

<input type="checkbox"/>	Kandidaatintutkielma
<input checked="" type="checkbox"/>	Pro gradu -tutkielma
<input type="checkbox"/>	Lisensiaatintutkielma
<input type="checkbox"/>	Väitöskirja

Oppiaine	Johtaminen ja organisointi	Päivämäärä	14.3.2021
Tekijä	Lotta Nikki	Sivumäärä	85+liitteet
Otsikko	Potilasturvallisuusriskejä ennakoiva johtaminen erikoissairaanhoidossa		
Ohjaaja	Prof. Tomi J. Kallio		

Tiivistelmä

Erikoissairaanhoidon toiminnan monimutkaisuus asettaa erityisen haasteen potilasturvallisuusriskien johtamiselle ja riskien hallinnalle. Potilasturvallisuusriskien hallinnassa keskeistä on vakavien hättätapahtumien vähentäminen ja sellaisen systeemin rakentaminen, jonka avulla riskinsietokyky kasvaa, sillä riskien olemassaolo liittyy olennaisesti terveydenhuollon ja sairaalan toimintaan.

Tämän tutkielman teoreettisena viitekehystenä ovat potilasturvallisuusriskien johtaminen ja ennakoiva riskienhallinta. Kontekstina on erikoissairaanhoito. Tutkielma tarkastelee sairaalan ylimmän hoitotyön ja lääketieteen johdon käsityksiä potilasturvallisuusriskien ennakoivasta johtamisesta ja potilasturvallisuusriskien hallinnasta. Tutkielman aineisto on koottu ryhmähaastattelujen kautta.

Tutkimuksen tulosten mukaan potilasturvallisuusriskien ennakkointiin liittyy monia ongelmia. Erikoissairaanhoidon toimintakenttä on jatkuvasti muuttuva, mikä asettaa haasteita johtamistyölle. Toiminnan monimutkaisuus, kulttuuriset tekijät ja osaamisen varmistamisen ongelmat asettavat haasteita johtamiselle. Potilasturvallisuusriskien ennakkointia ei tehdä systemaattisesti, yhteisesti sovitun viitekehysten mukaan. Sairaalaorganisaatioiden tulisi pyrkiä ymmärtämään riskejä proaktiivisesti ja luoda systemaattisia keinoja riskienhallintaan.

Sairaalan johtamisen eri ulottuvuudet: fyysinen, rakenteellinen ja yhteisöllinen, kulttuurinen sekä teknologinen kuvaavat sairaalan johtamisen toimintakentän laajuutta. Potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen käytännöt eivät ole vakiintuneita eivätkä selkeästi määriteltyjä. Suurimmat hankaluudet johtamisen kannalta olivat: toiminnan monimutkaisuus, tiedon hyödyntämisen ongelmat, potilasturvallisuuskulttuuriset tekijät, osaamisen varmistamisen ongelmat ja prosessin epäselvyys. Riskienhallinnan menettelytapojen pitää soveltua sairaalan kontekstiin huomioiden käytännön työn näkökulman. Johtamistyössä on oleellista ymmärtää sairaalan toiminnan kompleksisuus ja omata kyky mukautua muuttuviin olosuhteisiin.

Potilasturvallisuusriskien hallinnan tueksi tarvitaan tutkimusta siitä, missä toiminnoissa systemaattinen toimintatapa edistää potilasturvallisuutta sekä missä määrin henkilöstön turvallisuusosaaminen ja kyvykyys edistävät potilasturvallisuutta ja millaisilla toimilla on vaikutusta potilasturvallisuusriskien vähenemiseen konkreettisesti.

Avainsanat	Potilasturvallisuus, riskienhallinta, riskien ennakkointi, johtaminen, erikoissairaanhoito
-------------------	--

POTILASTURVALLISUUSRISKEJÄ ENNAKOIVA JOHTAMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Asiantuntijaorganisaation liiketoiminta-
osaamisen maisteriohjelman
pro gradu -tutkielma

Laatija:
Lotta Nikki

Ohjaaja:
Professori Tomi J. Kallio

14.03.2021
Pori

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	9
1.1	Johdatus tutkielman aihepiiriin	9
1.2	Tutkimuksen tavoite ja aiheen rajaus.....	12
1.3	Tutkimuksen kohdeorganisaation kuvaus.....	15
1.4	Tutkimuksen rakenne.....	16
2	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
2.1	Metodologiset valinnat.....	17
2.2	Aineiston keruu	18
2.3	Tutkimusaineisto.....	20
2.4	Aineiston analysointi.....	22
3	POTILASTURVALLISUUSRISKIEN JOHTAMINEN	25
3.1	Potilasturvallisuus.....	25
3.2	Sairaalaorganisaation johtaminen	28
3.2.1	Fyysinen ulottuvuus.....	29
3.2.2	Rakenteellinen ja yhteisöllinen ulottuvuus.....	30
3.2.3	Kulttuurinen ulottuvuus	31
3.2.4	Teknologinen ulottuvuus	33
3.3	Sairaalaorganisaation potilasturvallisuusriskien hallinta	34
3.3.1	Potilasturvallisuusriski käsitteenä.....	34
3.3.2	Potilasturvallisuusriskien tunnistaminen	36
3.3.3	Potilasturvallisuusriskien hallinta.....	37
4	POTILASTURVALLISUUSRISKIEN ENNAKOINTI.....	41
4.1	Potilasturvallisuusriskejä ennakoiva johtaminen.....	41
4.1.1	Osaamisen varmistaminen	42
4.1.2	Vaikutusten arviointi.....	44



4.1.3	Yhteiskehittäminen	46
4.1.4	Prosessien kehittäminen.....	49
4.1.5	Organisaation oppiminen.....	52
5	ENNAKOIVAN JOHTAMISEN ONGELMAT	54
5.1	Ongelmien vertailua	54
5.2	Ongelmien kuvaus.....	55
5.2.1	Toiminnan monimutkaisuus	55
5.2.2	Tiedon hyödyntämisen ongelmat.....	56
5.2.3	Potilasturvallisuuskulttuuriset tekijät.....	58
5.2.4	Osaamisen varmistamisen ongelmat.....	60
5.2.5	Prosessien epäselvyys	61
6	EMPIIRISTEN LÖYDÖSTEN YHTEYS TEORIAAN.....	65
6.1	Potilasturvallisuusriskien ennakointi erikoissairaanhoidossa.....	65
6.2	Potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen ongelmat	69
7	YHTEENVETO	73
7.1	Johtopäätökset	73
7.2	Tutkimuksen arviointi.....	75
7.3	Tutkimuksen merkityksen arviointi.....	76
7.4	Jatkotutkimusehdotuksia	77
	LÄHTEET	79
	LIITTEET.....	86
	Liite 1. Potilasturvallisuuspäällikön puhelinhaastattelun kysymykset.....	86
	Liite 2. Ryhmähaastattelurunko.....	87

TAULUKOT

Taulukko 1. Aineistosta poimitun alkuperäisilmauksen pelkistäminen.....	23
Taulukko 2. Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely	23
Taulukko 3. Keskeisiä tunnistettuja potilasturvallisuusriskejä ylihoitajien ja ylläleäkäreiden mukaan	36
Taulukko 4. Potilasturvallisuusriskien ennakointi	42
Taulukko 5. Potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen ongelmien vertailua	54



1 JOHDANTO

1.1 Johdatus tutkielman aihepiiriin

Riskien olemassaolo liittyy olennaisesti terveydenhuollon ja sairaalan toimintaan. Kun potilasturvallisuusriski realisoituu aiheuttaen vaaratapahtuman, sillä on negatiivisia seurauksia potilaalle ja koko organisaatiolle. Riskienhallinnan avulla on mahdollista tunnistaa haittatapahtumien taustalla olevia syitä ja ottaa käyttöön tehokkaita menettelytapoja riskien vähentämiseksi. (Jimenez-Rodriguez ym. 2018, 14.) Terveydenhuollossa huomio kohdistui potilasturvallisuuden tilaan sen jälkeen, kun US Institute of Medicine (2000) julkaisi pioneeriraportin *To Err is Human* (Kohn ym. 2000; Jarek-Zuiderent 2012, 733). Alan klassikoksi muodostuneessa julkaisussa tuotiin esille terveydenhuollon monimutkaisuus, joka on erityisen riskialtis systeemivioille. Inhimilliset tekijät ovat isossa roolissa potilasturvallisuusriskien synnyssä. On arvioitu, että noin 10 %:a sairaalassa hoidossa olevista potilaista kohtaa haittatapahtuman. Puolet näistä haittatapahtumista olisi estettävissä. (de Vries ym. 2008, 222.) Aikaisempi tutkimus osoittaa, että terveydenhuollon johtamisessa päähuomio tulisi kiinnittää riskienhallintaan sekä integroida riskienhallintakeinot osaksi johtamisjärjestelmää (Jimenez-Rodriguez ym. 2018, 13).

Terveydenhuollon riskienhallinnassa on pyritty oppimaan muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta, kuten ilmailusta tai ydinvoimateollisuudesta. Näiltä aloilta on otettu käyttöön tekniikoita ja työkaluja riskien hallintaan sekä vaaratapahtumien tunnistamiseen. (Jimenez-Rodriguez ym. 2018, 1-2.) Potilasturvallisuutta on edistetty keskittymällä enimmäkseen vähentämään mahdollisia vaaratapahtumia, joita väistämättä muuttuvissa ja epävarmoissa olosuhteissa syntyy (Jerak-Zuiderent 2012, 732).

Vaaratapahtumat aiheuttavat terveydenhuollossa isoja kustannuksia ja inhimillistä kärsimystä. Jotta potilasturvallisuusvaaratapahtumia pystyttäisiin paremmin ennakoimaan, Jimenez-Rodriguezin ym. (2018, 1) mukaan potilasturvallisuusriskien pienentämiseksi ja terveydenhuollon johtamisen tueksi on kehitetty riskienarviointimittareita. Liberatin ym. (2018, 39) mukaan ne eivät ole vielä yleisesti käytössä. Ennakoiva (proactive) riskien tunnistaminen on monissa tutkimuksissa tunnistettu melko vähän käytetyksi metodiksi potilasturvallisuusriskien hallinnassa (Ward ym. 2010, 10; Sujan ym. 2017, 1; Simsekler ym. 2019, 530). Terveydenhuolto toimii edelleen reaktiivisesti. Reaktiivinen toiminta potilasturvallisuusriskien hallinnassa tarkoittaa jälkikäteistä vaaratapahtumien raportointia ja vaaratapahtumien tutkintaa. Reaktiivisten riskienhallintamenettelyjen



avulla pyritään edistämään vaaratapahtumista oppimista, mutta ennakoiva johtamisnäkökulma usein puuttuu. (Card ym. 2014a, 206-207; Waterson & Catchpole 2016, 480.)

Potilasturvallisuusiskien hallinta ei kaikilta osin perustu organisaatiossa tehtyihin riskianalyysiin, vaan käytäntöä ohjaa jo tapahtuneiden vakavien vaaratapahtumien tutkinta ja haittatapahtumien määrä. Vaaratapahtumien ennakointiin ei tällöin kiinnitetä riittävästi huomiota. (Sujan ym. 2017, 9.) Terveydenhuollon konteksti eroaa muista turvallisuuskriittisistä aloista, sillä toiminta on paljon kompleksisempaa ja inhimillisellä vuorovaikutuksella on suuri rooli turvallisuuden varmistamisessa. Tämän vuoksi muilla aloilla toimivat menettelytavat tai työkalut eivät ole suoraan sovellettavissa terveydenhuoltoon. (Liberati ym. 2018, 42.) Terveydenhuollon organisaatioiden tulisi pyrkiä reaktiivisesta toimintatavasta riskejä ennakoivaan suuntaan muokkaamalla riskienhallinnan menettelytapoja omaan toimintaan ja riskitasoon sopiviksi (Sujan ym. 2017, 9).

Sairaalaorganisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joissa toimijoilla on tyypillisesti poikkeuksellisen itsenäinen rooli (Parvinen ym. 2005, 54; Tevameri & Kallio, 2009, 2). Tästä syystä kontrollia voi olla vaikea toteuttaa (Parvinen ym. 2005, 54). Virtasen (2010, 1) mukaan sairaalaorganisaatioiden haasteena on kahtaalle jakautunut johtajuus, jossa ylihoitaja toimii yksikön lääkärijohtajan alaisuudessa ja lisäksi hänellä on hoitotyön esimiehenä hallinnollinen ylihoitaja. Johtajan toimintakentässä sairaalayhteisöön liittyvät rakenteet ovat Virtasen (2010, 93) mukaan johtajan kannalta hyvin merkittäviä. Rakenteet eivät ainoastaan määritä sairaalan toimintaa muodostamalla puitteita, vaan ne näyttäytyvät myös itsessään toimijoina. Tällöin hoitajien ja lääkärin ammattiryhmät kietoutuvat monin tavoin sairaalan sisäisiin hierarkioihin, erityisesti toimivalta-, työnjako- ja vastuukysymyksissä. Virtasen (2010,163) mukaan sairaalayhteisö ei muodostu erillisistä ammatteihin ja organisaatioasemaan liittyvistä hierarkioista, vaan kyse on kahdesta sairaalahierarkioiden eri näkökulmasta, jotka ovat molemmat läsnä johtajan toimintakentässä. Johtajien työn sisältö määräytyy jossain määrin kirjaamattoman ja periytyneen toimenkuvan mukaan. (Virtanen 2010, 163.)

Sairaalassa johtaminen jakautuu lääketieteellisten erikoisalojen mukaan, mikä näkyy johtamisjärjestelmissä. Erikoisalat merkitsevät rakenteellisia, toiminnallisia ja kulttuurisia jakolinjoja, jotka toimivat joko samoja erikoisaloja yhdistävinä tai erottavina muista erikoialoista. Lisäksi johtajan toimintakenttää sairaalassa jakaa kaksi ammattikuntaa, hoitajat ja lääkärit. Kulttuuriset käytännöt ovat sairaalan johtajan toimintakentässä keskeisesti

esillä. Kulttuurinen ulottuvuus on yhteydessä ammatteihin, erikoialoihin ja toimijasuhteisiin tiiviisti. Kulttuurit näyttäytyvät johtajan toimintakentässä voimakkaana toiminnan ohjaajana. (Virtanen 20210, 187.)

Potilaan hoidon turvallisuuden johtaminen sairaalassa on organisatorisesti tarkasteltuna mutkikas kokonaisuus. Suomessa on 1990-luvulta lähtien ponnisteltu erikoissairaanhoidon byrokratian vähentämiseksi ja toiminnan ennustettavuuden lisäämiseksi. Operatiivinen ohjausvalta on seniorilääkärien toimijatahon hallussa. Hierarkkinen organisaatorakenne on tukenut erillisten asiantuntijayksiköiden itsenäistä vahvaa asemaa (Parvinen ym. 2005, 54; Wiili-Peltola 2005, 65). Muutokset ovat tapahtuneet enimmäkseen lääketieteellisen profession ohjaamana ja ovat pääasiassa reaktiivisia. Sairaaloiden perustehtävä, potilaiden hoitaminen, on sidoksissa asiantuntijuuden vahvaan asemaan. Sairaaloiden sisäinen luottamus ja ammattikulttuurien kehittyminen perustuvat tähän sidokseen. Ulkoapäin tuodut vaatimukset koetaan potilaiden hoitoa vaarantaviksi, koska ne pyrkivät asettamaan reunaehdoja sekä standardoimaan käytäntöjä, mikä saattaa vaikuttaa prosessoiden autonomiseen päätöksentekoon. (Wiili-Peltola 2005, 65–66.)

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (1326/2010) linjaavat, että operatiivisten riskien hallinta on osa jokapäiväistä toiminnan seuranta, arviointia ja kehittämistä, ja että riskien hallinnan vastuut on määritelty. Terveysturvallisuuden toiminnan monimutkaisuus asettaa erityisen haasteen johtamiselle ja riskienhallinnalle. Parandin (2014, 12–13) mukaan aikaisemmat johtajien roolia potilasturvallisuuden edistämässä käsitelleet tutkimukset osoittavat, että sairaaloiden ylempi johto tarvitsee enemmän tietoa ja koulutusta laadun ja potilasturvallisuuden edistämistä. Nämä tutkimukset ovat tarkastelleet johtajien roolia lähinnä kontekstiin liittyvien tekijöiden kautta eikä niinkään johtamisen käytäntöjen näkökulmasta. (Parand 2014, 12-13.)

Systemaattinen potilasturvallisuusriskien hallinta edellyttää paljon aikaa ja resursseja, jotta potilaiden hoidon turvallisuuden kannalta kriittisimmät prosessit kyetään tunnistamaan (Anderson ym. 2012, 1086, 1091). Ennakoiva riskienhallinta kohdistaa huomion myös joka päiväisiin onnistumisiin. Tällöin pyrkimyksenä on aktiivisesti parantaa tulevaa sen sijaan, että keskityttäisiin analysoimaan pelkästään jo sattuneita haittatapauksia. (Braithwaite ym. 2015, 418.)

Tutkimuksen aihe ja kiinnostukseni potilasturvallisuuden riskienhallintaan nousee omasta taustastani. Työskentelyni sairaalassa potilasturvallisuuden edistämisen parissa



on tuonut esille monia haasteita, joita potilasturvallisuusriskien hallintaan liittyy. Asian-
tuntijaorganisaatioiden liiketoimintaosaamisen opinnot mahdollistivat perehtymisen ai-
heeseen syvällisemmin. Tässä tutkimuksessa tarkastelen suomalaisen erikoissairaanhoidon
palveluita tuottavan sairaalan potilasturvallisuusriskien hallintaa ennakoivasta näkö-
kulmasta ja erityisesti siihen liittyviä haasteita ylihoitajien ja ylilääkärien kuvaamana. Al-
kuperäinen tarkoitukseni oli kuvata vain potilasturvallisuusriskien ennakoivaa johta-
mistä, mutta fokus kohdentui myös riskejä ennakoivan johtamisen ongelmiin, sillä poti-
lasturvallisuusriskien hallinta ilmiönä oli johtajien kuvaamana laaja, haastava ja jäseny-
mätön kokonaisuus. Havaitsin aineistoissa runsaasti riskienhallinnan johtamiseen liitty-
viä ongelmia ja kehittämisehdotuksia niin ryhmähaastatteluissa kuin tutkimuskirjallisuus-
dessakin.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja aiheen rajaus

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on tarkastella tutkimuskysymysten: *Mitä on po-
tilasturvallisuusriskien ennakointi erikoissairaanhoidossa kohdeorganisaatiossa?* ja
Mitä ongelmia on potilasturvallisuusriskien ennakoivassa johtamisessa kohdeorganisaatiossa?
avulla ylihoitajien ja ylilääkärien käsityksiä potilasturvallisuusriskien enna-
koivasta johtamisesta sairaalassa. Ryhmähaastattelujen kautta saadun tiedon avulla pyrin
kuvaamaan potilasturvallisuusriskien ennakoivan johtamisen käytäntöjä tutkimuksen
kohteena olevassa erikoissairaanhoidossa tuottavassa sairaalassa. Tutkimuksessa selvitän
myös, mitä ongelmia potilasturvallisuusriskien ennakoivaan johtamiseen liittyy.

Tutkimuskysymyksiä oli aluksi neljä, mutta aineiston analyysivaiheessa kysymysten
määrä väheni kahteen. Lukiessani litteroitua aineistoa läpi, ilmeni, että kysymykset *Miten
potilasturvallisuutta johdetaan ennakoivasti?* ja *Mitä kehittämiskohtia on potilasturval-
lisuuden ennakoivassa johtamisessa?* olivat turhia, sillä ne eivät eronneet riittävästi kah-
desta jäljelle jääneestä tutkimuskysymyksestä.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä ovat potilasturvallisuusriskien johtaminen
ja ennakoiva riskienhallinta. Kontekstina on erikoissairaanhoido. Tämän tutkimuksen kes-
keiset käsitteet ovat potilasturvallisuus (patient safety), potilasturvallisuusriskien (patient
safety, health-care risk) johtaminen (management, leadership), ennakoiva (proactive) ris-
kienhallinta (risk management), riskienarviointi (risk assessment) ja potilasturvallisuus-
riskien hallinta (clinical risk management). Kirjallisuushaut tein käyttäen näitä käsitteitä
erilaisina yhdistelminä Turun yliopiston Volter-tietokannasta ja tämän lisäksi tietokan-
noista: Academic Search Premier, CINAHL, EBSCOhost, PubMed, Medline, Google

Scholar, Scopus sekä käsihakuna. Tein vielä uuden kirjallisuushaun Volter-tietokannasta käsikirjoitusvaiheessa. Tarkasteluun otin artikkelia eri tieteenaloilta, kuten lääketieteen, hoitotieteen, psykologian, insinööritieteiden, sosiologian ja kauppatieteen julkaisuista, jotta näkökulma potilasturvallisuusriskien johtamiseen olisi mahdollisimman laaja. Artikkelihaut rajasin vertaisarvioituihin vuodesta 2010 eteenpäin länsimaissa toteutettuihin tutkimuksiin, joissa kontekstina oli sairaala ja potilasturvallisuutta tarkasteltiin johtamisen näkökulmasta. Lehtien laadun tarkastin Julkaisuforumissa¹ ja lähteeksi hyväksyin lehdet, jotka saivat vähintään tason yksi. Julkaisuforumi on tutkimuksen laadunarviointia tukeva julkaisukanavien tasoluokitus (julkaisuforumi.fi).

Ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä* julkaistiin vuonna 2009 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Tämän strategian mukaan potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja parannetaan laadun- ja riskienhallinnan avulla. Tiedonkulun, prosessien ja rakenteiden jatkuva kehittäminen on keino vähentää potilasturvallisuusriskejä. Organisaatioiden tavoitteeksi asetettiin, että käytössä on kattava riskien- ja laadunhallintajärjestelmä. Seuraava askel kansallisen potilasturvallisuuden edistämiseksi olivat vuonna 2011 voimaan tulleet Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sen nojalla annetut asetukset. Terveydenhuoltolain 8§ säättää: *Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.*

Sosiaali ja terveysministeriön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b) asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksikön on sovittava, miten se tunnistaa ja hallitsee potilasturvallisuusriskejä. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2017 päivitetyn potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian Valtioneuvoston periaatepäätöksenä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Päivitetyn strategian tavoitteet täydensivät aikaisemman strategian tavoitteita edellyttäen, että potilasturvallisuus näkyy organisaation rakenteissa sekä sovituisissa riskienhallinnan menettelytavoissa. Konkreettista toimintamallia tai menettelytapoja ei strategiassa tuoda esille. Strategian täydentämiseksi STM julkaisi toimeenpanosuunnitelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 18), jossa pyritään selventämään strategian tavoitteita riskienhallinnan osalta:

Riskejä hallitaan tunnistamalla ja analysoimalla niitä ja määrittelemällä toimet, joiden avulla mahdolliset vaaratapahtumat voidaan ennaltaehkäistä tai toiminnan riskejä pienentää. Riskienhallinta on tiivis osa omavalvontaa.

