. (2014): An analytical framework of social learning  
facilitated by participatory methods. *Systemic Practice and Action Research*, Vol.  
27, 575–591.
- Schwarz, R. (2006): The facilitator and other facilitative roles. Teoksessa: Gallos J. V. (edi-  
tor) *Organization Development. A Jossey-Bass Reader*. Jossey-Bass, San Francisco,  
Yhdysvallat, 409–432.
- Sculli, G. L., Fore, A. M., West, P., Neily, J., Mills, P. D. & Paull, D. E. (2013): Nursing crew  
resource management. A follow-up report from the Veterans Health Administration.  
*The Journal of Nursing Administration*, Vol. 43, No. 3, 122–126.
- Segal, O., Bellemans, J., Gerven van, E., Deneckere, S., Panella, M., Sermeus, W. & Vanhaecht,  
K. (2013): Important variations in the content of care pathway documents for tot-  
tal knee arthroplasty may lead to quality and patient safety problems. *Journal of  
Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 19, 11–15.

- Sexton, J. B., Sharek, P. J., Thomas, E. J., Gould, J. B., Nisbet, C. C., Amspoker, A. B., Kowalkowski, M. A., Schwendimann, R. & Profit, J. (2014): Exposure to leadership walkrounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 23, 814–822.
- Shipton, H., Armstrong, C., West M., & Dawson, J. (2008): The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 20, No. 6, 439–445.
- Silén-Lipponen, M. (2008): Virheet leikkaustiimiyössä – suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. *Hoitotiede*, Vol. 20, No. 3, 138–150.
- Simmons, S. (1995): From paradigm to method in interpretive action research. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 21, 837–844.
- Singh, H., Giardina, T. D., Petersen, L. A., Smith, M. W., Paul, L. W., Dismukes, K., Bhagwath, G. & Thomas E. J. (2012): Exploring situational awareness in diagnostic errors in primary care. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 21, 30–38.
- Snellman, E. (2009): Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki, 29–41.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003): Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194> (Luettu 26.01.2015)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2004): Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf) (Luettu 26.01.2015)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2005): Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:13. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3603.pdf&title=Turvallisuussuunnitteluopas\\_sosiaali\\_\\_ja\\_terveydenhuollon\\_toimintayksiköille\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3603.pdf&title=Turvallisuussuunnitteluopas_sosiaali__ja_terveydenhuollon_toimintayksiköille_fi.pdf) (Luettu 13.02.2015)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006): Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen\\_laakehoito\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf) (Luettu 13.02.2015)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008): Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf) (Luettu 09.01.2015)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2009): Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf) (Luettu 10.11.2014)
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011): Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341> (Luettu 12.11.2014)



- Sosiaali- ja terveysministeriö (2014): Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9882186&name=DLFE-30728.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-30728.pdf) (Luettu 16.03.2015)
- Squires, M., Tourangeau, A., Spence Laschinger, H. K. & Doran, D. (2010): The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management*, Vol. 18, 914–925.
- Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO (2007): Potilasturvallisuussanasto. Lääkehoidon turvallisuussanasto. Saatavissa: [https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden\\_sanasto\\_071209.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf) (Luettu 11.11.2014)
- Street, M., Eustace, P., Livingston, P. M., Craike, M. J., Ken, B. & Patterson, D. (2011): Communication at the bedside to enhance patient care: a survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 17, 133–140.
- Sturmberg, J. P., Martin, C. M. & Katerndahl, D. A. (2014): Systems and complexity thinking in the general practice literature: an integrative, historical narrative review. *Annals of Family Medicine*, Vol. 12, No.11, 66–74.
- Suter, E., Goldman, J., Martimianakis, T., Chatalalsingh, C., DeMatteo, D. J. & Reeves, S. (2013): The use of systems and organizational theories in the interprofessional field: findings from a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 27, 57–64.
- Swensen, S., Pugh, M., McMullan, C. & Kabcenell, A. (2013): High-impact leadership: Improve care, improve the health of populations and reduce costs. IHI white paper. Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, Yhdysvallat.
- Tanabe, P., Gisondi, M. A., Barnard, C., Lucenti, M. J. & Cameron, K. A. (2009): Can education and staff-based participatory research change nursing practice in an era of ED overcrowding? A focus group study. *Journal of Emergency Nursing*, Vol. 35, No 4, 290–298.
- Teng, C.-I., Dai, Y.-T., Shyu, Y.-I. L., Wong, M.-K., Chu, T.-L. & Tsai, Y.-H. (2009): Professional commitment, patient safety and patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 41, No. 3, 301–309.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011): Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian tueksi. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1> (Luettu 10.12.2014)
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 (2010): Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (Luettu 12.11.2014)
- Tschannen, D., McClish, D., Aebersold, M. & Rohde, J. M. (2015): Targeted communication intervention using nursing crew resource management principles. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 30, No. 1, 7–11.
- Tucker, A. L. & Spear, S. J. (2006): Operational failures and interruptions in hospital nursing. *Health Services Research*, Vol. 41, No. 3, 643–662.
- Turner, S., Ramsay, A. & Fulop, N. (2013): The role of professional communities in governing patient safety, Vol. 27, No. 4, 527–543.