¹ . Julkaisuforumi on tutkimuksen laadunarviointia tukeva julkaisukanavien tasoluokitus (julkaisuforumi.fi).



Toimeenpanosuunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 18) todetaan, että Sosiaali- ja terveydenhuollon riskienhallinnassa ja sen sääntelyssä on kehitettävää. Lisäksi potilasturvallisuusriskien arviointi on jäänyt puutteelliseksi, vaikka säädökset ja strategia velvoittavat organisaatioita toimiin potilasturvallisuusriskien hallitsemiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 18.) Selkeiden potilasturvallisuusriskien hallintaa ohjaavien säädösten puuttuminen on osaltaan vaikuttanut tämän tutkielmani tutkimusaiheen valintaan.

Suoritin syyskuussa 2018 aihetta kartoittavan puhelinhaastattelun. Haastattelun kohteena oli yliopistosairaalan potilasturvallisuuspäällikkö, joka on toiminut tehtävässä 10 vuotta eli sen ajan, kun Suomessa on aktiivisesti pyritty edistämään potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuspäällikön haastattelun tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuuden riskienhallinnan keskeisiä menettelytapoja, teemoja ja käsitteitä. Haastattelun perusteella valikoitui tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ja ilmeni tarve selvittää potilasturvallisuusriskien ennakoivaa johtamista ilmiönä. Potilasturvallisuusriskien hallinta osa organisaation strategista tavoitteiden asettamista ja toiminnan sekä tulosten arviointia. Sen johtaminen lähtee organisaation ylimmältä tasolta, sillä riskien ennakointia pitää miettiä jo strategisessa suunnittelussa. Kansallisen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian toimeenpanosuunnitelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020) ja potilasturvallisuusasiantuntija korostavat ennakointia ja riskienhallintaa potilasturvallisuutta edistävinä toimenpiteinä. Tämän pohjalta muotoituivat tutkimukseni tutkimuskysymykset, jotka ovat:

- Mitä on potilasturvallisuusriskien ennakointi erikoissairaanhoidossa kohdeorganisaatiossa?
- Mitä ongelmia on potilasturvallisuusriskien ennakoivassa johtamisessa kohdeorganisaatiossa?

Tässä tutkimuksessa pyrin vastaamaan edellä esitettyihin tutkimuskysymyksiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja aikaisempaa tutkimustietoa potilasturvallisuusriskejä ennakoivasta johtamisesta. Tutkimusaineisto on kerätty puhelin- ja ryhmähaastattelujen avulla. Kuvaan tutkimusaineistoa tarkemmin alaluvussa 2.2.

Tässä tutkimuksessa en keskity pohtimaan organisaation turvallisuuskulttuuria, vaikka sitä jonkin verran sivuan. Työturvallisuuteen liittyvä riskienhallinta on rajattu tutkimuksesta. Tutkimuksessa en myöskään käsittele riskianalyysia menetelmänä.

Aineiston analyysivaiheessa sekä tutkielman kirjoitusvaiheessa riehui maailmalla Covid-19 pandemia, mikä osaltaan vaikutti tämän tutkielman tekemiseen. Metodikirjallisuutta oli hankalampi saada ja joidenkin teosten osalta jouduin tyytymään vanhempaan

painokseen. Tarkistin kuitenkin, ettei kirjojen sisältö oli yhtenevä uusien painosten kanssa. Pandemian aiheuttamat erilaiset hankaluudet yliopisto-opintojen järjestämisessä sekä oman tutkielmatyön etenemisessä löivät mielenkiintoisen leiman tämän tutkielman tekemiseen.

1.3 Tutkimuksen kohdeorganisaation kuvaus

Tutkimuksen kohteena on suomalainen erikoissairaanhoidon tuottava keskussairaala, jota tässä tutkimuksessa kutsun kohdeorganisaatioksi. Tiedonantajina olivat hoitotyön ja lääketieteen ylin johto. Ylin johto osallistuu strategiseen suunnitteluun ja sillä on kiinteä yhteys myös operatiiviseen toimintaan, sillä he johtavat käytännön työtä omilla vastuualueillaan. Johtajaylilääkäri vastaa sairaalan potilasturvallisuuden kokonaisuudesta. Tutkimuksen kohdejoukko eli tiedonantajat on rajattu ylemmän johdon edustajiin, koska he edustavat erikoissairaanhoidon ylintä strategista sekä osaltaan operatiivisesta hoitotyön ja lääketieteen toiminnasta vastaavaa tahoa. Heidän tehtävänimikkeinään ovat johtajaylilääkäri, vastuualuejohtaja, toimialueylihoitaja ja ylihoitaja. Tässä tutkimuksessa heistä käytetään nimitystä ylihoitajat ja ylilääkärit. Tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa johtamista määrittelee hallintosääntö. Organisaatio on jaettu toimialueisiin. Tämä tutkimus kohdistuu sairaanhoidon toimialueeseen, johon kuuluvat kaikki potilaille polikliinistä- ja vuodeosastohoitoa tarjoavat yksiköt. Sairaanhoidon toimialueen johtajalta ja vastuualuejohtajilta edellytetään erikoislääkärin pätevyyttä. Tämän sairaanhoidon toimialueen toimialuejohtajan alaisena työparina toimii toimialueylihoitaja, joka johtaa käytännön hoitotyötä ja raportoi hoitotyön osalta hallintoylihoitajalle. Sairaanhoidon toimialueeseen kuuluvia vastuualueita johtavat vastuualuejohtajat ja heidän työparinaan ylihoitajat. Ylimmän tason hoitotyön- ja lääkärijohdosta haastateltiin kaikki henkilöt, sillä jokaisella on omat erilliset vastuualueet.

Kohdeorganisaatiossa on meneillään laatujärjestelmien käyttöönotto. Käynnistetty laatutyö koskee muun muassa toiminnan prosessien kuvaamista sekä dokumenttien ja asiantuntemuksen uudistamista. Saman aikaisesti ollaan ottamassa käyttöön ISO 9001:2015 standardia sekä ISO 14001 ympäristöjohtamisjärjestelmän ja ISO 45001 työterveyden ja työturvallisuuden laatujärjestelmiä. Kohdeorganisaatiossa on vuodesta 2016 käytetty LEAN-ajattelua organisaation johtamisen ja kehittämisen tukena. Päämääränä LEAN-ajatteluun sitouttamisella on ollut parantaa hoito- ja palveluprosessien laatua vastaamaan entistä paremmin potilaiden tarpeisiin sekä saada jokaisen työntekijän kohdalla oman



työn kehittäminen pysyväksi toimintatavaksi.² Tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa potilasturvallisuutta ohjaa potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelma³, jossa potilasturvallisuuden johtamisen ja riskienhallinnan vastuut ja menettelytavat on määritelty.

1.4 Tutkimuksen rakenne

Tämä tutkielma jakaantuu seitsemään päälukuun. Johdannossa perustelen, miksi tutkimuksen aihe on valittu ja miksi aihe on tärkeä erikoissairaanhoidon johtamisen näkökulmasta. Esittelen tutkimuksen tutkimuskysymykset, rakenteen ja rajaukset. Luku 2 käsittelee tutkimuksen toteutusta ja aluksi perustelen metodologisia valintojani. Tämän jälkeen kuvaan aineiston keruun ja tutkimusaineiston. Aineiston analyysia käsittelem luvun 2 lopussa. Selvennän aineiston analyysia taulukoinnin avulla. Luvuissa 3, 4 ja 5 esittelen tutkimukseni tuloksia.

Tutkielmassani aineistonkeruu, analyysi ja tulkinta kytkeytyvät toisiinsa, jolloin tulosten raportointimuotona on teorian ja empirian vuoropuhelu, joten erillistä teoreettista viitekehystä kuvaavaa lukua ei ole. Olen nostanut omasta tutkimusaineistostani esiin havaintoja, joita tulkitsen suhteessa teoriaan. (Eskola & Suoranta, 2014, 243-244.)

Potilasturvallisuusriskien johtaminen luvun 3 sisältö painottuu vallitseviin yleisiin käsityksiin, säädöksiin ja teoriaan. Luvussa 3 määrittelen tutkielmani keskeisiä käsitteitä, joita ovat potilasturvallisuus ja potilasturvallisuusriskit. Sairaalaorganisaation johtamisessa on omat erityispiirteensä, jotka esittelen alaluvussa 3.2. Luvun 3 lopuksi kuvaan sairaalaorganisaation potilasturvallisuusriskien hallinnan keskeisiä sisältöjä. Luvussa 4 käsittelem potilasturvallisuusriskien ennakointia ja painotus on haastatteluaineiston analyysissä. Analyysin tulokset olen kuvannut myös taulukkomuodossa (taulukko 4). Taulukon jälkeen olevissa alaluvuissa tarkastelen taulukossa 4 kuvattuja löydöksiä. Luvussa 5 kuvaan potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen ongelmia. Luvun 5 rakenne on yhtenevä luvun 4 kanssa. Ennakoivan johtamisen ongelmat ylihoitajien ja ylilääkärien kuvaamina on esitetty taulukkomuodossa (taulukko 5). Luvussa 6 pohdin empiiristen löydösten yhteyttä teoriaan vastaamalla tutkimuskysymyksiin. Tarkastelen tutkimukseni keskeisiä löydöksiä suhteessa teoriaan. Luku 7 on yhteenvetoluku, jonka aluksi lyhyesti kokoaan yhteen keskeiset löydökset ja vastaukset tutkimuskysymyksiin. Arvioin myös tutkielman onnistumista ja esitän jatkotutkimusmahdollisuuksia.

² Lähde: Kohdeorganisaation laatutyön materiaalipankki.

³ Dokumenttia ei löydy tutkielman lähdeluettelosta, sillä siitä kävisi ilmi tutkimuksen kohteena oleva organisaatio.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

2.1 Metodologiset valinnat

Tässä alaluvussa kuvaan tutkimukseni metodologisia valintoja. Tieteen yleisenä tavoitteena on teoreettinen pyrkimys totuuteen sekä soveltamiskelpoisen tiedon etsintä (Niiniluoto 2002, 73). Tietoa tarvitaan, jotta paremmin ymmärtäisimme ratkaistavien ongelmien luonnetta ja tiedon avulla kykenemme löytämään keinoja ongelmista selviämiseen (Hirsijärvi ym. 2007, 19). Tämän tutkimukseni kohteena on yhden sairaalan potilasturvallisuusriskien johtaminen eli paikallisesti ja spesifisti rakentunut todellisuus. Tulosten yleistettävyyden osalta voidaan puhua teoreettisesta tai analyttisestä yleistämisestä, jos tutkimuksen löydökset ovat yhteneviä aikaisemman tutkimuksen kanssa. (Lewis & Ritchie 2004, 264-265; Holloway & Galvin 2017, 307.)

Tieteen metodi on keino tieteen tavoitteiden päämäärien saavuttamiseksi (Niiniluoto 2002, 60) ja tässä tutkimuksessa lähestyn aihetta laadullisten teemoihin perustuvien ryhmähaastattelujen avulla.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tiedonantajien näkökulman ymmärtäminen. Mielinkiinnon kohteina ovat todellisuus ja tutkimuksen kohteena oleva ilmiö tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 23; Snape & Spencer 2004, 4.) Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimustehtävät tarkentuvat koko tutkimusprosessin ajan (Kylmä & Juvakka 2007, 26). Laadullisen tutkimuksen yksi keskeisistä piirteistä on induktiivinen päättely. Tässä aineistolähtöisessä päättelyssä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.)

Tutkimushaastattelun avulla voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla. Haastattelun etuna on, että tutkimuksen kohteena olevalla henkilöllä on mahdollisuus tuoda asioita esille vapaasti ja hän on aktiivinen osallistuja. Haastattelussa on mahdollista myös havainnoida ilmeitä ja eleitä. Saatuja vastauksia on myös mahdollista selventää tai syventää lisäkysymyksin. (Hirsijärvi ym. 2007, 200; Hirsijärvi & Hurme 2009, 34-35.) Joustavana menetelmänä haastattelu sopi hyvin tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi. Koska tutkimuksen kohteena on Suomessa vähän karitettu ilmiö, on haastattelu metodivalintana perusteltu. Vuorovaikutus tutkittavien kanssa antaa mahdollisuuden saada esiin vastausten taustalla olevia motiiveja ja ei-kie-



lelliset eleet ja ilmeet sekä hymähdykset auttavat ymmärtämään merkityksiä syvällisemmin. Näitä ei-kielellisiä ilmauksia hyödynsin aineiston analyysissä vahvistamaan sanallisten ilmaisujen painotuksia ja merkityksiä. Tässä tutkimuksessa halusin tutkijana korostaa, että ihminen nähdään tutkimustilanteessa toimijana ja hänellä on mahdollisuus tuoda asioita esille mahdollisimman vapaasti. Tällöin on mahdollista saada tietoa ilmiön todellisesta tilasta ilman ennakko-oletuksia. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 34-35.)

Teemahaastattelu voidaan kohdentaa tiettyihin teemoihin ja tässä tutkimuksessa teemat ovat: potilasturvallisuusriskit johtamistyön kannalta, ongelmat potilasturvallisuusriskien johtamisessa ja potilasturvallisuusriskien ennakoiva johtaminen. Teemat eivät ole peräisin tietyistä teoreettisesta viitekehystä, vaan perustuvat potilasturvallisuusasiantuntijan haastattelun antamaan ymmärrykseen, johon olen yhdistänyt teoreettista tietoa sekä omaa ymmärrystäni aiheesta. Teemahaastattelusta voidaan käyttää nimitystä puolistrukturoitu. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 47.) Haastattelurunko antaa haastattelulle hahmon sekä varmistaa, että tutkija esittää tarvittavat kysymykset kaikille tiedonantajille (Koskinen ym. 2005, 108). Tässä tutkimuksessa käytin ryhmähaastattelumenetelmää ja esitin ylihoitajien ja ylilääkärien ryhmille samat teemojen mukaiset kysymykset.

Valitsin tiedonantajat tarkoituksenmukaisuuden perusteella, koska tällöin pystyin varmistamaan, että tutkimushaastatteluun osallistujilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 23). Tämän tutkimuksen kohdejoukko, ylihoitajat ja ylilääkärit, valittiin harkinnanvaraisena näytteenä, koska tutkimuksessa pyrkimyksenä oli tarkastella potilasturvallisuusriskien ennakoivaa johtamista ylimmän strategisen tason johtamisen näkökulmasta. Ylihoitajat ja ylilääkärit vastaavat potilasturvallisuudesta johtamiensa vastuualueiden mukaisesti ja hoitotyön- ja lääkärijohdosta haastateltiin kaikki ylimmät vastuuhenkilöt. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 59.) Haastattelumenetelmäksi valikoitui ryhmähaastattelu, koska ylihoitajat ja ylilääkärit kokoontuvat säännöllisesti omina ryhminään kokouksiin. Tällöin ryhmähaastattelu oli mahdollista järjestää kokouksen yhteyteen, jossa kaikki tiedonantajat olivat paikalla.

2.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa voidaan suorittaa esitutkimus, jossa tutustutaan tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön. Esitutkimuksessa voidaan esimerkiksi kokeilla tekniikkaa, jolla tutkimus on tarkoitus suorittaa tai sen tarkoituksena voi olla tutustuminen tutkimuskohteena olevaan ilmiöön kirjallisten lähteiden kautta. Tämä tutkimuksen vaihe

on eksploratiivinen, jos sen tarkoituksena on tutkimuskohteen muotoilu. (Niiniluoto 2002, 27.)

Tässä tutkimuksessa suoritin syyskuussa 2018 aihetta kartoittavan puhelinhaastattelun. Haastattelun kohteena oli yliopistollisen keskussairaalan potilasturvallisuuspäällikkö, joka ei työskentele tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää potilasturvallisuuden riskienhallinnan keskeisiä teemoja ja käsitteitä. Puhelinhaastattelussa esitetyt kysymykset löytyvät liitteestä 1.

Puhelinhaastattelu eteni yleisestä kysymyksestä yksityiskohtiin, joita haastateltava toi esille. Haastattelun perusteella valikoituivat tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ja teemat. Ryhmähaastattelujen suorittamiseen hain kohdeorganisaatiolta tutkimusluvan. Ryhmähaastattelut suoritin alkuvuodesta 2020. Ylihoitajien ryhmähaastatteluaineistoa täydentävän ylihoitajan puhelinhaastattelun suoritin keväällä 2020.

Johtavat viranhaltijat ovat itsenäisiä toimijoita ja julkisissa viroissa suhtaudutaan tutkimuspyyntöihin yleensä myöntävästi (Koskinen 2005, 117). Tiedonantajilta ei pyydetty tutkimukseen osallistumisesta kirjallista suostumusta, vaan suostumus annettiin suullisesti. Haastatteluajat sovoin ryhmien esimiesten kanssa ja haastattelut suoritin jo aikaisemmin sovittujen kokousten yhteydessä. Ryhmähaastattelukysymysten teemat on kuvattu liitteessä 2. Kysymysten keskeinen sisältö oli:

- Potilasturvallisuusriskit oman työn kannalta
- Potilasturvallisuuden johtamisen ongelmat
- Potilasturvallisuusriskien ennakoiva johtaminen.

Ryhmähaastattelumenetelmän avulla on mahdollista tuottaa rikas aineisto (Holloway & Galvin 2017, 125). Ryhmähaastattelun avulla voidaan saada tietoa tavallista yksilöhaastattelua enemmän, koska ryhmähaastattelussa haastateltavat saavat enemmän tukea toisiltaan. He voivat yhdessä rohkaista ja tukea toisiaan sekä herättää muistikuvia. Henkilöt voivat innostaa toinen toistaan puhumaan, jolloin ryhmä toimii mielipiteiden stimuloijana ja asiat voivat tulla esille toisella tavalla kuin yksilöhaastattelussa. (Eskola & Suoranta 2014, 95-98; Holloway & Galvin 2017, 125.) Ryhmähaastattelutilanne on lähellä keskustelua, jossa vapaasti vaihdetaan mielipiteitä tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmädynamiikka voi murtaa yksilöhaastattelussa helposti ongelmalliseksi muodostuvan haastattelijan keskeisen roolin. Haastateltavat reagoivat myös toistensa puheisiin, jolloin mahdollisuus tuottaa yksilöhaastatteluja rikkaampi aineisto kasvaa. (Koskinen ym. 2005, 124; Holloway & Galvin 2017, 126.)



Ryhmähaastattelujen tavoitteena on myös havainnoida tiedonantajien tuntemuksia, ajatuksia ja oletuksia (Holloway & Galvin 2017, 88). Tieteellinen tieto perustuu myös todellisuudesta tehtyihin havaintoihin (Hirsijärvi & Hurme 2009, 37). Tässä tutkimuksessa pyrin ryhmähaastattelujen aikana havainnoimaan keskustelijoiden käyttäytymistä ja kielellisiä ilmaisuja. Koska ryhmähaastattelutilanne äänitettiin digitaalisesti, minulla oli tutkijana mahdollisuus havainnoida keskustelua ja tehdä tarkentavia kysymyksiä sekä pitää katseyhteys haastateltaviin.

Tutkija voi tehdä haastattelutilanteessa täydentäviä kysymyksiä, jotka eivät ole etukäteen suunniteltuja. Tällöin tutkija kykenee ohjaamaan keskustelun sisältöä pysymään aiheessa. Tästä syystä ryhmähaastattelut usein eroavat jossain määrin toisistaan. Näin kävi myös tämän tutkimuksen kohdalla. Haastattelun teemat pysyivät kuitenkin samoina. (Holloway & Galvin 2017, 88.) Haastattelun teemoihin perustuvat kysymykset olivat molemmille ryhmille samat, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys sekä tarkentavat lisäkysymykset vaihtelivat hieman.

2.3 Tutkimusaineisto

Ryhmähaastatteluun osallistuvien tiedonantajien määrä voi vaihdella neljän ja kahdenkymmenen tiedonantajan välillä. Ryhmän tulisi olla mahdollisimman homogeeninen (Holloway & Galvin 2017, 128, 130), jolloin keskustelu mahdollistuu paremmin. Haastattelijan tehtävänä on saada keskustelu alulle ja kontrolloida dominoivia henkilöitä. Tavoitteena on melko vapaamuotoinen, mutta aiheen teemoissa pysyvä keskustelu. Haasteena on pitää vuoropuhelua yllä. Keskustelujen nauhoittamiseen on pyydettävä haastateltavien lupa. (Eskola & Suoranta 2014, 95-98.)

Potilasturvallisuusasiantuntijan puhelinhaastattelu kesti 20 minuuttia. Asiantuntijan haastattelu oli sisällöltään hyvin rikas ja antoi hyvän pohjan teoreettiselle viitekehykselle sekä auttoi kohdentamaan tutkimuksen aineistohakuja.

Ryhmähaastattelut tapahtuivat häiriöttömässä neuvotteluhuoneessa ja kaikkien ryhmässä keskustelleiden äänet kuuluivat äänitteessä hyvin. Varmistin haastateltavien suostumuksen vielä haastattelun aluksi. Haastatteluun käytettävä aika riippui haastattelun kuluista. Ryhmähaastatteluihin varasin aikaa yhden tunnin. Ylihoitajat olivat saaneet tiedon haastattelutilanteesta useita viikkoja ennen haastattelua esimieheltään sekä tutkimussuunnitelman.

Ylihoitajien haastattelu kesti 40 minuuttia ja ylilääkärien 38 minuuttia. Ylihoitajien ryhmähaastatteluun osallistui kahdeksan naispuolista tiedonantajaa ja heihin lukeutui

myös esimies, jolta olin saanut luvan haastattelun pitämiseen kokouksen yhteydessä. Työkokemus ylihoitajien tehtävistä vaihteli tiedonantajilla seitsemästä vuodesta kolmeen kymmeneen ja työkokemusten keskiarvo oli 16 vuotta. He edustivat kaikkia tutkimuksen kohteena olevan sairaalan erikoissairaanhoidon erikoisaloja. Kahdella suurimmilla erikoisaloilla ylihoitajia on kaksi. Vaikka ylihoitajat tekevät hyvin saman tyyppistä työtä ja ovat homogeeninen ryhmä, he pystyivät tarkastelemaan tutkittavaa ilmiötä monelta eri näkökannalta. Ylihoitajien ryhmähaastatteluaineistoa tarkentava ylihoitajan puhelinhaastattelu kesti 10 minuuttia. Tämä puhelinhaastattelu vahvisti ryhmähaastattelun aineistoa.

Ylilääkärien ryhmähaastatteluun osallistui kuusi henkilöä, kolme miestä ja kolme naista. Heidän työkokemuksensa ylilääkärinä vaihteli kolmesta vuodesta kolmeen kymmeneen ja työkokemuksen keskiarvo ylilääkärinä oli 12 vuotta. Ylilääkärit edustivat myös sairaalan kaikkia erikoisaloja. Lääkärit ovat ylihoitajiin verrattuna heterogeenisempi joukko, koska lääkäriprofession erikoisalat eroavat toisistaan enemmän verrattuna hoitotyöhön.

Haastateltavat istuivat neuvottelupöydän ympärillä. Tutkijana istuin pöydän päässä, jotta minulla oli näköyhteys kaikkiin tiedonantajiin. Digitaaliäänitin oli asetettuna keskelle pöytää. Ylihoitajien haastattelu oli hyvin intensiivinen ja puhetta oli paljon. Ylilääkärien keskustelu lähti verkkaisesti liikkeelle, oli pohdiskelevaa ja puhetta piti jonkin verran ylläpitää. Molempien ryhmähaastattelujen lopuksi esitin kysymyksen, onko vielä jotain lisättävää aiheeseen? Haastattelut lopetettiin, kun tiedonantajien keskittyminen alkoi herpaantua ja keskustelu vaikutti loppuneen. Ei ole realistista käyttää johtajien työaikaa kovin pitkään.

Tulosten kirjoittamisvaiheessa ilmeni, että ylihoitajien haastattelussa oli muutama lausuma, joita piti tarkentaa. Laadullisen tutkimuksen aineistoa voi tarkentaa, mikä on suositeltavaakin, jos ilmiöstä ei ole saanut selkeää kuvaa (Holloway & Galvin 2017, 96). Tästä syystä olin yhteydessä ryhmähaastattelussa mukana olleeseen ylihoitajaan ja pyysin mahdollisuutta tarkentaa joitakin hänen ryhmähaastattelussa esittämiään lausumia puhelinhaastattelussa.

Litteroin aineistot kahden päivän kuluessa haastatteluista, jolloin ne olivat vielä hyvin muistissa. Litteroinnin lomassa merkitsin tekstiin huomioita ja tärkeitä kohtia korostin väreihin. Ensimmäisen aineiston perusteella ei ilmennyt tarvetta muuttaa haastattelukysymyksiä, joten ylilääkäriryhmälle esitin samat teemakysymykset kuitenkin täydennettynä lisäkysymyksillä, jotta sain pidettyä keskustelua yllä.



2.4 Aineiston analysointi

Ryhmähaastatteluaineisto on hankalampi purkaa kuin yksilöaineisto (Eskola & Suoranta 2014, 99). Ylihoitajat puhuivat jonkin verran toistensa päälle, mutta kuuntelemalla äänitys useita kertoja, sain kaiken puheen litteroitua eikä epäselviä kohtia jäänyt. Ryhmähaastattelutilanteessa keskustelijat saattavat yhdessä tuottaa enemmän ideoita, erityisesti jos ryhmä on iso. Riskinä kuitenkin on, että mielipiteiden syvällisyys ei tule niin selkeästi esille. (Holloway & Galvin 2017, 129.) Tässä tutkimuksessa haastatteluryhmien koot olivat sopivia ja kaikilla oli mahdollisuus puhua. Ylihoitajien keskustelu oli vilkasta ja aineistosta muodostui rikas. Keskustelu eteni itsestään eikä joutunut pitämään keskustelua yllä.

Ylilääkärien keskustelu eteni verkkaisemmin, joten litterointi oli helppoa. Haastattelutilaisuudesta jäi vaikutelma, että keskustelu ei ollut syvällisyydessä ylihoitajien keskustelun vertainen. Aineistoa analysoidessani palasin monta kertaa litteroidun aineiston pariin ja havaitsin monia merkityksiä jopa yhden lausuman sisällä. Tutkijan on oltava tarkka ja huolellinen analysoidessaan aineistoa, jotta hän ei syyllisty kuvaamaan vain yleisiä lausuttuja totuuksia ilmiöstä. Vain huolellisen analyysin kautta on mahdollista löytää riittävä tutkittavan ilmiön kuvaus. (Holloway & Galvin 2017, 87–88.)

Haastattelut perustuivat melko väljiin teemoihin ja pääkysymyksiä oli kolme. Keskustelu rönsyili aihepiirin sisällä, mutta aiheen vierestä ei juurikaan keskusteltu. Ehkä tästä syystä molemmat haastattelut kestivät noin 40 minuuttia ja vaikutti, että tiedonantajilla ei ollut enää aiheeseen lisättävää. Ensimmäiseen haastattelukysymykseen: *Mitä keskeisiä potilasturvallisuusriskejä kohtaatte nykyisessä työssänne?* ylihoitajat vastasivat laajasti ja keskustelu oli vilkasta. Ylilääkärit sen sijaan kuvasivat aihetta lyhytsanaisemmin sekä osittain oman erikoisalansa näkökulmasta.

Analysoin sekä puhelinhaastatteluaineistot että ryhmähaastatteluaineistot induktiivisen sisällönanalyysin avulla (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113; Tuomi & Sarajarvi 2018, 141). Hain tekstistä vastauksia tutkimuskysymyksiin ja otin kaikki tekstistä nousevat ilmaukset huomioon. Sisällönanalyysissa hajotin aineiston pelkistetyiksi ilmauksiksi, joista lähdin rakentamaan hierarkiaa kokoavan alaluokan muodostamiseksi. Käytin taulukointia apuna pelkistettyjen ilmausten ryhmittelyssä. Pelkistetyt ilmaukset tiivistin niin, että niiden olennainen sisältö säilyi. (Holloway & Galvin 2017, 293; Tuomi & Sarajarvi 2018, 122-125.)

Seuraavassa taulukossa 1 kuvaan esimerkinomaisesti, miten olen pelkistänyt haastattelun alkuperäisilmaukset pelkistetyiksi ilmauksiksi. Taulukossa on kuvattu kolmen eri alkuperäisilmauksen pelkistäminen ja aineistolta on kysytty: *Mitä on potilasturvallisuuden ennakoiva johtaminen kohdeorganisaatiossa?*

Taulukko 1. Aineistosta poimitun alkuperäisilmauksen pelkistäminen

Taulukossa esitetään esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä. Aineistolta kysyttiin: *Mitä on potilasturvallisuuden ennakoiva johtaminen kohdeorganisaatiossa?*

<i>Ote alkuperäishaastattelusta</i>	<i>Pelkistetty ilmaus</i>
Et tämmöseen systeemivirheeseen mitä siel on, pääsis puuttumaan..	Systeemivirheisiin puuttumista
..meidän pitäis miettiä potilaan näkökulmasta, onko se tätä päivää se...	Potilaan näkökulman huomioimista
... ja sen mukaan tehdään jotain korjaavia toimia...	Korjaavia toimia

Analyysin toisessa vaiheessa kokosin samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset erilliseen taulukkoon toiseen asiakirjaan käyttämällä apuna Word-tekstinkäsittelyohjelmaa. Tämän jälkeen yhdistin pelkistettyjä ilmauksia samaan ryhmään, jos ne olivat sisällöllisesti samankaltaisia. Oma tulkintani tutkimuksen tekijänä ohjasi tätä ryhmittelyä. Yhdistämisen jälkeen annoin alaluokalle sen sisältöä kuvaavan nimen. (Kylmä & Juvakka 2007, 118.)

Seuraavassa taulukossa 2 kuvaan pelkistettyjen ilmausten ryhmittelyä alaluokaksi: *Osaamisen varmistaminen*. Olen kysynyt tutkimusaineistolta: *Mitä ongelmia on potilasturvallisuuden ennakoivassa johtamisessa kohdeorganisaatiossa?* Pelkistetyt lausumat on ryhmitelty alaluokiksi niiden sisällön mukaan.

Taulukko 2. Pelkistettyjen ilmausten ryhmittely

Taulukossa kuvataan esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä alaluokaksi *osaamisen varmistaminen*. Pelkistettyjä lausumia ryhmiteltiin tutkimuskysymyksen: *Mitä ongelmia on potilasturvallisuuden ennakoivassa johtamisessa kohdeorganisaatiossa?* mukaan.

<i>Pelkistetty ilmaus</i>	<i>Ryhmittely alaluokaksi</i>
koulutusten toteuttamisen vaikeus	Osaamisen varmistaminen
perehdytyksen puutteet	
osaamisen varmistamisen puutteet	
osaamisen ylläpito	
varajärjestelmien harjoittelu	

Tutkimuksen tulokset on raportoitu tiivistettynä yläluokkiin ja niitä tarkastellaan luvuissa 4 ja 5. Pelkistämisen, ryhmittelyn ja luokkien muodostamisen kautta tehty synteesi antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2007,



113, 118-119). Ryhmähaastattelujen aikana suorittamani tiedonantajien havainnointi auttoi analyysin tekemistä, sillä käytin lausumien saamia painotuksia, kuten ilmeitä ja äänensävyjä, apuna lausumien merkitsevyyden pohdinnassa. Tutkimuksen empiirisiä löydöksiä kirjoitettaessa luin haastatteluaineiston litterointeja useaan kertaan läpi, jotta tulokset olisivat mahdollisimman paljon tiedonantajien kuvausten mukaisia ja aineistosta löytyisi mahdollisia piileviä sisältöjä (Tuomi & Sarajärvi 2018,144).

Tuloksia en abstrahoinut yläluokkia yhdistävälle tasolle, koska se olisi tiivistänyt löydöksiä liikaa ja merkitykset olisivat saattaneet muuttua. Empiirisen osuuden olen raportoinut pelkistysten kautta muodostettujen ala- ja yläluokkien ja alkuperäisen haastatteluaineiston synteessä. Analyysitapa oli aikaa vievä, mutta paransi löydösten luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 143-144.) Tutkimuksen empiirisessä osassa mainitsen, jos jokin lausuma potilasturvallisuusriskien ennakoivan johtamisen näkökulmasta korostui aineistossa. Ryhmäkeskustelut pysyivät aiheessa, joten otin kaikki lausumat huomioon analyysissa.

3 POTILASTURVALLISUUSRISKIEN JOHTAMINEN

3.1 Potilasturvallisuus

Luvuissa 3, 4 ja 5 esittelen tutkimukseni tutkimustuloksia. Tekstissä teoria ja tutkimuksen tulokset on kirjoitettu toistensa lomaan eikä erillistä teoriaosuutta ole. Tutkimukseni löydösten kanssa relevantti aikaisempi tutkimus tukee tai haastaa tutkimuslöydöksiäni (Holloway & Galvin 2017, 329). Tämä alaluku 3.1 keskittyy pääasiassa kirjallisuuteen, sillä tiedonantajilta ei pyydetty määrittelemään potilasturvallisuuden kokonaisuutta. Mainitsen kuitenkin joitakin kohdeorganisaation potilasturvallisuutta kuvaavia tekijöitä. Käytän tutkielmassani käsitettä potilasturvallisuus, koska erikoissairaanhoidossa hoidon kohteena olevasta henkilöstä käytetään käsitettä potilas. Sosiaalihuollon sekä yksityisen terveydenhuollon palveluissa puhutaan yleisimmin asiakkaista.

Ratkaiseva askel potilasturvallisuuden edistämiseksi kansainvälisesti oli Institute of Medicinen (IOM) julkaisema *To err is human: Building a safer health system* -raportti potilasturvallisuuden tilasta Amerikassa (Kohn ym. 2000). Raportin mukaan enemmän ihmisiä kuolee hoidosta aiheutuviin haittatapahtumiin kuin liikenneonnettomuuksissa. Tämä johti kansainväliseen konsensukseen siitä, että potilasturvallisuuden edistämiseksi ja vaaratapahtumien ehkäisemiseksi tarvitaan erityisiä toimia. (Jerek-Zuiderent 2012, 733.) Braithwaiten ym. (2021, 376) mukaan kuitenkin terveydenhuollon kompleksinen systeemi asettaa lukuisia haasteita klinikoille, terveydenhuollon johtajille, lainsäätäjille ja tutkijoille. Suositusten, toimintaohjeiden, uuden tietojärjestelmän tai kehittämishankkeiden kautta ei välttämättä kyetä edistämään potilasturvallisuutta, jos ne liiaksi pyrkivät yksinkertaistamaan tai systematisoimaan terveydenhuollon toimintaa. Potilasturvallisuuden varmistaminen on hankalaa, sillä potilaiden sairaushistoria ja sairauden tila vaihtelevat huomattavasti, heidän hoidon tarpeensa ovat erilaisia ja he tarvitsevat hyvin erilaisia hoitotoimenpiteitä. Näihin kaikkiin tarpeisiin ei välttämättä löydy ratkaisua helposti tai nopeasti. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaiset joutuvat usein työskentelemään paineen alla, mikä altistaa potilasturvallisuuspoikkeamille. Braithwaite ym. (2021, 376-378.)

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017, 12) määrittelee potilasturvallisuuden siten, että henkilön saama hoito edistää hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan ja siitä aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Terveydenhuollossa organisaatioiden periaatteet ja toiminnot varmistavat hoidon turvallisuutta, ja tavoitteena on suojata potilasta vahingoittumasta. Potilas



saa sekä tarvitsemansa että oikean hoidon. Potilasturvallisuuteen kuuluvat osaava henkilökunta, tilojen ja välineiden asianmukaisuus sekä terveydenhuollon tuottamiseen liittyvän tiedonkulun ja dokumentoinnin turvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 12.) Potilasturvallisuuden keskeisiä käsitteitä ovat haittatapahtuma, läheltä piti-tapahtuma ja vaaratapahtuma. Haittatapahtumassa potilaalle aiheutuu haittaa. Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai saattaa aiheuttaa haittaa potilaalle. Läheltä piti-tapahtuma on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle, jos poikkeamaa tai vaaratilannetta ei olisi havaittu ajoissa. (Stakes 2006, 6–7.)

Tutkimuksen kohdeorganisaatiossa henkilökunta raportoi havaitsemistaan vaara- ja haittatapahtumista sähköiseen järjestelmään. Tämän raportointijärjestelmän kautta koko linjaorganisaation johto saa tietoonsa ilmoitetut potilasturvallisuuspoikkeamat. Tieto potilasturvallisuuden vaarantumisesta saavuttaa esimiehet nopeasti. Ylihoitajat kokivat, että raportointijärjestelmän kautta tulee tietoa johtamisen tueksi, mutta ilmoitusten käsittely ei kaikilta osin ole avointa. Tarkoitus olisi, että ilmoituksista esiin tulleet potilasturvallisuutta vaarantavat seikat käsitellään osallistavasti henkilöstön kanssa etsien ratkaisuja. Hyvänä asiana ylihoitajat pitivät sitä, että läheltä piti -tilanteita kirjataan ja potilailta tulleet palautteet käsitellään yksiköissä nopeasti.

Ylilääkärien mukaan vaaratapahtumien raportoinnin kautta saadaan tietoa, mutta sen avulla ei ole helppo hahmottaa keskeisiä potilasturvallisuutta vaarantavia riskejä. Lisäksi ylilääkäri pohti, ovatko riskien vähentämiseen tehdyt toimenpiteet olleet riittävän tehokkaita. Läheltä piti -tilanteiden kirjaaminen tuo esille mahdollisia riskejä, joihin kuitenkin yritetään puuttua. Vaaratapahtumien raportoinnin lisäksi tietoa potilasturvallisuuden tilasta tulee ylilääkäreille myös suoraan henkilöstöltä. Ylilääkärien mukaan henkilöstöllä on käsitys oman yksikön turvallisuustilanteesta ja tuli vaikutelma, että riskitieto tulee heille pääasiassa henkilöstöltä.

Ylihoitajien ja ylilääkärien mainitsema vaaratapahtumien raportointi on menetelmä, joka mahdollistaa vaaratapahtumista oppimisen. Stavropoulou ym. (2015) havaitsivat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, että vaaratapahtumien raportoinnin tuottama tieto ei välttämättä paranna potilasturvallisuutta tai edesauta kulttuurisia muutoksia. Sen sijaan vaaratapahtumaraportoinnin avulla voidaan löytää kohteita tai prosesseja, joihin on mahdollista kohdentaa kehittämistoimia. Heidän mukaansa raportointiprosessin pitää olla liitetty osaksi organisaation johtamista. Vaaratapahtumien raportoinnista saadaan paras hyöty irti, kun ilmoituksista saatava tieto liitetään muuhun laaturaportointiin. (Stavropoulou ym. 2015, 826.)

Braithwaiten ym. 2015, 418, Pedersenin 2016, 1180.) mukaan kahden viime vuosikymmenen aikana kansainvälisessä potilasturvallisuustyössä huomio on kiinnittynyt pääasiassa sattuneisiin haittatapatumiin ja niiden estämiseen. Haittatapatumien kautta tapahtuva organisaation oppiminen on reaktiivista, jälkikäteistä toimintaa. Huoli potilasturvallisuuden tilasta on johtanut monessa maassa potilasturvallisuutta edistäviin toimiin ja säädösten uudistamiseen. (Braithwaite ym. 2015, 418, Pedersen 2016, 1180.) Suomessa Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) edellyttää, että terveydenhuollon organisaatioissa on nimetty potilasturvallisuudesta vastaava henkilö ja, että potilasturvallisuusjärjestelmä kuvataan ja siihen liittyvät vastuut määritellään. Potilasturvallisuuden edistämisen keskiössä on ollut vaaratapatumien raportointimenettely. Vaaratapatumien käsittelyssä on syyllistämättömyyden periaate eli päähuomio kiinnitetään tapahtuman taustalla oleviin tekijöihin, ei tekijään. Vaaratapatumien syntyyn myötävaikuttaneita tekijöitä pyritään löytämään juurisyyanalyysin avulla havaitsemalla systeemivirheitä. (Jerek-Zuiderent 2012, 733.) Ylilääkäreiden haastattelussa tuli ilmi, että vaaratapatumien raportointijärjestelmään kirjatut poikkeamailmoitukset ovat osin epäselviä. Epäselvän kuvauksen mukaan on vaikea hahmottaa tapahtuman kokonaisuutta ja selvittää tapahtuman syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Tuli vaikutelma, että ylilääkäreiden mukaan vaaratapatumien raportoinnista saatava tieto ei ole helposti hyödynnettävissä potilasturvallisuuden edistämistyössä.

Vaaratapatumien raportoinnin kautta tapahtuvaa organisaation oppimista kutsutaan kansainvälisesti Safety I -lähestymistavaksi. Safety I -lähestymistavassa turvallisuusjohtaminen on reaktiivista ja toiminnan ajatellaan olevan lineaarista. (Hollnagel 2013, 3-17.) Lawtonin (2018, 659) mukaan tämä insinööritieteistä lähtevä systeemiajattelu on hallinnut potilasturvallisuuden edistämistyötä. Systeemiajattelun mukaan vaaratapatumille etsitään syy-seuraussuhteita. Vaaratapatumien taustalla olevia tekijöitä selvitetään jo sattuneiden tapahtumien perusteella. Onnistumisista oppiminen on tutkimuskirjallisuuden mukaan nouseva trendi. Onnistumisista oppimisessa kiinnittämään huomiota niihin tilanteisiin, kun kaikki sujui hyvin ja pyritään vahvistamaan turvallisuutta onnistumisten kautta. (Lawton 2018, 659.) Koska sairaaloiden toiminta on monimutkaista, Safety I -lähestymistapa ei välttämättä ole riittävä tunnistamaan ja ennalta ehkäisemään vaaratapatumia ja potilaille sattuvia haittatapatumia. Termi resilienssi liitetään nykyään Safety II -lähestymistapaan, jossa keskeistä on, että terveydenhuollon organisaatiot ovat mukautuvia vaikeissa ja muuttuvissa olosuhteissa ja työntekijöiden osaamisella on keskeinen rooli potilasturvallisuuden edistämässä. (Lawton, 2018, 660.) Safety II-lähestymistavan mukaan potilasturvallisuusriskien arvioinnissa pyritään ymmärtämään ja huomioimaan



terveydenhuollon vaihtelevat olosuhteet, joita ei ole helppo kontrolloida eikä valvoa (Leistikow & Bal, 2020, 869). Braithwaiten ym. (2015, 418) sekä Pedersenin (2016, 1180) mukaan terveydenhuollossa työskentelevät ammattilaiset osaavat sopeuttaa toimintansa muuttuviin olosuhteisiin. Työn tekemisen joustavuuden ja työntekijöiden kyvykkyyden lisääminen ovat avainasemassa mukautumiskyvyn edistämässä.

3.2 Sairaalaorganisaation johtaminen

Potilasturvallisuusriskien johtamista ei voida erottaa sairaalaorganisaation johtamisesta ja sen erityispiirteistä. Koska sairaalan johtamisen toimintakentässä on monia ulottuvuuksia, jotka osin kietoutuvat toisiinsa, käytän selkeyden vuoksi Virtasen (2010) sairaalaorganisaation ulottuvuusjaottelua sovellettuna tämän tutkimuksen analyysiin. Tämän ulottuvuusajattelun avulla lukijan on helpompi jäsentää johtajan toimintakenttää sairaalassa. (Virtanen 2010, 68, 202). Näillä ulottuvuuksilla ei ole selkeitä keskeisiä rajapintoja ja ne menevät osin päällekkäin (Virtanen 2010, 68). Tässä tutkimuksessa käytettäviä sairaalaorganisaation johtamisen ulottuvuuksia ovat: fyysinen, rakenteellinen ja yhteisöllinen, kulttuurinen ja teknologinen. Virtanen (2010, 204) käyttää tutkimuksensa viitekehyksessä vielä arvoulottuvuutta. Hän rakensi tutkimuksessaan sairaalaa organisaationa kuvaavan käsitteellisen mallin. Virtasen mallin pohjana toimii Hatchin ja Cunliffen (2006, 19) organisaatioteoreettinen malli. Johtajan toimintakenttää sairaalassa on vaikea kuvata teoreettisesti, koska se koostuu useista toisiinsa kietoutuneista elementeistä. Ylimpään johonon kuuluvilla on kuitenkin pitkän työkokemuksensa perusteella hyvät edellytykset tarkastella organisaatiota laajasti. (Virtanen 2010, 202-204.) Tämän tutkimuksen tiedonantajilla on kaikilla pitkä kokemus sairaalaorganisaation johtamisesta.