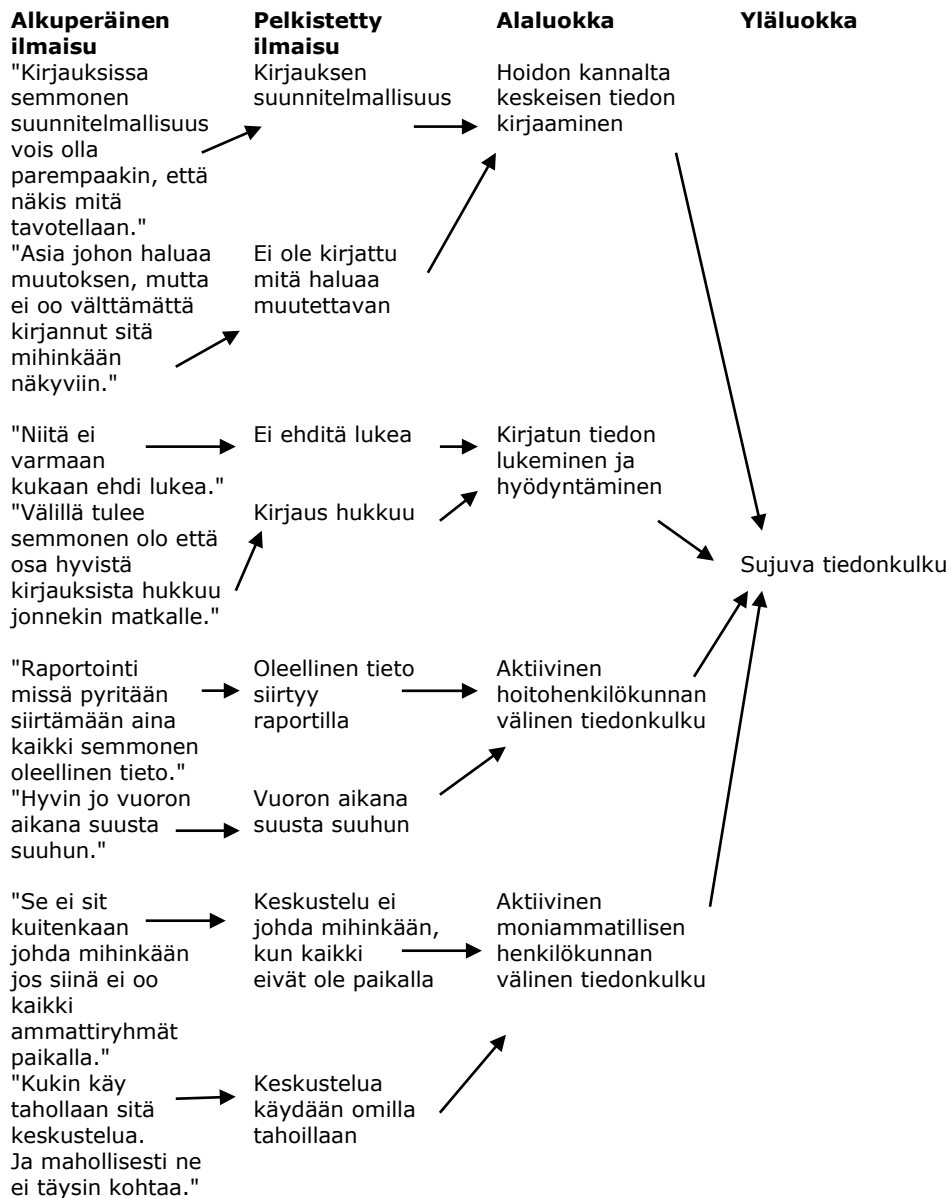
- Turnock, C. & Gibson, V. (2001): Validity in action research: a discussion on theoretical and practice issues encountered whilst using observation to collect data. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 36, No. 3, 471–477.
- Turunen, H., Partanen, P., Kvist, T., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013): Patient safety culture in acute care: a web-based survey of nurse managers' and registered nurses' views in four Finnish hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 19, No. 6, 609–617.
- Ulrich, B. & Kear, T. (2014): Patient safety and patient safety culture: foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 41, No. 5, 447–456, 505.
- Vaismoradi, M., Bondas, T., Salsali, M., Jasper, M. & Turunen, H. (2014): Facilitating safe care: a qualitative study of Iranian nurse leaders. *Journal of Nursing Management*, Vol. 22, 106–116.
- Valentinov, V. (2014): The complexity-sustainability trade-off in Niklas Luhmann's social systems theory. *Systems Research and Behavioral Science*, Vol. 31, 14–22.
- Valtonen, A. (2009): Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa: Ruusuvuori J. & Tiittula L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere, 223–241.
- Vuori, J. (2007): Terveysjohtaminen ja -hallinto tieteenalana. Teoksessa: Vuori J. (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä. WSOY, Helsinki, 10–33.
- Wahlström, B. & Rollenhagen, C. (2014): Safety management – a multi-level control problem. *Safety Science*, Vol. 69, 3–17.
- Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., Zheng, J. & Zhu, X. (2014): The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 51, 1114–1122.
- Waterman, H. (1998): Embracing ambiguities and valuing ourselves: issues of validity in action research. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 28, No. 1, 101–105.
- Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRoster, J. M., Kemp, J., Shiner, B. & Duncan, W. E. (2012): Examination of the effectiveness of the mental health environment of care checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 69, No. 6, 588–592.
- Weick, K. E. & Quinn, R. E. (1999): Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, Vol. 50, 361–386.
- Weiss, A. (2006): What constitutes an effective internal consultant? Teoksessa: Gallos J. V. (editor) *Organization Development*. A Jossey-Bass Reader. Jossey-Bass, San Francisco, Yhdysvallat, 470–484.
- West, P., Sculli, G., Fore, A., Okam, N., Dunlap, C., Neily, J. & Mills, P. (2012): Improving patient safety and optimizing nursing teamwork using crew resource management techniques. *The Journal of Nursing Administration*, Vol. 42, No. 1, 15–20.
- Wethers, G. & Brown, J. (2011): Does an admission booklet improve patient safety? *Journal of Mental Health*, Vol. 20, No. 5, 438–444.
- White, N. (2012): Understanding the role of non-technical skills in patient safety. *Nursing Standard*, Vol. 26, No. 26, 43–48.