Potilaan paras on sairaalaorganisaation legitimoiva ydinarvo, vaikka useita muita arvoja on myös läsnä johtajan toimintakentässä sairaalassa (Virtanen 2010, 202-204). En käsittele tässä tutkimuksessa arvoulottuvuutta, vaikka potilas oli tiedonantajien lausumissa keskiössä. Kuitenkaan arvot eivät tulleet vahvasti esille aineistoissa.

Tämä sairaalaorganisaation johtamista kuvaava alaluku 3.2 perustuu pääasiassa teoriaan, sillä haastateltavilta ei kysytty sairaalaorganisaation johtamisesta, mutta vastauksissa tuli esille johtamiseen liittyviä merkityksiä. On kuitenkin tärkeää käsitellä sairaalan johtamista, sillä siihen liittyy aivan erityisiä ominaispiirteitä. Tämä auttaa ymmärtämään

potilasturvallisuuden riskienhallinnan ja johtamisen problematiikkaa paremmin. Braithwaiten ym. (2021, 379) mukaan sairaalan toimintaympäristön kompleksisuudesta johtuen johtamisen pitää hakea vaihtoehtoisia malleja hierarkkisen johtamisen sijaan. Potilasturvallisuuden johtaminen onnistuu paremmin jaetun johtajuuden, hyvän yhteistyönverkon ja yhteisen kehittämisen avulla. (Braithwaite ym. 2021, 379.)

3.2.1 Fyysinen ulottuvuus

Tässä alaluvussa käsittelen ylihoitajien ja ylilääkärien johtamiskentän fyysistä ulottuvuutta. Fyysiseen ulottuvuuteen liittyy osaltaan myös sosiaalinen ulottuvuus, koska fyysiset rakenteet vaikuttavat sosiaaliseen kanssakäymiseen ja sosiaalisella ympäristöllä on ratkaiseva merkitys ihmisten toimintaan. Virtasen (2010, 200) mukaan lääketieteelliset erikoisalajat vaikuttavat sairaalaorganisaatiossa fyysisenä ja sosiaalisena rakenteena, jossa kokonaisuutta pitää koossa kulttuurinen liima.

Tutkimuksen kohteena olevan sairaalan somaattisen hoidon tilat keskittyvät pääasiassa samalle alueelle. Osa polikliinistä toimintaa ja psykiatrinen hoito ovat vielä erillään. Haastateltavien ylihoitajien ja ylilääkärien työhuoneet sijaitsevat pääasiassa lähellä heidän vastuullaan olevia toimintoja, joten fyysiset tilat eivät haittaa sosiaalista vuorovaikutusta. Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan fyysinen hajanaisuus haittaa jonkin verran toiminnan koordinoitua, sillä sairaalarakennuksessa on monta eri siipeä. Potilasturvallisuutta ei voida tarkastella huomioimatta sosiaalista kontekstia, koska sen merkitys ihmisten toimintaan on suuri (Szymczak 2014, 252). Braithwaiten ym. (2021, 380, 383) mukaan vain ihmisten välisessä kommunikaatiossa sekä palautteen annon avulla potilasturvallisuuden tilaa kyetään tehokkaasti edistämään ja pienentämään riskejä.

Virtasen (2010, 94) mukaan sairaalaorganisaation johtamiseen liittyy jakautuminen kahden ammattikunnan, hoitajien ja lääkäreiden välillä, mikä ilmenee arjen toimintakäytännöissä. Käytännössä kumpikin ammattikunta hoitaa oman ammattikuntansa johtamisen. Sairaalaorganisaatioiden rakenteen ydin muodostuu kuitenkin lääketieteellisten erikoisalojen mukaan (Virtanen 2010, 94). Tämä ilmenee myös ylilääkäreiden vastauksissa kysyttäessä keskeisiä potilasturvallisuusriskejä oman työn kannalta. Ylilääkärit kuvasivat riskejä oman vastuualueensa näkökulmasta, mikä ilmentää heidän oman tehtäväkenttensä rajausta.

Ylihoitajien kuvaukset riskeistä olivat laajemmat, eivätkä olleet vahvasti erikoisalasidonnaisia. Hoitotyön johtajien yhteys ammatillisiin erikoisaloihin ei ole yhtä tiukka. Ylihoitajien vastuulla voi olla osastoja useamman spesialiteetin alueelta (Virtanen 2010,



113), kuten on myös tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa. Haastatteluaineistoista tuli ilmi, että erikoisaloilla on toisistaan poikkeavia toimintatapoja ja ne liittyvät selvemmin lääkärikuntaan kuin hoitajiin. Tätä ilmensivät esimerkiksi erikoisalojen erilaiset päivystyskäytännöt.

Virtasen (2010, 101) tutkimuksessa vastuualueen johtaja (lääkärijohtaja) tiedotti alaisilleen toimialueen sekä sairaalan johtoryhmän kokouksessa käsitellyistä asioista, joista hän oletti johtamiensa spesialistien olevan kiinnostuneita. Tutkimuksen kohdeorganisaation tiedotuskäytännöt eivät tulleet selvästi esille haastatteluaineistosta, mutta ylilääkärit mainitsivat sairaalan ylimmässä johtoryhmässä käytävän keskustelun erityisesti suuren riskin tapatumissa. Tämän tutkimuksen haastatteluaineistosta tuli vaikutelma, että ylilääkärit keskustelevat säännöllisesti keskenään eikä tullut vaikutelmaa tiedonkulun ongelmista tehtyjen päätösten suhteen. Ylihoitajien haastatteluaineistossa korostui, että ylihoitajat eivät saa riittävästi tietoa tehdyistä päätöksistä. Ongelmat ilmenevät lähinnä ammatinvälisinä hierarkioina, mikä heijastuu myös työnjakoon ja näkyy tiedon kulun puutteina. Ylihoitajista vain yksi osallistuu sairaalan johtoryhmätyöskentelyyn ja tämän tutkimuksen kohdejoukon ylilääkäreistä kaikki olivat tutkimuksen aineiston keruun aikana johtoryhmän jäseniä. Tätä hierarkiaa ylihoitajat kuvasivat toiminnan lokeroitumisena.

3.2.2 Rakenteellinen ja yhteisöllinen ulottuvuus

Tässä alaluvussa käsittelen ylihoitajien ja ylilääkärien johtamisen toimintakentän rakenteellista ja yhteisöllistä ulottuvuutta, jota myös voidaan kuvata sosiaalisena ulottuvuutena. Keskeisiä sairaalayhteisön rakenteita ovat ammattiryhmät, lääkärijohtoiset erikoisalat sekä perinteisen toimintatavan ja virallisten organisaatiomäärittysten mukaiset rakenteet. Johtajan toimintakentässä sairaalayhteisöön liittyvät rakenteet ovat hyvin merkittäviä, sillä ne määrittävät sairaalan toimintaa muodostamalla puitteita, mutta ovat myös itsessään toimijoita. Hoitajien ja lääkärin ammattiryhmät kietoutuvat toisiinsa monin tavoin sairaalan hierarkioissa, erityisesti työnjako-, toimivalta- ja vastuukysymyksissä. (Parvinen ym. 2005, 49; Virtanen 2010, 68-69.)

Virtasen (2010, 113) mukaan hoitajajohtajat kokevat, että erikoisalat toimivat erottavina, ihmisiä jakavina ja koko sairaalaorganisaation johtamista vaikeuttavina tekijöinä. Sairaalan pirstoutuminen spesialiteetteihin aiheuttaa johtamisongelmia, joihin hoitajajohtajilla ei ole keinoja puuttua. Tässä tutkimuksessa ei tullut esille vastaavaa pirstoutumisongelmaa, sillä ylihoitajat olivat tietoisia toisten spesialiteettien ongelmista hoitotyön nä-

kökulmasta ja vaikutti, että niistä keskustellaan yhdessä. Ylihoitajat kokoontuvat säännöllisesti keskenään. Tämän mahdollistaa yhteinen sairaanhoidon toimialue, joka toimii rakenteellisena kokoavana voimana ja yhteisen keskustelun mahdollistajana.

Keskustelua ylilääkäreiden ja ylihoitajien kesken ei pidetä riittävänä, mikä tuli ilmi sekä ylilääkärien että ylihoitajien haastatteluaineistoissa. Ylilääkäriin kommentti kuvaa poikkitieteellisen keskustelun puutteita:

Jos halutaan tämmöistä enempi ylätasoa keskustelua tai sitten poikkitieteellistä keskustelua, niin se on varmaan aika vähäistä. Lääkärit varmaan aika paljon enemmän keskustelee keskenään niistä asioista joko virallisesti tai epävirallisesti konsultoiden. Ehkä tämmöinen niin kuin siilojen yli tapahtuva keskustelu on vähäisempää. Poikkitieteellistä keskustelua, niin se on varmaan aika vähäistä.

Ylilääkärit totesivat, että yhteistä keskustelua eri ammattiryhmien välillä ei ole riittävästi. Tämä mahdollisesti liittyy sairaalaorganisaation rakenteeseen eli sairaalan toimintojen rakentumiseen vastuualueisiin erikoisalojen mukaan. Ylihoitajat kokivat jäävänsä isojen muutosten suhteen päätöksenteon ulkopuolelle, sillä päätöksenteko tapahtuu ylimmässä johtoryhmässä. Toisaalta sairaalan johtamisjärjestelmä mahdollistaa asioiden käsittelyn vastuualueilla. Toisaalta erityisesti suuret muutokset päätetään ylimmällä tasolla, jolloin erityisesti ylihoitajat kokevat jäävänsä syrjään päätöksenteon ytimestä.

Mintzbergin (2017, 95-99) mukaan erityisesti suuret sairaalat edustavat byrokraattisen organisaation alatyyppejä, jonka hän nimeää professionaaliseksi byrokratiaksi eli ammattilaisbyrokratiaksi. Organisaation operatiivinen ydin, hoitajat ja lääkärit, on keskeisessä asemassa. Sairaalan kaltainen professionaalinen byrokratia perustuu asiantuntemuksen antamaan auktoriteettiin. (Mintzbergin 2017, 95-99.) Erikoissairaanhoidon määrittelyllään useimmiten vakaaksi ja hierarkkiseksi asiantuntijaorganisaatioksi (Virtanen 2010, 27). Johtaminen tapahtuu yhdessä ja vuorovaikutuksessa muiden organisaation toimijoiden kanssa (Mintzberg 2009, 12). Yhteistyötä tehdään eri ammattiryhmien välillä muodostaen verkostoja. Asiantuntijaorganisaatioissa asioita ei voida ratkaista vain yhden asiantuntijaryhmän voimin (Rissanen & Lammintakanen 2015, 142; Braithwaite ym. 2020, 379).

3.2.3 Kulttuurinen ulottuvuus

Tässä aluvuossa käsitellen ylihoitajien ja ylilääkärien johtajan toimintakentän kulttuurista ulottuvuutta. Haastatteluaineistossa haastateltavat eivät käytä kulttuuri käsitettä, mutta aineistossa tuli esille monia potilasturvallisuuskulttuuria kuvaavia näkökulmia. En käsittele potilasturvallisuuskulttuurin teoriaa, mutta tuon esille johtajan toimintakenttään



liittyviä kulttuurisen ulottuvuuden kuvauksia, joita empiirisissä aineistoissa tuli esille. Singerin ja Tuckerin (2014, 789) mukaan seniorijohtajilla on terveydenhuollossa ratkaiseva rooli turvallisuuskulttuurin luomisessa, muuttamisessa ja ylläpitämisessä.

Tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa on käynnistynyt johdon turvallisuuskävelyt toimintatapa. Turvallisuuskävelyt ovat keino parantaa turvallisuuskulttuuria. Turvallisuuskävelyissä yksiköstä vastaava ylempi johto yhdessä lähiesimiesten sekä käytännön työntekijöiden kanssa tarkastelevat kohteena olevan yksikön turvallisuuden tilaa. (Singer & Tucker 2014, 790.) Tämän tutkimuksen haastatteluaineistossa kaikilla ylilääkäreillä ei ollut vielä kokemusta turvallisuuskävelyihin osallistumisesta, koska menettelytapaa oltiin vasta käynnistämässä. Ylilääkärien aineistossa ilmeni epäily, havaitaanko turvallisuuskävelyn avulla oikeita asioita. Käytännön toteutus oli heille vielä osin epäselvä. Ylilääkärien aineiston mukaan on oleellista, että kehittämiskohteet nousevat esille yksiköiden henkilökunnan tuomana, jotta turvallisuuskävelyn aikana esille tulleet asiat olisivat mahdollisimman objektiivisia. Ylilääkärit tekevät myös kliinistä työtä yksiköissä ja samalla havainnoivat ja kuulevat yksikön tapahtumista. Epäily turvallisuuskävelyjen hyödyistä liittyy lähinnä siihen, antavatko turvallisuuskävelyt uutta tietoa yksiköiden turvallisuustilanteesta. Ylilääkärien mukaan pöydän ääressä puhuminen olisi riittävää ilman erityistä kävelyä.

Tutkimusten mukaan ylemmän johdon kiinnostus yksiköiden turvallisuustilanteesta edistää potilasturvallisuutta (Singer & Tucker 2014; Sexton ym. 2018). Erään ylilääkärien kokemus turvallisuuskävelyjen pilotoinnista oli positiivinen. Hän toi esille, että kävelyn pitää valmistautua hyvin, jotta siitä on hyötyä. Ylilääkäri kuvaa tilannetta, jossa turvallisuuskävelyn ei valmistauduta riittävästi:

Se on semmonen todella mihin sen osaston pitäis olla valmistautunut. Muuten siitä ei ole hyötyä, ja sit jos se tulee yhtäkkisesti, niin niitä tulee niin paljon kaikkia asioita. Että ne on semmosta tekemätöntä harmaata mattoa, mitä sitten jokainen tekee siinä viime tingassa, kun pitää johonkin ottaa kantaa.

Toinen ylilääkärien esille tuoma kulttuurinen näkökulma oli, että aikaa vieviä kokouksia on liikaa. Ajanpuute vaikuttaa kehittämistyötä heikentävästi. Jokaisella vastuualueella pidetään säännöllisesti johtoryhmän kokouksia, joissa keskustellaan oman vastualueen kysymyksistä. Lisäksi organisaation ylin lääkärijohto kokoontuu keskenään säännöllisesti, jolloin he kokivat, että tilaisuuksia yhteiseen keskusteluun on riittävästi. Kritiikki kokousten määrää kohtaan kohdistui lähinnä muihin kuin oman toimialueen sisäisiin kokouksiin.

Virtanen (2010, 156) havaitsi, että ylilääkärit ja ylihoitajat pitivät toisiaan yhteistyökumppaneina ja yhteistyö oli luontevaa. Samoin tämän tutkimuksen aineistossa yhteistyötä ylihoitajien ja ylilääkärien välillä ei kritisoitu. Sen sijaan ylihoitajat kokivat olevansa sivussa päätöksenteosta ja osittain epäselvän vastuunjaon hankaloittavan johtamista. Ylihoitajien näkemys oli, että yhteistä keskustelua koskien toiminnan muutoksia tarvittaisiin paljon enemmän. He kokivat, että sairaalan ylin johto ei riittävästi ota hoitotyön näkökulmaan huomioon päätettäessä muutoksista.

3.2.4 Teknologinen ulottuvuus

Tässä alaluvussa käsittelen ylihoitajien ja ylilääkärien johtaman toimintakentän teknologista ulottuvuutta. Tässä tutkimuksessa en tarkoita teknologialla pelkästään tekniikkaa. Hatchin ja Cunliffen (2006, 141-145) mukaan teknologiseen ulottuvuuteen voidaan lukea myös tapa, jolla organisaatio muuttaa tuotantopanokset lopputuotteiksi. Tällöin organisaation teknologiaan kuuluvat fyysisistä objekteista koostuva välineistö, toiminnot ja prosessit. Näiden avulla lopputuotteet valmistetaan. Organisaation tiedot ja taidot ovat tarpeen lopputuotteiden tuottamiseksi. Teknologiaa voi arvioida tietyn työtehtävän näkökulmasta. (Hatch ja Cunliffe 2006, 141-145.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan teknologista ulottuvuutta johtajien haastatteluaineiston perusteella ja tietyn työtehtävän eli strategisen tason johtamisen näkökulmasta.

Haastatteluaineiston mukaan johtamiseen tuo ongelmia toimimattomat, muuttuvat ja päivittyvät tietojärjestelmät, joihin perehtyminen vie aikaa ja resursseja. Ylilääkärit kokivat, että tietojärjestelmien päivitys- ja käyttöönottoprosesseissa olisi kehitettävää. Samoin Virtanen (2010, 77) havaitsi, että tietojärjestelmien käyttöönottovaihe on johtajille ja organisaatiolle työlästä. Lisäksi eri järjestelmissä hajallaan oleva tieto aiheuttaa sen, että potilastieto ei ole välttämättä käytettävissä oikeassa paikassa oikeaan aikaan.

Ylilääkärit toivat esille jonkin verran palvelujen tuottamiseen liittyviä prosessiongelmiä, jotka liittyvät lääkäriresurssien hankintaan. Sairaalassa joudutaan jonkin verran turvautumaan ostopalveluihin. Tämä koskee erityisesti päivystäviä lääkäreitä. Organisaation ulkopuolelta tulleilla ei välttämättä ole tietoa toimintatavoista eikä perehdyttämiseen ole aina mahdollisuutta. Sairaalassa hoidetaan myös erityisryhmiä, joiden hoitoon tarvittavaa erityisosaamista on vähän. Perehdyttäminen vaativaan hoitoon on iso haaste johtamistyölle, jos osaajia ei ole saatavilla. Lääkäreiltä edellytetyn tieto ja taitopohjan ylläpito luovat erityisen haasteen ylilääkäreille. Tämän tutkimuksen haastatteluaineistossa ylihoitajat toivat esille, että hoitajien perehdyttämiseen ei ole riittävästi aikaa eikä resursseja.



Ylilääkärien haastatteluaineiston mukaan prosessien kehittäminen saadaan käyntiin, kun menetelmästä tulee yhteisesti sovittu toimintatapa. Ylilääkärit keskustelivat LEAN-kehittämisen tavoista organisaatiossa. Arthurin (2016) Lean Six Sigma teos yksinkertaistaa, tehostaa ja optimoi terveydenhuoltoa standardoimalla systeemiä. Tätä LEAN-ajattelua on käytetty myös tutkimuksen kohteena olevan organisaation prosessien kehittämisessä. Ylilääkäriin kommentti kuvaa, että uudenlaisen ajattelun tuominen terveydenhuoltoon onnistuu, jos sitä johdetaan systemaattisesti:

Niin kuin tän leaninkin kanssa, että kun siitä ruvetaan puhua ja se on virallinen tapa, että nyt saa astua esimiehen varpaille ja kertoa, että näin menis paremmin.

LEAN-ajattelun tuominen kehittämisen työkaluksi ei ole herättänyt mitään erityisiä vastareaktiota kohdeorganisaatiossa, mutta eräs ylilääkäri epäili, että jaksetaanko siitä edelleen kiinnostua alkuiinnostuksen jälkeen. LEANin avulla saatiin kuitenkin pieniä asioita korjattua nopeastikin.

Liiketalouden periaatteiden soveltaminen terveydenhuoltoon on luonut johtamiselle uusia haasteita. Palvelujen saatavuuden ja laadun jatkuva parantaminen on johtamisen keskeinen haaste. Resurssien lisäämisen ohella palvelujen tarjontaa voidaan parantaa tehostamalla toimintaprosesseja. Tämä edellyttää tasapainottelua tuloksellisuuden ja perinteisten arvojen välillä. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 90, 93.)

3.3 Sairaalaorganisaation potilasturvallisuusriskien hallinta

3.3.1 Potilasturvallisuusriski käsitteenä

Riski tarkoittaa vaaratilanteesta mahdollisesti aiheutuvan vamman tai terveystaitan todennäköisyyden ja vakavuuden yhdistelmää (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry 2015, 4). Riski voidaan myös määritellä tilanteena tai tapahtumana, jossa on jokin inhimillinen tekijä vaikuttamassa ja lopputulos on epävarma. Tai riski on jonkin tapahtuman aiheuttama epävarmuus tai toiminta, johon liittyy jokin inhimillinen tekijä. (Aven 2011, 720.) Riski voidaan määritellä perustuvan riskin seurausten vakavuuden ja todennäköisyyden summana. Toiset määritelmät kuvaavat riskin ei-toivottuna tapahtumana, vaarana tai epävarmuutena. Riski voidaan määritellä myös subjektiivisena, tietoa koskevana ja

siitä riippuvaisena. (Aven 2012, 33.) Tutkimuksen kohteena olevan sairaalaorganisaation riskienhallintapolitiikassa⁴ on todettu:

Riski on määrätyn vaarallisen tai ei-toivotun tapahtuman esiintymistaajuuden tai esiintymistodennäköisyyden ja seurauksen yhdistelmä. Riskien toteutumisen seuraukset ovat aina negatiiviset, riskistä seuraa taloudellisia menetyksiä tai muita vahinkoja organisaatiolle tai sidosryhmille.

Kansainvälinen ISO 31000 riskienhallinnan standardi julkaistiin vuonna 2009 auttamaan organisaatioita luomaan riskienhallinnan puitteet, joiden avulla voidaan tunnistaa, arvioida ja käsitellä riskejä. Tavoitteena standardissa on luoda organisaatioon riskien hallinnan kulttuuri, jossa koko henkilöstö ja sidosryhmät perehdytetään riskien seurantaan ja hallintaan. Sen soveltaminen auttaa organisaatioita ymmärtämään sekä riskien positiiviset mahdollisuudet että negatiiviset seuraukset. Standardin sisältämän riskin käsitteen määrittelyä kohtaan esiintyy kuitenkin kritiikkiä (Aven 2012, 33), sillä riski käsitetään eri aloilla ja kirjallisuudessa eri tavalla (Aven 2012, 33; Sujan ym. 2017, 2). Avenin (2011, 724) mukaan standardi epäonnistuu riskienhallinnan keskeisten käsitteiden määrittelyssä, jolloin käsitteellisen viitekehysten muodostaminen riskien arvioinnista ja riskienhallinnasta ISO 31000 standardin puitteissa ei onnistu. Käsitteellinen epäselvyys ilmenee myös tämän tutkimuksen haastatteluaineistossa. Keskusteltaessa keskeisistä potilasturvallisuusriskeistä yksikään tiedonantaja ei käyttänyt riskienhallinnan käsitteitä, kuten riskien arviointi tai riskin suuruuden määrittäminen. Potilasturvallisuusriskien hahmottaminen vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kautta koettiin myös hankalaksi erityisesti ylläkkärien aineistossa. Tämä mahdollisesti johtuu siitä, että ylläkkärit eivät käytä järjestelmää tietolähteenä siinä määrin kuin ylihoitajat.

Waring (2013, 47) ehdottaa, että terveydenhuollossa pitäisi määritellä yhteinen riskienhallinnan terminologia sekä sopiva viitekehys potilasturvallisuusriskien hallintaan, joka mahdollistaisi yhteisen ymmärryksen siitä, miten potilasturvallisuutta edistetään parhaiten. Riskienhallinnan terminologia on epäselvää myös riskienhallinnan valvonnan osalta. Terveydenhuollon riskienhallintaopas (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2011a, 14-15) liittyy sisäisen valvonnan olennaiseksi osaksi riskienhallintaa. Sisäinen valvonta tarkoittaa organisaation itsensä toteuttamaa oma-valvontaa, johon liittyy myös yhteistyö viran-

⁴ Dokumenttia ei löydy tutkielman lähdeluettelosta, sillä siitä kävisi ilmi tutkimuksen kohteena oleva organisaatio.



omaistahojen kanssa. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017) omavalvonta toimii oman toiminnan kehittämisen työkaluna ja siinä on kyse potilasturvallisuuden ja laadun hallinnasta.

3.3.2 Potilasturvallisuusriskien tunnistaminen

Ylihoitajien ja ylilääkärien aineistoissa tuli esille monia potilasturvallisuuteen vaikuttavia riskejä. Molemmat haastatteluryhmät toivat esille henkilöstöressurssien puutteet, osaamisvajeen, potilaiden aiheuttaman väkivallan sekä laitteisiin ja lääkehoitoon liittyvät riskit. Ylihoitajat ja ylilääkärit toivat esille myös toisistaan eriäviä riskejä. Käsittelen ylihoitajien ja ylilääkärien kuvaamia riskejä myös luvuissa 4 ja 5, sillä ne liittyvät kiinteästi kuvauksiin potilasturvallisuusriskien ennakoivasta johtamisesta ja siihen liittyvistä ongelmista. Seuraavassa taulukossa 3 kuvaan ylihoitajien ja ylilääkärien mainitsevat keskeiset potilasturvallisuusriskit johtamisen näkökulmasta.

Taulukko 3. Keskeisiä tunnistettuja potilasturvallisuusriskejä ylihoitajien ja ylilääkärien mukaan

Ylihoitajat	Ylilääkärit
Henkilöstöressurssivaje	Osaamisvaje
Osaamisvaje	Potilaiden väkivaltaisuus
Väkivallan lisääntyminen	Laitteisiin liittyvät riskit
Laitteisiin liittyvät riskit	Lääkehoitoon liittyvät riskit
Lääkehoidon riskit	Tietotekniikan kaatuminen
Yhtenäisten toimintatapojen puute	Potilaan tilan väärinarviointi
	Päivystysjärjestelmä
	Toiminnan vaihtelu

Tietotekniikka aiheuttaa erityisen paljon riskejä ylilääkärien mukaan, sillä tietojärjestelmät eivät keskustele keskenään eikä niiden toiminta ole vakaata. Potilaan tilan väärinarvioinnin vuoksi potilas voi ohjautua väärälle hoitopolulle, mikä saattaa potilaan näkökulmasta hidastaa hoitoa. Lisäksi ylilääkärien mukaan terveydenhuollon päivystysjärjestelmä altistaa riskeille, koska päivystysvuorot ovat pitkiä ja kiireisiä. Päivystyksen ruuhkahuippuihin on vaikea varautua.

Kohdeorganisaatiossa potilasturvallisuusriskejä tulee tietoon vapaaehtoisen vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kautta, potilaiden ilmoituksista sekä toiminnan seurannan kautta. Erityisesti ylihoitajat pitivät tärkeänä, että näitä käytössä olevia seuranta- ja palautejärjestelmiä hyödynnetään potilasturvallisuuden hallinnassa ja edistämässä. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kautta ylihoitajien tietoon tulee eniten lääke-

hoitoon liittyviä riskejä. Heidän mukaansa on oleellista, että toiminnan ja erityisesti muutosten vaikutuksia seurataan potilaiden näkökulmasta. Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan ohjeiden noudattamattomuus, huolimattomuus sekä erilaiset toimintatavat ovat riski potilasturvallisuudelle. Tämä liittyy kulttuurisiin tekijöihin, joita käsittelen myös alaluvussa 5.2.3.

Riskien tunnistaminen on kuitenkin vaikeaa, kuten Simsekler ym. (2018, 1060–1061) havaitsivat tutkiessaan potilasturvallisuusriskien tunnistamista yksiköihin tehtävien turvallisuuskävelyjen avulla. He havaitsivat, että lääkärit tunnistivat eri riskejä kuin hoitotyön edustajat. Riskejä ei voida poistaa tai pienentää, ellei niitä ole tunnistettu (Simseklerin ym. 2018, 1065). Ylihoitajien ja ylilääkärien haastatteluaineistoissa ei keskusteltu riskien suuruuden määrittämisestä eikä riskianalyyseistä riskien merkittävyyden arvioimiseksi. Haastatteluaineistoissa potilasturvallisuusriskit saivat kuitenkin erilaisia painotuksia. Simseklerin ym. mukaan (2018, 1065) riskien tunnistaminen on jatkuva prosessi ja siihen liittyy monia epävarmuustekijöitä. Riskien tunnistamiseen pitää käyttää useita eri lähteitä ja erilaisia tunnistamisen keinoja.

3.3.3 Potilasturvallisuusriskien hallinta

Tässä alaluvussa käsittelen potilasturvallisuusriskien hallintaa ylihoitajien ja ylilääkärien kuvaamina. Lisäksi käsittelen potilasturvallisuusasiantuntijan haastattelussa esille tulleita potilasturvallisuusriskien hallinnan keinoja. Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan he saavat tietoa johtamiensa yksiköiden potilasturvallisuustilanteesta pääasiassa vaaratapahtumien raportoinnin kautta, mutta myös yksiköiden osastonhoitajilta. Potilasturvallisuusriskien hallinta on ylihoitajien kuvausten perusteella potilasturvallisuuden tilasta kertovan tiedon seuranta. Mutta potilasturvallisuusraportoinnista saatavan tiedon hyödyntäminen ei ole ylihoitajien mukaan systemaattista eikä sitä kaikilta osin hyödynnetä johtamisen tukena. Islam ym. (2018, 406) selvittivät hoitotyön johtajien riskienhallintakeinoja. He havaitsivat, että hoitotyön johtajat kohtaavat sekä toimija- että organisaatiotason esteitä pyrkiessään hallitsemaan riskejä ja hyödyntäessään vaaratapahtumien raportoinnin kautta saatavaa tietoa.

Potilasturvallisuusriskien hallinta edellyttää ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan avointa keskustelua, aitoa virheiden käsittelyä sekä sitoutumista sovittuihin asioihin. Poikkeamat pitää käsitellä kaikki ja hoitohenkilökunta mukaan ottaen. Moniammatillista johtamista ylihoitajat pitivät tärkeänä sekä erityisesti sen vaikutusta potilasturvallisuuteen.



Ylihoitajat hyödyntävät potilasturvallisuuden mittareita ja menettelytapoja sekä pyrkivät edistämään niiden käyttöönottoa. Näistä menettelytapoja käsittelen tarkemmin aluvussa 4.2. Potilasturvallisuuden edistämisen ja potilaiden paranemisen kannalta on oleellista, että potilaan tilaa huomioidaan ja varmistetaan ylihoitajat kuvaavat. Tärkeää olisi perustella hoitohenkilökunnalle sekä saada heidät ymmärtämään, kuinka tärkeää on tarkka kirjaaminen potilaan tilasta.

Ylihoitajien mukaan henkilökuntaresurssien hallinnalla pyritään vaikuttamaan potilasturvallisuuden tilaan, mutta toiminnan yllätyksellisyys asettaa haasteita johtamiselle. Amalberti & Vincent (2020, 61) nimeävät keskeiseksi potilasturvallisuusriskien hallinnan ongelmaksi organisaatiotason ennakoivan potilasturvallisuusriskien hallintastrategian puuttumisen. Tästä johtuen toistuviin yksikkötasolla ilmeneviin ongelmiin ei ole organisaation ylätasolla mietitty ratkaisuja. Sairaaloissa on kuitenkin opittu selviytymään muuttuvissa olosuhteissa, koska paineensietokyky on kasvanut sopeutumisen myötä. (Amalberti & Vincent 2020, 61.)

Ylilääkärit pitivät työryhmätyöskentelyä tärkeänä keinona välittää tietoa potilasturvallisuusriskeistä. Mutta työryhmissä keskustelun ei koettu auttavan potilasturvallisuusriskien johtamisessa. Ajankäyttöongelmat haittaavat yli vastuualuerajojen käytävää keskustelua ja yhteisen ajan järjestäminen on hankalaa. Ylilääkärien mukaan potilasturvallisuusriskien yksi tärkeimmistä hallintakeinoista on osaamisen varmistaminen. Tärkein menetelmä osaamisen varmistamisessa ovat simulaatioharjoitukset. Myös Donaldsonin (2021, 58) mukaan simulaatioharjoitukset ovat erittäin tärkeä osa terveydenhuollon henkilöstön koulutusta ja perehdytystä. Kohdeorganisaatiossa simuloineilla koulutetaan henkilökuntaa toimimaan hankalissa tilanteissa. Yllättävän poikkeaman sattuessa ei osata välttämättä toimia, jos tilanteita ei ole harjoiteltu. Seuraava ote ylilääkärien haastattelusta kuvaa simulaatioharjoittelun tärkeyttä harvoin ammattilaisen kohdalle sattuvien tilanteiden hallinnassa:

Sellaisia tapatumia on kertakaikkisesti niin vähän, että ei semmoinen rutiini hoitaa tällöistä tapahtumaa tulee muutamana kerran vuodessa, niin simulaatiolla sitä pystytään korjaamaan jonkun verran. Simulaatioonkin pitäisi olla aikaa.

Potilasturvallisuusasiantuntijan mukaan potilasturvallisuusriskien hallinta on ennakoivaa, reaktiivista ja jälkikäteistä johtamista. Ennakoivaa riskienhallintaa voidaan edistää johtamisen keinoin. Potilasturvallisuusriskien hallinta nähdään tällöin osana strategista tavoitteiden asettamista ja toiminnan sekä tulosten arviointia. Asiantuntijan kuvauksen mukaan potilasturvallisuus ei ole irrallinen osa johtamista tai suunnittelua, vaan se on

integroituna osana toiminnan kokonaisuutta. Ennakoivan riskienhallinnan keinot ja käytännöt asetetaan organisaation strategisella tasolla.

Potilasturvallisuusasiantuntijan mukaan potilasturvallisuutta hallitaan myös reaktiivisesti eli jälkikäteisesti. Reaktiivisessa potilasturvallisuuden hallinnassa asioita tarkastellaan, kun jotain on jo sattunut ja ongelma on havaittu. Tätä jälkikäteistä riskienhallintaa tehdään esimerkiksi potilasvahinkoilmoitusten, vakavien vaaratapahtumien ja erilaisten prosessipoikkeamien selvittelyissä. Tällöin kartoitetaan tapahtumiin myötävaikuttaneita tekijöitä. Myötävaikuttavien tekijöiden havainnoinnin perusteella löydetään taustalla olevia juurisyytä, joiden perusteella voidaan arvioida riskin suuruutta. Riskin suuruuden perusteella päätetään tarvittavista kehittämistoimista. Ylihoitajat ja ylilääkärit eivät maininneet haastatteluaineistossa riskien arviointia tai riskin suuruuden määrittämistä.

Terveydenhuollon riskien tunnistamisessa ja niiden hallinnassa on tunnistettu puutteita (Simsekler ym. 2018, 1046). Riskienhallinta ei ole systemaattinen osa terveydenhuollon johtamista (2017, 145), vaikka riskien tunnistamiseen ja arviointiin on kehitetty menetelmiä ja mittareita (Briner ym. 2010, 1; Hollnagel ym. 2013, 43; Jimenez-Rodriguez ym. 2018, 1). Riskien systemaattisella hallinnalla tunnistetaan toiminnan vaarat, joihin kohdistetaan menettelyt riskien välttämiseksi ja poistamiseksi. Riskienhallinnan tulee olla keskeinen periaate terveydenhuollon toiminnassa ja se on osa johtamista organisaation kaikilla tasoilla. Riskien johtamiseen ja hallintaan kuuluu riskianalyysien säännöllinen tekeminen. Riskianalyysi on riskejä kuvaavan tiedon hallintaa, analysointia sekä johdtopäätösten tekoa. (Nylander 2017, 145-147.)

Briner ym. (2013) tunnistivat kolme tekijää, jotka ovat oleellisia sairaalan potilasturvallisuusriskein hallinnassa: riskienhallintaa toteutetaan koordinoitusti, varmistetaan eri erikoisalojen välinen dialogi ja riskienhallinnalla on strateginen tavoite. Nämä tekijät varmistavat, että potilasturvallisuusriskejä voidaan hallinta proaktiivisesti eli ennakkoivasti.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön riskienhallintaoppaassa (2011a) kuvataan sekä strateginen että operatiivinen riskienhallinta sekä ohjeistaan turvallisuussuunnitelman laatimisessa. Oppaassa riskienhallintaa määritellään seuraavasti:

Riskienhallinta on organisaation kaikilla tasoilla tapahtuvaa johtamista ja toimintaa, jota jokainen toteuttaa omassa roolissaan. Riskienhallinnan avulla varmistetaan, että organisaatiolla on riittävästi tietoa toiminnan, toimijoiden ja toimintaympäristön riskeistä.



Strateginen riskienhallinta on osa johtamisprosessia ja johdon tulee tunnistaa ja analysoida riskit. Johdon tulee arvioida muutoksien vaikutusta toimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, 8.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2020, 20-21) mukaan potilasturvallisuusriskien hallintaan ei ole vahvaa lain velvoitetta, mistä syystä potilasturvallisuusriskien hallintaan tarvittaisiin kansallista säädöspohjaista vahvistusta. Terveystuon organisaatioiden strategioiden tulisi tukea turvallisuutta edistävien toimintatapojen käyttöönottoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Potilasturvallisuuden edistämisen tehtäväkentän sisältö pitäisi määritellä kansallisesti yhtenäiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 21).

4 POTILASTURVALLISUUSRISKIEN ENNAKOINTI

4.1 Potilasturvallisuusriskejä ennakoiva johtaminen

Tässä luvussa 4 kuvaan potilasturvallisuusriskien ennakoivaa johtamista sellaisena kuin se kohdeorganisaatiossa ilmeni liittäen tutkimustietoa löydösten lomaan. Potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen käytännöt eivät ole tämän tutkimuksen mukaan selkeä kokonaisuus kohdeorganisaation ylihoitajien ja ylilääkäreiden eikä aikaisempien tutkimusten mukaan. Koska terveydenhuollon potilasturvallisuusriskien hallinta on erittäin haastavaa stressaavassa ja kiireisessä ympäristössä Amalberti & Vincent (2020,62) ehdottavat että, potilasturvallisuusriskien hallintaa pitäisi kehittää pilotoimalla ja testaamalla erilaisia turvallisuusstrategioita erityisesti kuormittuneilla vuodeosastoilla. Lisäksi heidän mukaansa säädökset voisivat tukea näiden strategioiden laatimista.

Tämän tutkimuksen haastatteluaineistoissa erityisesti ylihoitajat kuvasivat potilasturvallisuusriskejä ennakoivaa johtamista laajasti oman johtamistyönsä näkökulmasta. Heidän mukaansa ennakoivaa johtamista ovat erityisesti vaikutusten arviointi muutostilanteissa, seurantatiedon hyödyntäminen eli tiedolla johtaminen sekä turvallisten toimintatapojen käyttö. Ylihoitajien haastatteluaineiston perusteella näissä kaikissa kolmessa edellä mainitussa ennakoivassa toiminnassa on kuitenkin kehitettävää. Sekä ylihoitajat että ylilääkärit pitivät osaamisen varmistamista tärkeimpänä tekijänä potilasturvallisuusriskien ennakoinnissa.

Ylihoitajat ja ylilääkärit kuvasivat potilasturvallisuusriskien ennakointia osin eri käsitteillä ja eri näkökulmasta. Tämä mahdollisesti johtuu siitä, että hoitotyön johtajat organisoivat hoitotyötä, joka varmistaa hoidon jatkuvuuden koko hoitoprosessin ajan. Ylilääkärit sitä vastoin johtavat omaa vastuualuettaan lääketieteen specialiteetin osalta eivätkä välttämättä tarkastele potilaan koko hoitoprosessia.

Taulukossa 4 esitän tutkimuskysymyksen: *Mitä on potilasturvallisuusriskien ennakointi kohdeorganisaatiossa?* vastaukset luokiteltuna alaluokkiin ylihoitajien ja ylilääkäreiden kuvaamina. Taulukon keskellä on alaluokkia yhdistävät yläluokat.



Taulukko 4. Potilasturvallisuusriskien ennakointi

Potilasturvallisuusriskien ennakointi (ylihoitajat)	Yläluokat	Potilasturvallisuusriskien ennakointi (ylilääkärit)
Perehdyttämistä Vaaratapahtumaista oppimista Yhdessä oppimista Henkilökunnan kouluttamista Henkilöstöresurssien varmistamista	Osaamisen varmistamista	Perehdyttämistä Osaamisen varmistamista Simulaatioharjoittelua Substanssiosaamista Poikkeavista tilanteista oppimista Hoidon laadun varmistusta
Tiedon hyödyntämistä Tiedolla johtamista Muutosten vaikutusten arviointia Toiminnan seuranta Potilaan tilan ennakointi Hoidon vaikutusten seuranta Toiminnan arviointia	Vaikutusten arviointia	Resurssien oikeaa käyttöä
Yhteistyötä Palautteen antoa Moniammatillisuutta Potilaan näkökulman huomioimista Vertaiskehittämistä Avoimuutta	Yhteiskehittämistä	Poikkitieteellistä keskustelua Yhteistyötä Omaa osallistumista Käytännön työn tuntemista Luottamusta
Systeemivirheisiin puuttumista Potilaslähtöisyyttä Prosessien selkeyttämistä Tiedonkulun varmistamista Uusien menetelmien käyttöönottoa Rakenteisiin puuttumista Tarkistuslistojen käyttöä	Prosessien kehittämistä	Toiminnan systematisointia Tarkistuslistojen käyttöä Työn organisointia Tavoitteiden selkeyttämistä
Vaaratapahtumista oppimista Potilaspalautteiden hyödyntämistä	Organisaation oppimista	Varautumista ja sen harjoittelua Poikkeamista oppimista Potilaiden kuuntelua Epäkohtiin puuttumista

4.1.1 Osaamisen varmistaminen

Seuraavaksi käsittelen taulukossa 4 esitettyjä yläluokkia. Osaamisen varmistaminen on tämän tutkimuksen mukaan kriittinen tekijä hoidon laadun ja turvallisuuden edistämisessä. Osaamisen varmistaminen ja sen dokumentointi koskevat kaikkia sairaalassa toimivia ammattiryhmiä. Myös uuden henkilöstön perehdyttäminen on ratkaisevassa asemassa potilasturvallisuuden varmistamisessa. Koska kohdeorganisaatiossa henkilöstö vaihtuu melko paljon, ylihoitajat pitivät perehdyttämistarpeen ennakointiä osaamisen varmistamisen ydinasiana.

Ylilääkärit korostivat erityisesti päivystävien lääkärin perehdyttämisen ja osaamisen varmistamisen tärkeyttä. Tämä koskee kaikkia erikoisaloja, sillä osaamisen ylläpito on hoidon laadun varmistamisen kannalta oleellinen tekijä. Ylilääkärit mainitsivat simulaatioharjoitukset erityisen tärkeänä osaamisen varmistamisen menettelytapana. Tämä löydös on yhtenevä Donaldsonin (2021, 58) havaintojen kanssa. Simulaatioharjoituksissa

käydään läpi todellisen kaltaisia tilanteita itse harjoittelemalla. Erityisesti harvoin kohdalle sattuvia tapauksia pitäisi ylilääkärien mukaan harjoitella simulaation avulla. He mainitsivat lisäksi, että toimintaa johtavalla henkilöllä pitää olla substanssiosaamista. Tämä tarkoittaa, että erikoisalojen johtajalla pitäisi olla johtamansa alan lääkärin koulutus ja käytännön kokemusta. Tällöin johtajan on helpompi ymmärtää johtamaansa toimintaa ja raportteja sekä havainnoida ympäristöä ja lukea tapahtumia myös rivien välistä ylilääkärit perustelivat. Samoin Mintzbergin (2009, 12) mukaan asiantuntijaorganisaatioiden johtajilla pitää olla laajaa johtamisosaamista, mutta myös kontekstin tuntemus. Virtasen (2010, 210-211) mukaan johtajaksi perehtyminen tapahtuu sairaalassa perinteisesti juuri substanssiosaamisen kautta, jolloin kontekstin tuntemus on olemassa. Perehtymistarvetta johtamistyöhön ei kuitenkaan välttämättä tiedosteta.

Potilasturvallisuusosaaminen kehittyy ylihoitajien kuvauksen perusteella vaaratapahtumista ja virheistä oppimalla. Vastaavasti ylilääkärien aineistossa puhuttiin case-oppimisesta. Juuri koetusta hankalasta tietojärjestelmäkatkosta pitäisi ottaa oppia ja tehdä siitä tapausselostus. Tapausselostuksessa poikkeavan tilanteen viestiketju olisi kuvattuna, jolloin sitä voisi harjoitella. Vastaavia tapahtumia sattuu harvoin, jolloin harjoittelun avulla kyetään havaitsemaan organisaation heikot kohdat ja pystytään kehittämään varajärjestelmiä, ilmenee ylilääkärien haastatteluaineistosta.