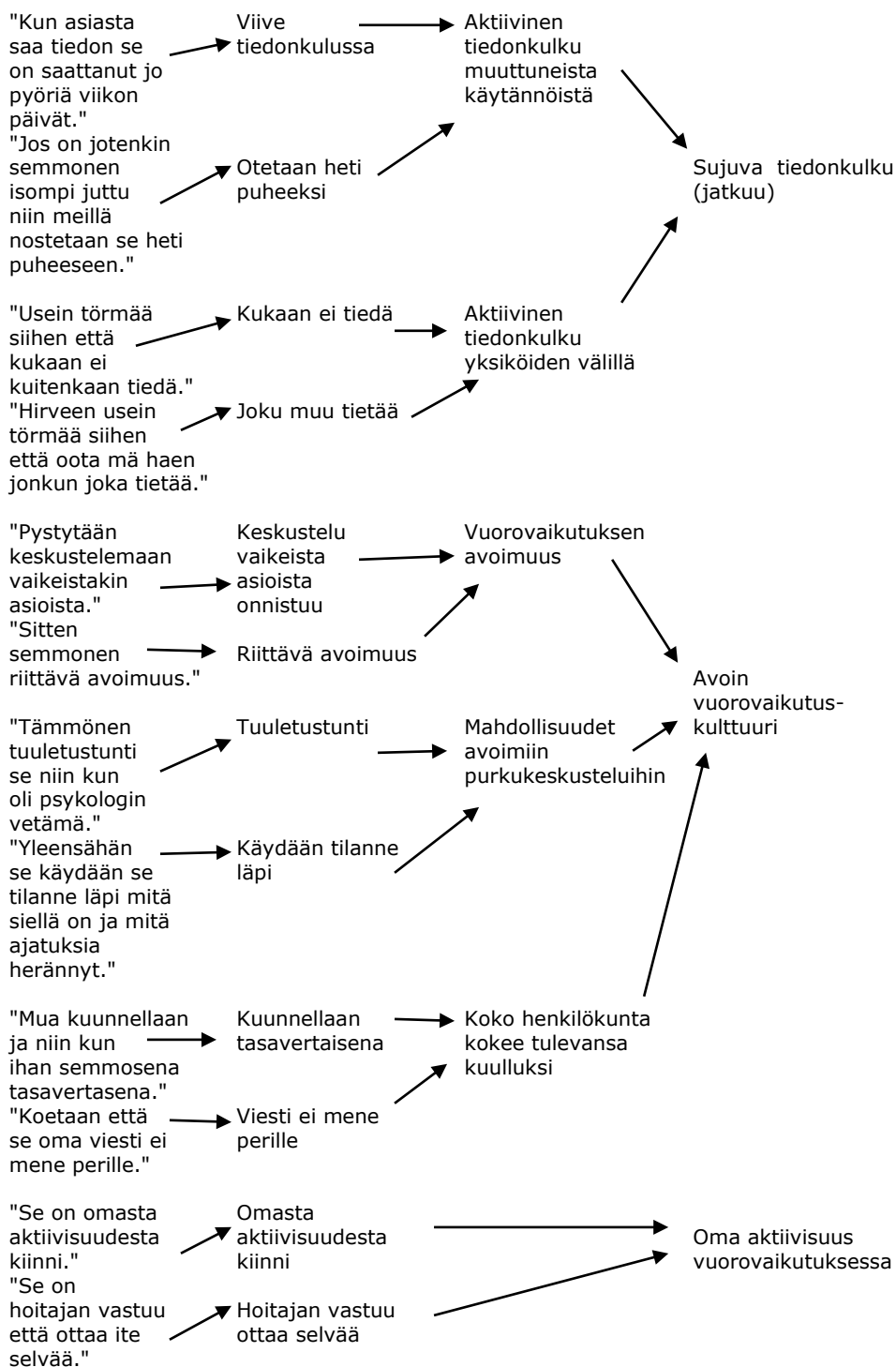
- Williamson, G. R. & Prosser, S. (2002): Action research: politics, ethics and participation. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 40, No. 5, 587–593.
- Williamson, T. (2005): Work-based learning: a leadership development example from an action research study of shared governance implementation. *Journal of Nursing Management*, Vol. 13, 490–499.
- Wilson, K. A., Burke, C. S., Priest, H. A. & Salas, E. (2005): Promoting health care safety through training high reliability teams. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 14, 303–309.
- Wong, C. A., Cummings, G. G. & Ducharme, L. (2013): The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, Vol. 21, 709–724.
- World Health Organization (2009a): Global priorities for patient safety research. Better knowledge for safer care. Saatavissa: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598620_eng.pdf) (Luettu 11.11.2014)
- World Health Organization (2009b): Human factors in patient safety. Review of topics and tools. Report for methods and measures working group of WHO patient safety. Saatavissa: [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf) (Luettu 26.11.2014)
- World Health Organization (2010): A brief synopsis on patient safety. Saatavissa: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf) (Luettu 10.11.2014)
- Zaheer, S., Ginsburg, L., Chuang, Y.-T. & Grace, S. L. (2015): Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership. *Health Care Management Review*, Vol. 40, No. 1, 13–23.
- Zenko, Z., Rosi, B., Mulej, M., Mlakar, T. & Mulej, N. (2013): General systems theory completed up by dialectical systems theory. *Systems Research and Behavioral Science*, Vol. 30, No. 6, 637–645.



# Liitteet

## LIITE 1. SISÄLLÖNANALYYSI, ESIMERKKINÄ POTILAS- TURVALLISUUTTA TUKEVA VUOROVAIKUTUS





## LIITE 2. POTILASTURVALLISUUDEN JOHTAMISEN PÄIVÄN CASE-TAPAUKSET

### Tapaus 1

Lääkäri on määrännyt potilaalle laboratoriotutkimuksen, josta hoitaja ei tilausvaiheessa saa selvää mitä pitäisi tilata. Lääkärinä ei ole mahdollisuutta tavoittaa, kun tilausta koneelle laitetaan. Potilaan hoitokertomuksesta ei käy ilmi, miksi laboratoriotutkimus on tilattu. Potilaan kanssa keskustellaan asiasta, ja hän muistaa, että lääkärin kierrolla laboratoriotutkimuksista on ollut puhetta. Hän ei osaa kuitenkaan sanoa mitä on ollut tarkoitus ottaa ja miksi. Potilaan laboratoriotutkimukset jäivät näin tilaamatta. Seuraavana päivänä lääkäriltä selvennetty epäselvää tilausta. Hänelle tullut tilauspyyntöä tehdessään kirjoitusvirhe, jonka hän korjaa. Tilaus tehty seuraavaksi päiväksi, jolloin laboratoriotutkimus otettu.

Potilaan kanssa keskusteltaessa nousee esille myös, että lääkärin kierrolla on jäänyt keskustelematta hänen toivomansa lääkitysmuutokset liittyen lääkkeiden sivuvaikutuksiin. Potilas kertoo oman hoitajansa kanssa asiasta puhuneensa lääkärin kiertoa edeltävänä iltana. Oma hoitaja asiasta luvannut kirjata Whoikelle, josta kirjaus löytyykin.

Potilaan laboratoriotulosten tullessa puoliltapäivin osaston oma lääkäri ei ole töissä ja hoitaja jättänyt puhelimitse pyynnön toisen osaston hoitajalle välittää viesti heidän lääkärilleen tulla katsomaan laboratoriovastaukset. Kun lääkäri ei ole tullut on häntä tavoitettu uudestaan vielä klo 15.15. Kysyttäessä toisen osaston henkilökunnalta tilannetta ei saada tietoa lääkäristä tai jätetystä soittopyynnöstä. Lopulta virka-ajan päättymisen jälkeen soitettu psykiatrian päivystävälle lääkärille, joka tullut laboratoriovastaukset katsomaan.