Vaaratapahtumia käsitellään yksiköiden osastotunneilla, joihin ylihoitajat osallistuvat, mutta ylilääkärit eivät. Hoitajien ja hoitotyön esimiesten yhteisessä pohdinnassa pyritään löytämään systeemivirheitä, joihin pitäisi puuttua. Tämän tyyppinen keskustelu etulinjan työntekijöiden ja esimiesten välillä auttaa henkilökuntaa näkemään vaaratapahtumien raportoinnin hyödyt myös Islamin ym. (2018, 406) tutkimuksen mukaan. Vuoropuhelun pitää käydä jatkuvasti organisaation kaikilla tasoilla. Kohdeorganisaatiossa on ylihoitajien mukaan tehty paljon työtä potilasturvallisuusosaamisen lisäämiseksi etenkin hoitotyöntekijöiden osalta. Käytössä on henkilökunnalle pakollisia verkkokoulutuksia potilasturvallisuuden osa-alueista. Osastoilla on sovittu ja kirjattu selvät vastualueet, perehdytysäännöt sekä käytössä on laiteosaamisen varmistava laitepassi.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan yhdenmukainen tapa toimia helpottaa vaikeista hoitotilanteista selviämistä ja edistää potilasturvallisuutta. Briner & Manser (2013, 10.) havaitsivat, että säännöllisellä henkilöstön kouluttamisella ja väkivallan hallinnan interventioilla on suuri merkitys esimerkiksi väkivaltatilanteiden hallinnassa. Kohdeorganisaation psykiatrian erikoisalalla on käytössä väkivaltariskien ennakoinnissa ja hallinnassa jatkuvan kouluttamisen toimintatapa ja tämän lisäksi safewards-menetelmä, mikä



tuli esille ylihoitajien haastatteluaineistossa. Safewards-menetelmän avulla akuuttien psykiatristen yksiköiden hoitotyöntekijät pyrkivät hallitsemaan potilaiden väkivaltatilanteita ilman rajoittamistoimenpiteitä, joilla tarkoitetaan esimerkiksi potilaan liikkumisen rajoittamista (Bowers ym. 2015, 1412). Ylihoitajien mukaan näillä yhdenmukaisilla tavoilla toimia on paljon merkitystä koko psykiatrian toimialueella. Henkilökunta tietää miten toimia ja ennakoita väkivaltatilanteita.

Ylihoitajien haastatteluaineistossa potilasturvallisuusriskejä ennakoitaan myös henkilöstöresursoinnilla. Sen avulla varmistetaan, että joka työvuorossa on riittävästi osaaavaa henkilöstöä. Kun henkilöstö jakautuu tasaisemmin osaamisten mukaan jää potilaille enemmän aikaa. Henkilöstöresursoinnin organisointi on kohdeorganisaatiossa muutoksen alla. Käynnissä oleva muutos tähtää siihen, että resurssit kohdentuisivat oikein suoraan potilastyöhön. Työvuorosuunnittelujärjestelmä auttaa tässä muutoksessa resursoinnin ja osaamisten oikeassa kohdentamisessa. Ylihoitaja piti tärkeänä sitä, että hoitajien osaaminen kohdentuu oikein potilaan näkökulmasta. Tällöin erikoisosajia pitäisi olla tasaisesti joka työvuorossa. Ylihoitajan mukaan päivystyksessä hoitotyöntekijät tulevat töihin porrastetusti, sillä työvuorot suunnitellaan potilasvirtojen mukaan. Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan on osaksi kulttuurinen asia, kuinka paljon pystytään tekemään rohkeita ratkaisuja ja erilaisia työvuoroja toiminnan mukaan. Nämä muutokset edellyttävät avointa keskustelua, käsittelyä ja faktatietoa ylihoitajat kuvaavat.

4.1.2 Vaikutusten arviointi

Potilasturvallisuusriskien ennakointi tarkoittaa ylihoitajien aineistossa erityisesti päätöksenteon vaikutusten arviointia. Heidän mukaansa organisaatiossa tulisi ennakkoon arvioida päätösten vaikutuksia niin potilaan kuin toiminnan kannalta. Ylihoitajien haastatteluaineistossa tällä tarkoitettiin tiedon hyödyksi käyttämistä ja tiedolla johtamista, jolloin esimerkiksi jo tehtyjen päätösten ja kehittämistoimien arvioinnin perusteella saatua tietoa hyödynnettäisiin suunniteltaessa uusia toiminnan muutoksia.

Ylihoitajat kuvasivat vaikutusten arviointia myös potilaiden näkökulmasta. Käytössä olevia näyttöön eli tutkittuun tietoon perustuvia mittareita, esimerkiksi painehaava- (Hoitotyön tutkimussäätiö 2015), ravitsemus- ja kipumittarit (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013). Heidän mukaansa nämä mittarit auttavat potilasturvallisuuden varmistamisessa ennakoiden potilaan tilaa. Painehaavamittarilla seurataan potilaan painehaavariskiä ja kipumittarin avulla seurataan potilaan kokemaa kipua ja kipulääkkeen vaikutuksia kivun

määrään. Ylihoitajien mukaan hoidon turvallisuutta tulee seurata yhdenmukaisilla, kansallisesti sovitulla mittareilla, kuten myös Terveydenhuollon laatuopas (Koivuranta 2019, 11) linjaa.

Ylihoitajat kuvaavat myös käytössä olevia muita potilaan tilaa ennakoivia menettelytapoja, kuten aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä (National Early Warning Score, NEWS) ja ennakoiva toiminta (Medical Emergency Team, MET). NEWS-pisteytystä käytetään kriittisesti sairaan potilaan heikkenevän tilan tunnistamiseen. MET-toiminnassa pyritään ennakoimaan ja ehkäisemään elvytystilanteisiin ajautumista ja parantamaan sairaalassa sydänpysähdyksen saaneiden potilaiden selviytymistä. Näiden menettelytapojen käyttöönotto pitää johtaa, muuten niitä ei kukaan ota käyttöön ylihoitaja kuvaa. Seuraava lainaus ylihoitajien haastatteluaineistosta ilmentää johtamisen roolin tärkeyttä potilaan tilaa ennakoivien mittareiden käyttöönotossa:

Mul tuli semmonen mieleen, et eikö ole kuitenkin, et ennakoidaan johtamisella sillai, et otetaan käyttöön näitä mittareita, painehaavamittaria ja ravitsemus, et suoraan siihen potilaan turvallisuuteen, et jo ennakoilta katotaan NEWS, että ei joudu semmoseen tilanteeseen, että kunto romahtaa. Ja ne meen täytyy johtaen viedä, ei niitä kukaan muuten ota.

Ylihoitajien mukaan potilaiden tilaa ennakoivien mittareiden käyttöä seurataan ja seurattiedon pitää saavuttaa myös henkilökunnan, jotta heille muodostuu kokonais käsitys seurannan hyödyistä. Lähiesimiehen tehtäviin kuuluu koota asioita ylihoitajalle, jotka käsitellään yhdessä. Esimiesten ja hoitajien yhteisessä keskustelussa hoitajat saavat palautetta työstään ja osaavat korjata toimintaansa.

Haastatteluaineistossa ylihoitaja painottaa, että erityisesti muutostilanteissa muutoksen vaikutusten arviointia pitäisi miettiä enemmän potilaan näkökulmasta. Näillä muutoksilla haastatteluaineistossa tarkoitettiin hoitoyksiköiden yhdistymisiä ja sulkemisia. Ylihoitajan mukaan hoitoyksiköiden toiminta pitäisi suunnitella potilasvirtojen mukaisesti, jolloin lisättäisiin iltaan enemmän toimintoja ja henkilöstöresurssia, koska suuri osa sairaalaan tulevista potilaista tulee päivystyksellisesti ilta-aikaan. Tällä hetkellä hoitajaresurssit suunnitellaan enemmän perinteiden pohjalta kuin potilasvirtojen mukaan. Lisäksi ylihoitajien mukaan yksiköiden hoitotyön aikataulut voitaisiin mukauttaa enemmän potilaslähtöisiksi ja tarkastella toiminnan vaikutuksia potilaan näkökulmasta. Ylihoitaja pohtii, että jos osastojen päivärytmiä muutettaisiin, vaikuttaisiko se potilasturvallisuuteen joko parantavasti vai huonontavasti. Potilaiden hoitotoimenpiteet tehdään työntekijälähtöisesti, mitä kuvaa seuraava lainaus ylihoitajien haastattelusta:



Olis hyvä ravistella tätä koko päivätoimintaa, et vähän tota samaa olen puhunutkin ja miettinytkin, että onko se tätä päivää, että seitsemältä lyödään potilashuoneisiin valot, kun on aamupesut ja sit kauheella kiireellä...

Tällä lausumalla ylihoitaja tarkoitti, että potilaan näkökulmasta katsottuna aikainen herätys ei edistä heidän toipumistaan.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan vaikutusten arviointia pitää tehdä myös muiden sairaalassa työskentelevien ammattiryhmien kuin lääkäreiden ja hoitajien kanalta. Tehtäessä työnjohdollisia tai hallinnollisia päätöksiä, pitäisi miettiä mihin ja miten eri ammattiryhmiin päätökset vaikuttavat. Toimintaa tulisi miettiä kokonaisuutena, mitkä ovat syy-seuraussuhteet ja ovatko tehdyt johtamistoimet olleet oikeita. Seuraava lainaus ylihoitajien haastatteluaineistosta kuvaa toiminnan organisointia ja ongelmaa, kun päätöksiä tehdään vain yhden erikoisalnan näkökulmasta:

Jos nyt avataan tämä elektiivinen toiminta. Sitten kirurgi ilmoittaa, et nyt aloitetaan, kolme ortopedistä pöytää avataan ensi viikolla. Hän informoi sen ainoastaan sinne salivaraajille, jotka tekee sen työn. Eikä yhtään mietitä, että mitä ne vaikutukset tarkoittaa, niin kuin muihin ammattiryhmiin.

Edellä oleva lainaus liittyy leikkaustoiminnan järjestämiseen ja siinä tehtäviin nopeisiin muutoksiin, jotka koskevat montaa eri ammattiryhmää leikkaavan lääkärin lisäksi, kuten esimerkiksi laitos- ja välinehuoltoa. Jos toiminta järjestetään vain yhden ammattiryhmän näkökulmasta, aiheuttaa se ylimääräistä työtä ja potilasturvallisuuspoikkeamien mahdollisuus kasvaa.

Ylilääkärien haastatteluaineiston perusteella voidaan päätellä, että yhteiseen keskusteluun riskien ennakoinnista ei ole riittävästi aikaa. Omat työaikaressurit halutaan käyttää tehokkaasti ja kokouksissa istumista ei nähty mielekkäänä, jos kokouksella ei ole selvää fokusta.

4.1.3 Yhteiskehittäminen

Ylihoitajien ja ylilääkärien haastatteluaineistojen mukaan potilasturvallisuusriskien ennakointi edellyttää eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Ylilääkärien haastatteluaineistosta ilmeni, että poikkitieteellinen keskustelu on kuitenkin vähäistä. Sairaalassa toimii ylilääkärien mukaan johtohenkilöiden muodostamia työryhmiä paljon, joihin he osallistuvat. Näissä kokouksissa saatetaan yksittäisiä asioita käsitellä huolellisesti monta kertaa, mitä pidettiin toisaalta hyvänä ja toisaalta liikaa aikaa vievänä. Ylilääkärit totesivat, että

he keskustelevat enimmäkseen keskenään, vaikka vastuualueilla on säännöllisesti kokouksia, joihin heidän yhteistyökumppaninsa eli ylihoitaja myös osallistuu. Poikkitieteellisen keskustelun vähäisyydellä ylilääkärit tarkoittivat, ettei ylihoitajien ja ylilääkärien kesken ole sellaisia laajempia yhteisiä kokouksia, joissa keskusteltaisiin potilasturvallisuuskysymyksistä. Samaan vastuualueeseen kuuluvien ylihoitajien ja ylilääkärien työtilat sijaitsevat fyysisesti toistensa lähellä, joten vastuualueen sisäinen yhteistyö vaikutti toimivalta eikä negatiivisia mainintoja yhteistyön puutteesta ilmennyt.

Virtanen (2010, 153-154) havaitsi sairaalan johtamisen toimintakenttään kohdistuvassa tutkimuksessaan, että ylihoitajien ja ylilääkärien työnjako perustuu toimenkuviin, eikä nähnyt sairaalan työnjakoa erityisen ongelmallisena. Hänen mukaansa toimenkuviin kiinnittyvä työnjako ja toimenkuvien taipumus säilyä entisellään voi osaltaan selittää sitä, miksi muutoksen toteuttaminen sairaalaorganisaatiossa on niin vaikeaa.

Ylilääkärit osallistuvat pääsääntöisesti myös käytännön työhön, jolloin heillä on jatkuva kontakti oman erikoisalansa potilashoittoon. He pitivät käytännön hoitotyöntekijöitä kehittämiskumppaneinaan, sillä heidän kauttaan välittyy tietoa yksiköiden turvallisuustilanteesta. Toisaalta he eivät yleensä osallistu yksiköiden hoitotyöntekijöiden osastotunneille. Tämä käytäntö olisi kuitenkin erään ylilääkärimielestä suositeltava, sillä hänen kokemuksensa mukaan osastotunneilla pystyy jakamaan kentälle tietoa ja kysymään kulumisia. Toisaalta ylilääkäreillä on luottamus siihen, että jos kentällä havaitaan jokin riski, henkilökunta tuo sen johdon tietoon ja reagoi riskeihin omatoimisesti. Eräs ylilääkäri kuvasi vastuualueensa johtoryhmän kokouksia yhteistyön näkökulmasta hyödylliseksi, sillä ryhmässä on laaja henkilöstön edustus. Ylilääkärimukaan asioiden yhteinen käsittely edistää myös työhyvinvointia sekä potilasturvallisuutta.

Ylihoitajat pitivät tärkeänä yhteistyömuotona sitä, että yksiköissä on sovittu yhdessä selvät vastuut ja tehtäväkuvaukset eri työntekijäryhmien välillä. Lääkinnällisten laitteiden huoltoon liittyvät puutteet tai unohdukset saattavat aiheuttaa potilasturvallisuuden vaarantumisen, jos ei tiedetä kenen kuuluu huolehtia laitteiden vikatilanteiden ilmoittamisesta lääkintälaittehuoltoon. Ylihoitajat kuvasivat, miten selkeästi sovitut vastuut ja työnjako laitteiden huoltoon liittyvissä tilanteissa edistävät potilasturvallisuutta. Toiminnassa tapahtuvien poikkeamien käsittely ja ratkaiseminen edellyttäisi moniammatillista näkökulmaa ja eri yksiköiden välistä yhteistyötä. Tuli vaikutelma, että tätä yhteistyötä ei ole riittävästi.

Ylihoitajien keskustelussa puhuttiin myös sairaanhoitopiirien välisestä yhteistyöstä potilasturvallisuutta edistävien menettelytapojen käyttöönotossa. Tätä yhteistyötä on



tehty esimerkiksi hoitotyönsensitiivisten mittarien käyttöönottossa. Kohdeorganisaation on mukana kansallisessa vertaiskehittämisessä, jonka tarkoitus on tukea hoitotyön jatkuvaa kehittämistä ja varmistaa potilasturvallisuutta. Junttilan ym. (2020, 34-35) mukaan hoitotyönsensitiivisyys kuvaa hoitajien toiminnan vaikutusta potilaan hoitoon ja sen tuloksiin. Hoitotyönsensitiivinen tieto on mitattavaa ja se kuvaa hoitotyön onnistumista ja laatua. Tämän hoitotyönsensitiivisen tiedon avulla voidaan seurata potilaan perushoidon onnistumista esimerkiksi mittaamalla painehaavojen esiintyvyyttä tai potilaiden kaatumisia sairaalassa. (Junttila ym. 2020, 34-35.) Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan kohdeorganisaatiossa näiden potilaan hoidossa käytettävien seurantamittareiden hyödyt voidaan osoittaa vain, jos henkilökunta tietää ja tuntee niiden käytön merkityksen. Tämä tarkoittaa sitä, että henkilökunnalla pitää olla käsitys siitä, miksi he kirjaavat erilaista mittaustietoa potilasasiakirjoihin ylihoitaja täsmentää. Hän lisää, että ylihoitajien pitää säännöllisesti seurata ja arvioida potilasturvallisuustilannetta sekä varmistaa, että hoitohenkilökunta saa palautetta toiminnastaan. Seuraavassa ylihoitajan lausumassa tulee esille ylihoitajan ja henkilöstön yhteistyön merkitys potilasturvallisuuden edistämiseksi:

Tosi tärkeätä on se, että ne mittarit, mitä meillä on käytössä, seurattais niitä ja se tieto menee myös sinne hoitohenkilökunnalle tai kaikille ketä se sitten koskee. Et heillä on myös käsitys, että kun he tekee näitä kirjauksia, niitä joku säännöllisesti katsoo ja sen mukaan tehdään jotain korjaavia toimia. Tai he saa jotain palautetta. Sehän on hirveen turhauttavaa, jos sää tunnollisesti teet koko ajan ja sitten kukaan ei koskaan anna palautetta, miten se yksikkö on käyttänyt niitä mittareita. Se paljon kuulu siihen lähiesimiehen työhön koota niitä asioita ja sitten tottakai käsitellä myös ylihoitajan kanssa.

Työvuorosuunnittelukäytäntöjä on kehitetty yhteistyössä hoitotyön lähiesimiesten kanssa. Ylihoitajien aineistossa keskusteltiin työvuorosuunnittelun vaikutuksista potilasturvallisuuteen. Hoitohenkilöstön työvuorosuunnittelua on kehitetty yhteisöllisyyden suuntaan. Aikaisemmin työvuorosuunnittelussa oli johtoajatukseksi työntekijöiden autonomia, jolloin työntekijät saivat itse suunnitella omat työvuoronsa käytännön sanelemissa rajoissa. Autonomisesta työvuorosuunnittelusta ollaan ylihoitajien mukaan siirtymässä toimintälähtöiseen suunnitteluun. Sairaalassa käytössä oleva työvuorosuunnittelujärjestelmä myös varmistaa tätä toimintälähtöistä suunnittelua. Työvuorot suunnitellaan tarvelähtöisesti eli suunnittelujärjestelmään on kirjattu kussakin työvuorossa tarvittava hoitohenkilöstön määrä. Työvuorosuunnittelukäytäntöjen muutosta ylihoitaja kuvasi:

Nyt tämän muutoksen kautta saadaan asia vietyä eteenpäin, että tällä pitäisi olla suoraan vaikutusta siihen, että on enemmän aikaa potilaalle, jos se aika suunnitellaan.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan työvuorosuunnittelukäytäntöjen muutoksen läpivientiin tarvitaan kuitenkin edelleen yhteistyötä ja muutoksen tarpeellisuutta pitää perustella henkilökunnalle. Lisäksi toimintayksiköiden yhdistymisten vaikutuksia pitää pohtia yhdessä henkilökunnan kanssa. Haastatteluaineiston mukaan avointa keskustelua pitäisi olla nykyistä enemmän ja koko henkilökuntaa osallistavasti.

Ylilääkärien haastatteluaineistossa keskusteltiin moniammatillisen yhteistyön merkityksestä potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien jälkiselvittelyssä. Sairaalassa oli sattunut laaja tietojärjestelmäkato, jonka vaikutuksia oli pohdittu moniammatillisesti. Tavoitteena keskustelussa oli oppia tapahtuneesta sekä varautua ja ennakoida vastaavia tapahtumia. Ylilääkärien mukaan keskustelussa sovittiin yhdessä, mihin korjaaviin toimiin ryhdytään vastaavien tapahtumien ehkäisemiseksi.

4.1.4 Prosessien kehittäminen

Ylihoitajien ja ylilääkärien haastatteluaineiston mukaan kohdeorganisaatiossa on käytössä systemaattinen tapa selvittää vakavia potilasturvallisuusvaaratapahtumia. Erityisesti ylihoitajien aineistossa keskusteltiin vakavien vaaratapahtumien ilmoittamisesta. Vakavien potilasturvallisuusvaaratapahtumien selvittämisen käytännöistä ei haastatteluaineistoissa keskusteltu. Haastateltavat viittasivat vakavien potilasturvallisuusvaaratapahtumien tutkintaprotokollaan. Tätä menetelmää käytetään terveydenhuollossa vakavien potilasturvallisuusvaaratapahtumien tutkinnassa ja vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavien tekijöiden selvittelyssä (Taylor-Adams & Vincent 2004, 211). Tämän tutkintamenettelyn teoria on peräisin muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta ja sitä on kehitetty soveltumaan paremmin vastaamaan terveydenhuollon kontekstia. Tässä menettelyssä vaaratapahtumien taustalla olevia tekijät pyritään ymmärtämään koko systeemin ongelmina. Tarkastelussa ei ole keskeistä, kuka henkilö oli osallisena tapahtumassa. Sen sijaan tavoitteena on löytää järjestelmän systeemivikoja tarkastelemalla poikkeamien taustalla olevia juurisyytä. (Vincent ym. 2000, 778.) Myös Graban (2016, 151-195) kuvaa lineaarista juurisyyanalyysia proaktiivisen eli ennakoivan johtamisen menetelmäksi. Kohdeorganisaatiossa hyödynnetään LEAN-ajattelua, jonka avulla sairaalan toimintaprosesseja on parannettu käyttämällä systeemiajattelua sekä LEAN työkaluja johtamisen tukena.

Ylihoitajien haastatteluaineistossa keskusteltiin toiminnan kehittämisestä ja sen tuomista positiivisista muutoksista. Heidän mukaansa potilaslähtöisyys on parantunut. Toimintaprosesseja suunnitellaan aikaisempaa enemmän potilaan näkökulmasta. Hoitoajat



ovat lyhentyneet merkittävästi, mikä vähentää infektioiden määrää ja parantaa potilasturvallisuutta. Lisäksi ylihoitajat kuvasivat leikkaustoiminnan prosessien muutosta. Leikkaukseen tullaan nykyään suoraan kotoa eivätkä potilaat vietä leikkausta edeltävää yötä vuodeosastolla. Leikkausvalmistelut suoritetaan osittain ennakoon sekä leikkauispäivän aamuna leikkausyksikössä. Muutos on parantanut ja helpottanut potilaiden tiedonsaantia, koska potilaan ohjaus ennen leikkausta on organisoitu uudelleen erillisen yksikön kautta.

Myös potilaiden kotiuttamiskäytäntö on muuttunut paljon viimeisten vuosien aikana ylihoitajat kertovat. Potilaiden kotiutuminen suoraan leikkauksesta vähentää turhia siirtoja yksiköstä toiseen, jolloin tiedonkulun ongelmat ovat myös tässä hoidon vaiheessa vähentyneet. Tietotekniikkaa hyödynnetään enenevässä määrin, sillä käyttöön on otettu uusia kanavia potilaiden ja hoitohenkilöstön väliseen kommunikointiin, esimerkiksi oirehoitajaan voi olla tarvittaessa yhteydessä. Osalla leikkauspotilaista on käytössä mobiililaitteissa toimiva sovellus, josta löytyy hoitoon liittyvä ohjeistus sekä yhteydenottokanava hoitavaan tahoon. Näiden uusien toimintamallien on koettu lisäävän potilaiden turvallisuuden tunnetta ja sitä kautta edistävän potilasturvallisuutta. Tässä kehitys on ollut LEAN-ajattelun mukaista, jossa potilaalle turhat vaiheet on pyritty minimoimaan eikä potilaille tule turhaa odottelua.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan potilaan hoidon pullonkauloja on selvitetty päivystyksessä. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan hoitoa hidastavia tekijöitä on poistettu hoitoprosessin eri vaiheista. Esimerkiksi potilaan tilan arviointiprosessia päivystykseen tullessa on selkeytetty. Lääkärien ja hoitajien työnjakoa on muutettu sekä pyritty minimoimaan potilaan turha odottelu päivystyksessä. Jimenez-Rodriguez ym. (2018, 2, 13) mukaan potilaiden odotusajat ovat tärkeä laadun ja prosessien sujuvuuden mittari. Odotusaikojen pienentäminen vähentää selvästi potilaisiin kohdistuvia riskejä. Arthurin (2016, 4-5) TOC-teorian (Theory of Constraints) eli kapeikkoajattelun avulla voidaan tarkastella päivystysten pullonkauloja. Systemissä oleva este rajoittaa toimintaa ja tavoitteeseen pääsyä. TOC -ajattelun avulla on mahdollista löytää prosessien mahdolliset esteet ja tätä kautta hallita toimintaa paremmin.

Ylihoitajien mukaan myös lääkehoidon turvallisuuden eteen on tehty paljon parannuksia. Hoitohenkilökunnan lääkitysturvallisuuskoulutusta on lisätty ja ne ovat osittain pakollisia. Lääkehuoneita on remontoitu rauhallisemmaksi, mikä lisää lääkehoitoprosessin sujuvuutta ja vähentää häiriötilanteita lääkkeenjaossa.

Hoitoprosessien turvallisuutta voidaan parantaa erilaisten tarkistuslistojen avulla molempien haastatteluryhmien mukaan. Ylihoitajat sekä ylilääkärit mainitsivat, että kohdeorganisaatiossa on ollut jo pitkään käytössä erilaisia potilasturvallisuutta varmistavia tarkistuslistoja. Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan tarkistuslistojen avulla tiedetään, miten työvaiheet etenevät. Ne toimivat eräänlaisena keittokirjana, jota noudatetaan tarkasti, ylilääkäri kertoi. Ylilääkärien mukaan tarkistuslistojen käyttö on vakiintunut sellaisiin sairaalan toimintoihin, jotka voidaan pääosin systematisoida. Niiden käyttö sopii toimintoihin, joissa työvaiheet etenevät yleensä samalla tavalla, kuten esimerkiksi leikkaussalissa, synnytyksissä ja osittain päivystyspotilaiden kohdalla. Näiden prosessien tulee olla selkeitä ylilääkärien haastatteluaineiston mukaan. Kohdeorganisaatiossa on leikkaussaleissa ollut käytössä WHO:n tarkistuslista (World Health Organization 2009) lähes kymmenen vuotta ja sen käyttö leikkaustoiminnassa on jo vakiintunut käytäntö. Tämän leikkaussalin tarkistuslistan avulla käydään yhdessä leikkaustiimin kanssa läpi standardeoituja tarkistuksia ennen nukutuksen ja leikkauksen alkua sekä sen päätyttyä.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan potilasturvallisuusriskien ennakointiin kuuluu myös hoitotyötä tukevien toimintojen huomiointi. Esimerkkinä tukitoiminnoista ylihoitajat keskustelivat välinehuoltajien roolista laiteturvallisuuden varmistamisessa sekä eri ammattiryhmien välisten vastuiden määrittelystä. Jos tehtävänkuvat eivät ole selkeitä, voi laitteiden huoltovastuista olla epäselvyyttä.

Graban (2016, 172) kuvaa FMEA (failure modes and effect analysis) metodologiaa (Institute for Healthcare Improvement 2020), jonka avulla sairaalan yksiköt voivat havaita ja priorisoida omiin hoitoprosesseihin liittyviä riskejä ennakolta. Menetelmää on jatkokehitetty erityisesti terveydenhuollon hoitoprosessien riskianalyysien (HFMEA) teokoon (Anderson ym. 2012, Simsekler ym. 2019b). Työkalu on myös suomennettu (Knuutila & Tamminen 2004) ja sitä suositellaan hoitoprosessien riskianalyysien tarkastelun avuksi Suomen potilasturvallisuusyhdistyksen riskioppaassa (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015). Menetelmä on myös kuvattu kohdeorganisaation potilas- ja asiakasturvallisuussuunnitelmassa⁵, mutta menettelytapaan ei viitattu haastatteluaineistoissa. Menetelmä on vähän käytetty terveydenhuollossa myös kansainvälisesti, sillä sen käyttö edellyttää perehdyttämistä, aikaa ja resurssia (Simsekler ym. 2019a, 532).

⁵ Dokumenttia ei löydy tutkielman lähdeluettelosta, sillä siitä kävisi ilmi tutkimuksen kohteena oleva organisaatio



4.1.5 Organisaation oppiminen

Tutkimuksen kohdeorganisaatiossa ilmoitetaan potilasturvallisuusvaaratapahtumia sähköiseen raportointijärjestelmään. Järjestelmä on ollut käytössä noin kymmenen vuotta ja erityisesti hoitajat ilmoittavat aktiivisesti potilasturvallisuuspoikkeamia. Ylihoitajat keskustelivat myös läheltä piti -tilanteiden ilmoittamisesta ja niiden käsittelystä yksiköissä. Ylihoitajat kertoivat, että he käyvät ilmoituksia säännöllisesti läpi yksiköiden osastonhoitajien kanssa. Tarkoituksena on välttää vastaavien tapahtumien sattumista uudelleen. Eri-tyisesti läheltä piti -tilanteiden tarkastelu auttaa ymmärtämään, mitkä tekijät estävät vaaratapahtumien realisoitumisen. Braithwaitin ym. (2015, 418, 420) mukaan potilasturvallisuuden edistämässä ja organisaation oppimisessa on oleellista keskittyä tilanteisiin, jotka menivät hyvin. Tämä auttaa ymmärtämään, mitkä tekijät tukevat turvallista toimintaa. Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan yhteinen pohdinta lähiesimiesten ja henkilökunnan kanssa auttoi havaitsemaan henkilöön tai systeemiin liittyviä asioita, mitkä esitivät vaaratapahtuman realisoitumisen.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan potilailta tulevat palautteet käsitellään nopeasti ja heihin ollaan yhteydessä potilaan niin halutessa. Potilailta tulleet kehittämisehdotukset käsitellään huolellisesti ja niiden perusteella ryhdytään toimintaa korjaaviin toimenpiteisiin herkemmin kuin henkilökunnan ilmoittamien poikkeamailmoitusten perusteella. Poikkeavista tilanteista saadaan tärkeää tietoa kohdeorganisaation kehittämiseksi.

Ylilääkärit keskustelivat varautumisjärjestelmien tarpeellisuudesta ja varautumisen harjoittelusta. Sairaalan johtoryhmässä oli keskusteltu tietojärjestelmäkatkoista ja siitä mitä katkosten aiheuttamista ongelmista voidaan oppia sekä minimoida riskejä. Keskustelua pidettiin hyvänä, sillä se toi esille toimintaan liittyviä puutteita. Ylilääkärien keskustelussa nousi esille myös poikkeamatilanteen esille tuomat positiiviset seikat. Käytännön työssä ollut henkilökunta suoriutui hankalista tilanteista erittäin hyvin, sillä ohjeet tietojärjestelmäkatkojen varalle olivat ajan tasalla ja niitä noudatettiin. Eri-tyisesti henkilökunnan rauhallinen suhtautuminen ongelmaan ja potilaiden hoidon sujuminen sai kiitosta ylilääkäreiltä. Braithwaitin ym. (2015, 418-420) mukaan ennakoiva potilasturvallisuuden johtaminen kohdentaa päähuomion joka päiväisiin onnistumisiin ja menestystekijöihin eikä satunnaisten epäonnistumisten ja haittatapahtumien seurantaan. Tärkeintä on oppia niistä monista kerroista, kun tilanne on sujunut hyvin sekä samalla kehittää keinoja, joilla organisaatio voi tukea ja vahvistaa onnistumisista oppimista.

Briner ym. (2010, 4) kehittivät potilasturvallisuusriskien seurantatyökalun, jossa on samoja elementtejä, mitä ylihoitajat ja ylilääkärit pitivät tärkeinä. Potilasturvallisuusriskien hallinnan tärkeimmät elementit ovat systemaattinen lähestymistapa, johtaminen, riskienhallinnan prosessin kuvaaminen, henkilökunnan osallistuminen, turvallisuuskulttuuri, vaaratapahtumista oppiminen sekä osaaminen ja koulutus.



5 ENNAKOIVAN JOHTAMISEN ONGELMAT

5.1 Ongelmien vertailua

Potilasturvallisuusriskien ennakoointiin liittyviä monia haasteita, joita on jo osittain käsitelty aiemmissa luvuissa. Tässä luvussa kuvaan tutkimuksessani esiin tulleita potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen ongelmia. Toimintakenttä on laaja, valtava suo, kuten eräs ylilääkäri kuvasi asioiden käsittelyn hankaluutta. Asiat pitää käsitellä moneen kertaan organisaation eri tasoilla, mikä turhauttaa ja vie uskoa päätöksenteon tehokkuudesta. Lisäksi toiminnan monimutkaisuus, kulttuuriset tekijät ja osaamisen varmistamisen ongelmat asettavat haasteita johtamiselle. Sairaalaorganisaation toimintamalli koettiin vanhanaikaiseksi, vastuut ja roolit ovat epäselviä ja toiminta on osittain päällekkäistä. Seuraavaksi analysoin yläluokittain ylihoitajien ja ylilääkäreiden kuvaamia potilasturvallisuusriskien ennakoivan johtamisen ongelmia, jotka olivat heidän kuvaustensa perusteella osin samankaltaisia, mutta myös eroavaisuuksia esiintyi. Tämä vertailu on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen ongelmien vertailua

Mitä ongelmia on ennakoivassa potilasturvallisuuden johtamisessa? (ylihoitajat)	Yläluokat	Mitä ongelmia on ennakoivassa potilasturvallisuuden johtamisessa? (ylilääkärit)
Toiminnan yllätyksellisyys Potilaiden sairaudentilan vaihtelu Resurssimuutokset Toiminnan vaihtelu Hierarkkisuus Päällekkäinen toiminta	Toiminnan monimutkaisuus	Toiminnan vaihtelu
Tiedonsiirron ongelmat Tiedon hyödyntämisen puutteet Kirjaamisen puutteet Ohjeiden noudattamattomuus	Tiedon hyödyntämisen ongelmat	Tietojärjestelmien puutteet
Syylisistä ilmapiiri Yhteistyön puutteet Sitoutumisongelmat	Potilasturvallisuuskulttuuriset tekijät	Yhteisen keskustelun puute
Henkilöstön vaihtuvuus Resurssien puute	Osaamisen varmistamisen ongelmat	Työn suuri vaihtelu Toiminnan haavoittuvuus Päivystysjärjestelmän ongelmat Pula osaavista ammattilaisista Ajanpuute
Epäselvät prosessit Toiminnan suunnittelemattomuus Vastuiden epäselvyys	Prosessien epäselvyys	Systemaattisuuden puute Tavoitteiden epäselvyys Päätöksenteon tehottomuus Päällekkäiset toiminnot

5.2 Ongelmien kuvaus

5.2.1 Toiminnan monimutkaisuus

Tämän tutkimuksen haastatteluaineiston mukaan ylihoitajat nimesivät yhdeksi merkittäväksi haasteeksi sairaalan toiminnan yllätyksellisyyden. Potilaiden sairaudentilan vakaavuus vaihtelee eivätkä potilasmäärät ole ennustettavissa, mikä hankaloittaa hoitohenkilökunnan resurssisuunnittelua. Vuodeosastoilla mitataan potilaiden hoitoisuutta eli määrällistä ja laadullista hoidon tarvetta, jonka perusteella ylihoitajat suunnittelevat henkilöstö-resusointia. Toiminnan suunnittelun hankaluutta ylihoitajat kuvasivat seuraavasti:

Toiminta on jollain lailla suunnittelematonta, et kyllä se vaikuttaa potilas-turvallisuuteenkin. Ja sitten kun se vaihtelee se elektiivinenkin toiminta. Kun tämä toiminta on vähän yllätyksellistä, niin henkilökuntaresursseillakaan ei pystystä ennakolta vaikuttamaan riittävän ajoissa. Mutta meidän kaikki päätökset, niitä ei arvioida, että mikä se vaikutus on potilaisiin.

Ylihoitajien mukaan toiminnan muutoksia tehdessä pitäisi niiden vaikutuksia kattavasti arvioida myös potilaan näkökulmasta. Ylihoitajien käsitys oli, että tätä arviointia ei organisaatiossa suoriteta riittävästi. Toiminta järjestyy pääasiassa ammattiryhmien halusta järjestää oman yksikön potilaiden hoito. Heidän mukaansa päätösten vaikutuksia ei kuitenkaan arvioida potilaiden koko hoitoprosessin tai organisaation kannalta. Haasteet lisääntyvät jatkossa, kun vuodeosastopaikkoja edelleen vähennetään ylihoitajat kuvaavat. Potilaat ovat monisairaita eikä heitä kyetä hoitamaan lyhyessä ajassa siihen kuntoon, että jatkohoitoon siirtyminen onnistuisi. Huolena ylihoitajien haastatteluaineistossa nousi esille, miten vähentyvillä vuodepaikkamäärillä pystytään vastaamaan huonokuntoisten potilaiden hoidontarpeeseen sekä kuinka mahdollisesti onnistutaan pysymään muutosten vauhdissa mukana.

Sairaalassa tehdään jatkuvasti remonttia ja tiloja muutetaan toimintojen muutosten myötä ylihoitajat kuvaavat. Hoitotyön toimintojen suunnitteleminen ja mukauttaminen uusiin tiloihin kuvattiin haastavaksi, sillä tilat ovat rajalliset. Koska toimintoja yhdistetään, tilat supistuvat. Lisäksi tilasuunnitelmista ylihoitajat kertoivat saavansa ristiriitaista tietoa. Kaikki muutokset vaikuttavat myös tilojen käyttöön ja potilaisiin. Toiminnot ovat hajallaan ja niiden yhteensovittaminen on vaikea tehtävä. Asioita olisi helpompi hoitaa, jos olisi enemmän yhteistä keskustelua.



Ylihoitajien mukaan myös aikataulujen sovittamisessa ja suunnittelussa on haasteita, koska yksiköiden päivärytmi rakentuu usean eri erikoisalalan ja lääkärin aikataulujen mukanaan. Toimintoja ei ole tällöin helppo muuttaa potilaslähtöisemmiksi, mikä pitäisi ylihoitajien mukaan olla toiminnan keskiössä. Ylihoitajat kokivat, että jatkuvat rakenteelliset muutokset vaikeuttavat hoitotyön suunnittelua ja resursointia, sillä aikaa ei ole varattu ennakkointiin. Ylihoitajien mukaan sairaalan johtamismalli on hierarkiaan perustuva, porrasteinen ja myös erikoisesti lokeroitunut, mikä vaikeuttaa toiminnan yhdenmukaistamista. Ylihoitajat kuvasivat, että tehtäviä hoidetaan osin päällekkäin eri ammattiryhmien toimesta, jolloin saatetaan tehdä turhia asioita, jolloin mahdollisesti työntekijöiden resurssi ei kohdennu potilaan hoitoon optimaalisesti.

Sekä ylihoitajien että yllilääkärien haastatteluaineistojen mukaan uusia toimintatapoja ei pitäisi lähteä kokeilemaan ja ottamaan käyttöön liian laajalla volyyymillä. Käyttöön-otoissa onnistutaan paremmin, jos valitaan vain muutama kehittämiskohde kerrallaan. Ylihoitajien mukaan sairaalassa saatetaan tehdä nopeita toiminnan muutoksia miettimättä niiden vaikutuksia. Saattaa tulla epäonnistumisia, joita korjataan jälkikäteen. Tuli vaikutelma, että ylihoitajilla on kokemuksia epäonnistuneista toiminnan muutosprosesseista. Jos toiminta on suunnittelematonta, se vaikuttaa potilasturvallisuuteen ylihoitaja kuvaa.

Sairaalan leikkaustoiminnassa on suuria vaihteluja. Vaihtelua esiintyy silti, vaikka kyseessä olisi ennalta suunniteltu leikkaustoiminta. Tämä lisää toiminnan suunnittelun vaikeutta erityisesti hoitohenkilöstön osalta. Työvuorosuunnitteluun menee vuositasolla paljon työtunteja, koska joka yksikössä työvuorot suunnitellaan omana listanaan, mikä hankaloittaa toiminnan yhteensovittamista. Ylihoitajien mukaan työvuorosuunnittelukäytäntöjen pitäisi muuttua sujuvammiksi. Tästä voidaan päätellä, että ylihoitajat toivoisivat eri yksiköiden työvuorosuunnittelun yhdistämistä.

Yllilääkärien haastatteluaineistossa mainittiin myös toiminnan vaihtelu ja sen aiheuttamat potilasturvallisuusriskien ennakoinnin haasteet. Johtuen erikoissairaanhoidon päivystysvelvoitteista, henkilökuntaresursseillakaan ei pystystä ennakolta vaikuttamaan riittävän ajoissa mahdollisiin ruuhkahuippuihin. Tämä hankaloittaa myös ylihoitajien mukaan heidän työtään ja toiminnan suunnittelua.

5.2.2 Tiedon hyödyntämisen ongelmat

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan käytössä olevia hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden seurantamittareita ei hyödynnetä riittävästi johtamisen tukena. Näillä seurantamittareilla ylihoitajat tarkoittivat alaluvussa 4.1.2 kuvattuja potilaan tilan ennakoinnin

mittareita. Esimerkiksi potilasasiakirjoista ei löydy kirjauksia siitä, mitä saadun mittaus-tuloksen perusteella on tehty eli onko mittaustulos johtanut muutoksiin potilaan hoidossa. Tällöin ylihoitajien on hankala tehdä johtopäätöksiä mittareiden käytön vaikutuksista. Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan voi olla tilanteita, joissa kirjaamis- ja toiminta-ohjeita ei kaikilta osin noudateta yksiköissä. Ylihoitajat keskustelivat siitä, kuinka vähän seurantatietoa hyödynnetään käytännössä:

Mutta kovin vähän me keskustellaan näistä faktoista ja katsotaan niitä tuloksia, et miten ne oikeesti elää. Ja sit aina sanoo joku, et tää ei ole totta. Mut kauheen vähän me keskustellaan näistä faktoista ja katotaan niitä tuloksia, et miten ne oi-keesti elää.

Esteenä tiedon hyödyntämiselle oli ylihoitajien mukaan ajan ja resurssien puute. Lisäksi yksiköt raportoivat potilasturvallisuusvaaratapahtumia pääasiassa oman yksikön sisällä, vaikka sähköinen raportointijärjestelmä mahdollistaisi ilmoitusten tekemisen myös toi-seen yksikköön tai organisaatioon. Potilaan hoitoa ei osata katsoa laajasti, myös muiden yksiköiden näkökulmasta. Ylihoitaja mainitsee, että asioiden käsittely vain oman yksikön näkökulmasta on toimintakulttuuriin liittyvä asia. Turvallisuuskulttuuria käsitellään laa-jemmin seuraavassa alaluvussa.

Tiedonsiirtoon ja potilastietojärjestelmiin liittyy paljon ongelmia ylihoitajien ja yli-lääkärien haastatteluaineistoissa. Tietojärjestelmät eivät kaikilta osin tue turvallista toi-mintaa. Ylihoitaja kertoi tietojärjestelmiin liittyvästä käytännön ongelmasta, jossa yksi-kin pieni näpätysvirhe potilaan lääkitystiedon kirjauksissa voi aiheuttaa ongelmia koko hoitoprosessin ajan. Virhe voi toistua monta kertaa. Lääkehoidon kirjaaminen on erityisen monimutkaista ja ylihoitajien mukaan osa kirjaamisvirheistä johtuu siitä, että henkilö-kunta ei noudata sovittuja kirjaamis- tai toimintaohjeita.

Ylilääkärien haastatteluaineistossa keskustellaan tietojärjestelmäkatkoksiin liitty-vistä ongelmista. Potilashoito on pitkälti riippuvainen tietojärjestelmistä, koska kaikki potilaita koskeva tieto on sähköisissä järjestelmissä. Ylilääkäri kuvaa potilasturvallisuus-riskien ennakoinnin vaikeutta äkillisen tietojärjestelmäkatkosten varalta:

Kyllä ainakin tossa tietokatkoksessä valtavasti tuli semmoisia asioita, et jotenkin se kokonaisuus ei toimi. Millä tiedotetaan, kun mylly on pimeenä, jonka kautta kaikki asiat tulee. Ja sitten, jos tulee yhtä aikaa kaikkia erilaisia asioita, niin me ollaan aika kädettämiä. Vaikeatahan tää on tämä riskienhallinta.

Henkilöstön informointi tietojärjestelmäkatkoksesta ei onnistunut, sillä tiedotuskanava oli myös kaatunut. Kaya ym. (2019) ovat havainneet, että terveydenhuollon organisa-



tioiden ylätasolla ei tunnisteta tietojärjestelmiin liittyviä riskejä ennen kuin ne ovat realisoituneet. Tämän tutkimuksen aineiston mukaan kohdeorganisaatiossa ongelmana ovat lähinnä puutteet tietojärjestelmien toiminnassa eivätkä tietojärjestelmiin liittyvien riskien tunnistamisessa.

Ylilääkärien aineistossa todetaan, että riskienhallinta on vaikeaa. Myös Leistikow & Bal (2020, 871) toteavat, että riskien hallinta on terveydenhuollossa vaativa tehtävä. Toiminnan jatkuvan vaihtelun vuoksi potilasturvallisuustilanteen monitorointi ja suoritusten seuraaminen on hankalaa. Laaturekistereiden tuottaman vertailutiedon avulla on esimerkiksi Ruotsissa ja Hollannissa pyritty ymmärtämään ja kehittämään toimintaa erityisesti akuuttisairaaloissa. Laaturekistereiden ylläpito vaatii resurssia ja edellyttää myös etulinjan työntekijöiden sitoutumista laatutiedon keräämiseen. Näiden laaturekistereiden avulla ei hoidon laatu ja turvallisuus välttämättä kuitenkaan parane, jos kerättyä tietoa ei pystytä hyödyntämään turvallisuuden parantamiseksi. (Leistikow & Bal 2020, 871.)