### Tapaus 2

Potilaan lääkelehdellä lukee ”lääke ja vahvuus” kohdassa määräys Diapam 10mg, ”annos” kohdassa lukee 5 mg x 2, sekä lääkkeen ”antoaika” osoittavassa kohdassa aamussa ja illassa on merkintä 1/2. Potilaan dosettiin on jaettu Diapam 2.5 mg sekä aamu- ja iltalokeroon. Osastolla on käytössä lääkkeiden kaksoistarkastus.

Illalla lääkkeenannon yhteydessä potilas itse huomaa virheen, joka korjataan. Samalla tulee puheeksi potilaan säännöllinen kipulääkitys, joka annetaan kolme kertaa vuorokaudessa. Yksi annoksista annetaan poikkeuksellisesti klo 15 (osaston lääkkeenjako ajat ovat klo 8, 14 ja 20). Potilas ihmettelee, kun tämä hänelle päivän aikana kahteen kertaan annettu. Kertoo, että aamuvuoron hoitaja lääkkeen jo hänelle antanut ja jonkun aikaa myöhemmin iltavuoron hoitaja tuonut sen uudestaan.

Jaettaessa lääkkeitä vuorokausi dosettiin klo 16.20 hoitaja ajatellut, ettei potilas ole tätä lääkettä saanut ja kysynyt potilaan iltavuoron vastuuhoitajalta onko lääke annettu. Tämä kertonut, ettei ole sitä antanut, jolloin lääkkeitä jakanut hoitaja sen potilaalle vienyt. Iltavuorolaisilla ei ollut tietoa siitä, että aamuvuorolainen lääkkeen jo antanut. Osastolla juuri paljon potilaita ja jaettavia lääkedosetteja myös runsaasti. Lääkkeenjaon aikaan työtilassa käy hoitajia hakemassa tarvittavia lääkkeitä useamman kerran.





# Artikkelit

## **PATIENT SAFETY IN PSYCHIATRIC INPATIENT CARE: A LITERATURE REVIEW.**

Kanerva A, Lammintakanen J & Kivinen T (2013) *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20, 541- 548.

Julkaisulupa artikkelin uudelleen julkaisemiseksi sekä paperisessa että elektronisessa versiossa on saatu alkuperäiseltä artikkelin julkaisijalta, John Wiley and Sonsilta.

## **NURSING STAFF'S PERCEPTIONS OF PATIENT SAFETY IN PSYCHIATRIC INPATIENT CARE.**

Kanerva A, Lammintakanen J & Kivinen T (2015) *Perspectives in Psychiatric Care*. doi:10.1111/ppc.12098

Julkaisulupa artikkelin uudelleen julkaisemiseksi sekä paperisessa että elektronisessa versiossa on saatu alkuperäiseltä artikkelin julkaisijalta, John Wiley and Sonsilta.

## **COMMUNICATION ELEMENTS SUPPORTING PATIENT SAFETY IN PSYCHIATRIC INPATIENT CARE.**

Kanerva A, Kivinen T & Lammintakanen J (2015) *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, 298-305.

Julkaisulupa artikkelin uudelleen julkaisemiseksi sekä paperisessa että elektronisessa versiossa on saatu alkuperäiseltä artikkelin julkaisijalta, John Wiley and Sonsilta.

## **COLLABORATING WITH NURSE LEADERS TO FIND LOCAL SOLUTIONS FOR ADVANCING PATIENT SAFETY.**

Kanerva A, Kivinen T & Lammintakanen J

Käsikirjoitus, arviointiprosessissa.



**ANNE KANERVA**  
*”Minusta potilas-  
turvallisuus on potilaan  
oikeus ja meidän  
velvollisuus”*

Potilasturvallisuus on laadukkaan terveydenhuollon organisaation toiminnan keskeinen tavoite. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää, mistä tekijöistä potilasturvallisuus muodostuu ja miten sitä voidaan kehittää. Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien ja empiiristen tulosten pohjalta luotiin potilasturvallisuuden jatkuvan kehittämisen malli.



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND  
*Dissertations in Social Sciences and Business Studies*

ISBN 978-952-61-1916-8

ISSN 1798-5757