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan yleisin tiedonhallinnan ongelma liittyy tietojärjestelmiin ja erityisesti potilaiden lääkelistoihin, joihin ei voi ilman tarkistusta luottaa. Järjestelmät eivät tue turvallista kirjaamista ja sähköisiin järjestelmiin liittyy paljon virhemahdollisuuksia. Monimutkaiset tietojärjestelmät aiheuttavat haasteen perehdyttämiselle erityisesti päivystyksessä, jossa lääkäriresurssi vaihtuu eivätkä päivystäjät ole esimiesten suoria alaisia. Ylihoitajien mukaan lääkärit eivät kaikilta osin kirjaa sähköiseen järjestelmään, kuten on sovittu ja ohjeistettu. Tietojärjestelmät kehittyvät ja päivittyvät, jolloin niiden käyttöä ei ole ehditty perehdyttää eikä perehdytys pysy jatkuvassa muutoksessa mukana. Potilaan hoitotietoa ei osata hakea oikeasta paikasta, koska tieto on niin hajallaan järjestelmissä. Ylihoitajien mukaan on erittäin haastavaa vastata tietojärjestelmien aiheuttamiin perehdytys- ja resurssitarpeisiin, koska tarve perehdytykselle on jatkuva.

5.2.3 Potilasturvallisuuskulttuuriset tekijät

Haastatteluaineistoista löytyi joitakin potilasturvallisuuskulttuuriin liittyviä viittauksia, joita käsittelen seuraavaksi. Ylihoitajat keskustelivat yksikötason johtamisen haasteista, jotka liittyivät potilasturvallisuuspoikkeamien käsittelyyn henkilöstön kanssa. Jos vaaratapahtumien taustalla olevia tekijöitä käsitellään henkilöstöä syyllistävällä tavalla, ilmenee helposti asioiden peittelyä. Henkilökunnan sitoutumisongelmat, haastavat persoonat, tunteisiin menevä keskustelu, keskustelun puute tai potilasnäkökulman puuttuminen vai-

kuttavat negatiivisesti yksikön ilmapiiriin, jolloin potilasturvallisuuspoikkeamista ei pystytä keskustelemaan avoimesti. Szymczakin (2014, 252) löydösten mukaan turvallisuuskulttuuri liitetään juuri työntekijöiden käyttäytymiseen liittyviin tekijöihin, jolloin ongelmien takana olevien sosiaalisten esteiden selvittäminen on hankalaa. Tämä vaikeuttaa turvallisuuskulttuurin kehittämistä. Ylihoitajan lausuma kuvaa syyllistävää toimintakulttuuria:

Mutta kun täällä on semmosii persoonii, jotka määrittelee tiettyjä asioita ja mun mielestä semmosta syyllistämisen kulttuuria on vielä tosi paljon. Se ahdistaa niitä, kun tietyistä asioista puhutaan ja arvostellaan. Toisen toimintaa on helppo arvostella, mutta omaan toimintaan ei niin kauheesti keskitytä.

Turvallisuuskulttuurin ja johtamiseen liittyvänä tekijänä voidaan pitää myös ylihoitajien mainitsemaa ongelmaa, joka liittyy hoito-ohjeiden noudattamattomuuteen. Heidän mukaansa käytössä olevia hoitotyön mittareita (tarkemmin alaluvussa 4.1.2) ei kattavasti käytetä tai hyödynnetä, vaikka niiden käyttö on ohjeistettu. Lisäksi ylihoitaja kuvaa, että vastuualueiden välillä siirtyvien potilaiden kirjaamiset ovat osin puutteellisia, mikä aiheuttaa vastaanottavassa yksikössä paljon lisätöitä. Tulee vaikutelma, että toimintatavat eivät ole yhtä selkeitä kaikissa yksiköissä tai ohjeita ei noudateta yhdenmukaisesti. Lisäksi ylihoitajien aineistossa keskustellaan moniammatillisen yhteistyön puutteista.

Ylilääkärien haastatteluaineistossa on maininta yksiköihin tehtävistä turvallisuuskävelyistä, joissa yksiköstä vastaava lääkäri, ylihoitaja ja vastuualuejohtaja yhdessä lähiesimiesten kanssa tutustuvat yksikön turvallisuustilanteeseen (ks. Singer & Tucker 2014, 798). Turvallisuuskävelyiden fokuksena on haastatella ja kuunnella etulinjan työntekijöitä yksikön turvallisuustilanteesta sekä yhdessä pyrkiä parantamaan turvallisuuspuutteita. Tämä toimintatapa on juuri otettu käyttöön kohdeorganisaatiossa. Ylilääkärin mukaan turvallisuuskävelyistä tulee helposti purnaustilaisuuksia. Hän myös epäilee, että asioista ei puhuta suoraan tai kerrotaan vaan hyviä asioita. Tästä voi tehdä sen tulkinnan, että potilasturvallisuuden kannalta oleellisia asioita ei nouse helposti keskusteluun eikä kokonaiskuvaa yksiköiden turvallisuustilanteesta ole helppo muodostaa.

Heinijoen & Pommelinin (2019, 26-27) mukaan potilasturvallisuuskulttuuri on yksi toimintakulttuurin ilmenemismuoto. Sen arviointi perustuu laadullisiin havaintoihin ja ilmenemismuotoihin työyksikön ilmapiiristä ja merkityksistä, jotka ohjaavat toimintaa. Käytännön tasolla se on kykyä varautua ennakkoiden toiminnan riskeihin. Toimintakult-



tuuria johdetaan esimerkin avulla ja se vaatii jatkuvaa parantamista ja huomiota. Potilasturvallisuus kehittyy vain hyvän turvallisuuskulttuurin ja sen johtamisen kautta. Sen johtaminen edellyttää suunnitelmallista ennakointia. (Heinijoki & Pommelin 2019, 26-28.)

Waringin (2013, 48) tutkimuksessa ilmeni, että toimintakulttuuria on erittäin vaikea muuttaa, koska se on vahvasti sidoksissa omaan sosiaaliseen kontekstiinsa. Eri erikoisalojen ammattilaisilla on erilaiset käsitykset ja ymmärrys siitä, miten virhe, riski tai turvallisuus määritellään. Potilasturvallisuuden edistämistyö kohtaa usein voimakasta kulttuurista vastustusta.

5.2.4 Osaamisen varmistamisen ongelmat

Ylilääkärien haastatteluaineiston mukaan sairaalan toiminnan suuri vaihtelu vaikeuttaa osaamisen varmistamista. Jos lääkäri kohtaa harvinaisia sairaustapauksia vain satunnaisesti, niihin ei muodostu rutiinia eikä osaamista pysty tällöin varmistamaan. Erityisosamista vaativien lääketieteellisten erikoisalojen vuoksi toiminta on haavoittuvaa, koska osaajia on harvassa. Ylilääkärien mukaan kaikille lääketieteen osaajille ei ole varahenkilöä, jos tulee äkillinen poissaolo. Ylilääkärit totesivat, että pitäisi luoda varahenkilöjärjestelmä poikkeavien tilanteiden varalle, mutta osaajien puute vaikeuttaa tätä tehtävää.

Haastellut ylilääkärit kuvaavat, että lääkärien päivystysjärjestelmä pitkine yhtäjaksoisine työvuoroineen ei edesauta työn hyvää hallintaa. Päivystysvuorot ovat pitkiä ja rasittavia. Tämän lisäksi työntekijät eivät välttämättä ole lääkärijohdon suoria alaisia, jolloin ei ole keinoja, millä laatu voitaisiin yhtenäistää. Hoito saattaa olla erilaista riippuen siitä kuka hoitaa. Osaamisen varmistaminen on erittäin haastavaa. Tämä havainto on yhtenevä Virtasen (2010, 110) tutkimusaineiston kanssa, jonka mukaan päivystyspoliklinikka toimii lääkärijohdon mielestä lääkäreiden testauspaikkana. Päivystyksen etulinjassa eivät toimi kokeneimmat lääkärit. Tämän tutkimuksen kohdeorganisaatiossa ylilääkärien mukaan tekijöistä on puutetta, jolloin koulutusta ei ole helppo järjestää. Lääkärien työajat ovat säänneltyjä, joten työaika ei voi jatkaa klinisen työn jälkeen koulutuksilla ja simulaatioharjoituksilla. Sairaalan toiminta pysähtyy, jos lääkärit ovat koulutuksessa ylilääkärit kuvaavat. Koulutusta on vaikea toteuttaa, koska sitä ei suunnitella työaikaan. Ylilääkärien mukaan esimerkiksi kirurgien leikkauspäivät ovat jo pitkälle sovittuja, joten koulutusten suunnittelu on hankalaa tai lähes mahdotonta.

Kohdeorganisaation ylihoitajien työn näkökulmasta vaihtuva henkilökunta on aina riski turvalliselle hoidolle. Vaihtuva henkilökunta edellyttää jatkuvaa perehdytystarvetta. Ylihoitajien ja ylilääkärien haastatteluaineistojen mukaan henkilöstön perehdyttämiseen

tarvittavaa resurssia ei ole välttämättä käytössä riittävästi. Perehdyttämistarpeen ennakointi on ylihoitajien mukaan hankalaa, koska toiminnot muutokset tulevat nykyisin nopeasti. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 16) linjaa, että turvallisen hoidon edellyttämä osaaminen pitää varmistaa. Lisäksi yllättävien tilanteiden varalle tulee olla menettelytavat, miten osaaminen varmistetaan kaikkina vuorokaudenaikoina ja potilaan hoitoon pitää olla asianmukaisesti koulutettu ja perehdytetty henkilökunta.

5.2.5 Prosessien epäselvyys

Johtamisen prosessien epäselvyyteen viitattiin monesti haastatteluaineistoissa. Ylihoitajien mukaan johtamisen ongelmia aiheuttivat lukuisat muutokset, joita ei oltu suunniteltu riittävästi etukäteen. Ylilääkärit kokivat ongelmallisena sen, että heidän työrooliinsa kuuluu osallistua lukuisiin kokouksiin ja työryhmiin, eivätkä he pitäneet niitä kaikkia välttämättöminä. Työaikaa menee runsaasti kokouksiin osallistumiseen, mutta heidän mielestään asioiden käsittely ei aina ole riittävän tehokasta tai kokouksiin osallistuminen ei välttämättä tuo lisäarvoa heidän johtamistyölleen. Seuraava lainaus ylilääkärien haastattelusta ilmentää kokoustyöskentelyn problematiikkaa:

Toisaalta meillä on ihan hirveesti erilaisia työryhmiä, joissa keskustellaan. Mä en tiedä onko ne väärinä tai niitä ei koeta että ne auttais sitä johtamista sitten kuitenkaan. Siinä on paljon päällekkäisyyttä vai mikä sen tekee, että niinku keskustelua kyllä on ja kokouksia aivan valtavasti. Minusta tuntuu, että on kokouksia, mutta ei keskustelua, ehkä että istutaan kyllä kokouksissa uutterasti, mutta että syntyis jotakin...

Kokousten päämäärä ei aina ole selkeä ja aikaa haluttaisiin käyttää enemmän käytännön kentällä. Kokouksiin nimetään sen takia, että siellä kuuluu olla ja monet päällekkäisyydet harmittivat. Kokouksikäytäntöihin liittyvä problematiikka herätti keskustelua. Erityisesti pohdittiin päätöksenteon hitautta, josta ylilääkärin lainaus:

Niin se on se ydinongelma, jonka mä olen huomannut aika monessa meidän työryhmässä. Tai johtoryhmässäkin välillä. Että pitäisi tehdä päätöksiä. Tietysti joskus on hyvä, että asioita vatvotaan moneen kertaan. Mutta se et mihin sitä aikaa käytetään ja toiseksi vielä, et kuka sitä aikaa käyttää siihen, et mitä täs nyt on esimerkiksi meidän talon johtoryhmä. Onks se nyt järkevää, että siinä on 25 ihmistä?

Ylilääkärit eivät aina osallistu kokouksiin, joihin heidät on nimetty, koska eivät koe osallistumistaan niihin hyödylliseksi. Ylilääkärien haastatteluaineistossa mainitaan, että ydin-



ongelmana kokoustyöskentelyssä on, että kokouksilla ei ole fokusta. Pitäisi tehdä enemmän päätöksiä ja miettiä, mihin olisi toiminnan kannalta järkevää osallistua ja mitkä asiat käsiteltäisiin vain ylimmässä johdossa ilman hoitotyön ja lääkärijohdon asiantuntijoita ylilääkärit pohtivat. Kokousajan järjestäminen edellyttää kahdesta kolmeen kuukauden perspektiivin, jotta esimerkiksi kirurgit voivat osallistua kokouksiin. Heillä poliklinikat ovat täynnä ja leikkauspäivät sovittuna pitkälle eteenpäin. Ylilääkärit ehdottavat ratkaisuksi sitä, että jos toiminnassa tulee esiin systemaattisia epäkohtia, tällöin ne voitaisiin nostaa esiin kaikkien yhteiseen keskusteluun.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan yhtenäisiin toimintatapoihin sitoutuminen helpottaisi johtamistyötä ja toisi selkeyttä päätöksentekoon. Tuli vaikutelma, että toimintaa suunnitellaan ilman ylihoitajien läsnäoloa eikä kaikilla ole sama tieto käytettävissä. Ylihoitaja kiteytti ongelman liittyen johtamisvastuihin:

Turvallisuusilmoituksia, menee moneen suuntaan. Et kuka niihin tarttuu tai kenen tehtävä se on? Et kun ne on usein tilanteet semmoisia et se vaatisi tavallaan sitä moniammatillista näkökulmaa. Et ei aina itsekään tiedä, että kuuluisiko minun tarttua vai kenen.

Ylihoitajien mukaan yhteisistä päämääristä sopimista hankaloittaa se, että jokaisella erikoisalalla on omat suunnitelmansa, miten päivät ja viikko-ohjelmat rakentuvat. Tällöin moniammatillista keskustelua ei pystytä järjestämään riittävästi. Tämä kuvaa toiminnan lokeroitumista, mitä myös aiemmin käsittelin alaluvussa 3.2 sairaalaorganisaation johtaminen. Ylihoitajien näkökulmasta hoitoprosessit ovat epäselviä tai niitä ei noudateta, vaikka ne olisi kuvattu. Kohdeorganisaatiossa on laatujärjestelmän käyttöönotto meneillään ja moni hoitoprosessi on jo kuvattu. Silti ylihoitajilla oli tunne, että toiminta on ajoittain suunnittelematonta, mikä vaikeuttaa potilaiden turvallisen hoidon varmistamista, koska muuttuviin rakenteisiin ei ehditä riittävästi varautua. Ylilääkärien mukaan erityisesti kriittisten prosessien tulee olla selkeitä eli jokaisen työntekijän pitää tietää, miten kriittisesti sairaan potilaan hoitoprosessi etenee.

Ylihoitajien mukaan potilasturvallisuusriskejä aiheuttivat potilaiden siirrot osastolta toiselle. Siirtotilanteiden prosessit ovat huonon tiedonkulun vuoksi epäselviä, mitä kuvaa ylihoitajan lausuma:

Se liittyy niihin toimintatapoihin ja prosesseihin ja epäselviin ohjeisiin ja yhtenäisten käytäntöjen puuttumiseen, ne nousee siellä haiprossa [vaaratapahtumien raportointi] aika hyvin, et on epäselvää, mikä asia kuuluu kenellekin. Silloin kun tulee just joku tällöinen siirtotilannekin.

Potilaiden siirtovaiheen prosessien pitäisi olla selkeitä, jotta liian huonokuntoisia potilaita ei siirrettäisi teho-osastolta vuodeosastoille ylihoitajat kuvaavat.

Ylihoitajien haastatteluaineistossa keskusteltiin vakavien potilasturvallisuusvaaratapahtumien käsittelyprosessista. Kohdeorganisaatioissa vakavat potilasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat selvitetään erillisen protokollan mukaan. Kaikille ylihoitajille ei ollut tiedossa, onko viime aikoina käsitelty potilaille sattuneita vakavia tapahtumia, mikä kuvaa myös tämän prosessin epäselvyyttä.

Potilaan hoidossa käytettävien lääkintälaitteiden huoltoprosessien epäselvyydestä ilmeni huoli ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan. Välinehuoltajia on vähennetty yksiköistä. Tästä syystä roolit ja vastuut laitteiden huollon ja kokoamisen osalta on osittain sopimatta. Ylilääkärien haastatteluaineistossa lääkintälaitteiden sijainti- ja huoltotietojen hallinnan todettiin olevan resurssiriippuvaista ja altis riskeille. Heidän mukaansa helposti käy niin, että vasta ulkopuolisen toimijan tekemän tarkastuksen myötä prosessi saadaan kuntoon.

Ylilääkärien haastatteluaineistosta ei voi päätellä, kuinka paljon he osallistuvat potilasturvallisuusvaaratapahtumien selvittelyyn, mutta tuli vaikutelma, että tämä tehtävä jää enimmäkseen ylihoitajien huolen aiheeksi. Ylihoitajat viittasivat läpi haastattelun vaaratapahtumien raportoinnin kautta saatuun tietoon potilasturvallisuuspoikkeamista. Ylilääkärien haastatteluaineistossa pohdittiin, ettei potilasturvallisuusvaaratapahtumien raportointi välttämättä auta riskien hahmottamisessa. Riskit tulevat yleensä tietoon vasta, kun ne realisoituvat.

Kohdeorganisaation potilasturvallisuusriskien hallinnan prosessi jäi haastatteluaineiston perusteella epäselväksi. Haastatteluaineistoissa riskienhallinnan käsitteistöä ei juurikaan käytetty ja sairaalan riskienhallinnan prosessi ei tullut selkeästi esille. Lainsäädäntöön tai riskienhallinnan oppaisiin ei viitattu aineistossa. Sujan ym. (2017, 1) ehdottavat, että terveydenhuoltoon tarvitaan enemmän sääntelyä ja yhteisiä malleja potilasturvallisuusriskien hallinnan tueksi. Kun taas Stavropoulou ym. (2015, 854) toteavat, että sääntely ei välttämättä johda syvälliseen organisaation oppimiseen ja poliittisen tason päätöksillä on vain vähän vaikutuksia käytännön tasolle. Sujan ym. (2017,8) perustelevat organisaatioiden sääntelyä sillä, että sen avulla olisi helpompi panostaa riskejä ennakkoivaan johtamiseen. Yhteinen riskienhallinnan viitekehys sisältäisi terveydenhuoltoon räätälöidyn riskienhallintamallin, jossa olisi määritelty hyväksyttävät riskitasot, opastettaisiin standardoitujen riskienhallintamenettelyjen käyttöön, sovittaisiin yhteisistä kan-



nustimista ja sen pitäisi myös kannustaa dokumentoimaan ja julkaisemaan tietoa organisaation turvallisuustilanteesta. Myös terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden tulisi saada ymmärrettävää tietoa organisaation turvallisuustilanteesta. Toiminnan läpinäkyvyys lisääisi ymmärrystä riskienhallintaan tarvittavista kustannuksista ja panostuksista. (Sujan ym. 2017,8.) Toisaalta Leistikow & Bal (2020, 872) toteavat, että terveydenhuollon johtajat tarvitsevat vapauden räätälöidä riskienhallinnan prosessit paikalliseen kontekstiin sopiviksi. Sääntelyn avulla pitäisi sen sijaan tukea organisaatioita luomaan mekanismeja ja rakenteita, joiden avulla voitaisiin paremmin mukautua terveydenhuollon muuttuviin olosuhteisiin. Kuten myös Amalbertin & Vincentin (2020, 62) mukaan riskienhallinnan strategioiden rinnalla tarvitaan myös jatkuvaa systeemin parantamistyötä, sillä sovitut standardit tai toimintatavat eivät välttämättä aina sovellu käytettäviksi kompleksisessa ympäristössä.

6 EMPIIRISTEN LÖYDÖSTEN YHTEYS TEORIAAN

Tässä luvussa tiivistän tutkimukseni tulokset vastaamaan tutkimuskysymyksiin sekä pohdin tulosten yhteyttä teoriaan. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset muotoutuivat uudelleen tulosten analysointivaiheessa ja tutkimuskysymysten määrä tiivistyi kahteen. Tutkimuskysymykset olivat: *Mitä on potilasturvallisuusriskien ennakointi erikoissairaanhoidossa kohdeorganisaatiossa?* ja *Mitä ongelmia on potilasturvallisuusriskien ennakoivassa johtamisessa kohdeorganisaatiossa?*

6.1 Potilasturvallisuusriskien ennakointi erikoissairaanhoidossa

Ryhmähaastatteluissa ylihoitajat ja ylilääkärit kuvasivat potilasturvallisuusriskejä, joita he olivat kohdanneet tai havainneet työssään. Potilasturvallisuusriskien ennakoinnin avuksi he eivät tuoneet esille yhteistä strategiaa tai viitekehystä. Kuten Amalberti & Vincent (2020, 61) toteavat, terveydenhuollossa on hyvin harvoin käytössä valmiita strategioita, joiden avulla voitaisiin ennakoida toistuvia potilasturvallisuusriskejä. Sen sijaan klinikoilla on suunnitellut ja kokemukseen perustuvat rutiinit, joiden avulla he selviytyvät vaihtelevassa ympäristössä. (Amalberti & Vincent, 2020, 61.) Erityisesti ylihoitajien aineistossa kuvattiin useita potilasturvallisuutta edistäviä menettelytapoja. Ylihoitajat puhuivat riskeistä käytännön esimerkein ja he havaitsivat riskejä vaaratapahtumien raportoinnin kautta tai henkilökunta toi niitä esille. Ylilääkärit työskentelevät myös käytännön työssä, jolloin he havainnoivat riskejä kliinisen työnsä kautta.

Briner ym. (2010); Anderson ym. (2012); Sujan ym. (2017); Simsekler ym. (2019a); Simsekler ym. (2019b) kuvaavat potilasturvallisuusriskien tunnistamisen avuksi kehitettyjä viitekehysjä. Verrattuna terveydenhuoltoon, muilla turvallisuuskriittisillä aloilla on kuitenkin enemmän kokemusta riskejä ennakoivien menettelytapojen käytöstä. (Simsekler ym. 2019a, 530.) Esimerkiksi ilmailussa proaktiivinen riskien tunnistaminen on jo sisäänrakennettu osaksi organisaatioiden turvallisuuskulttuuria. Tähän vaikuttaa se, että riskien tunnistamisprosessi muilla turvallisuuskriittisillä aloilla on hyvin määritelty ja kattava. (Simsekler ym. 2019a, 530-535.) Tämän tutkimuksen aineistossa ei tullut esille, että potilasturvallisuusriskien tunnistamiseen käytettäisiin systemaattisesti ennakoivia menettelytapoja. Tämä oletus vahvistaa Simseklerin ym. (2019a, 535) havaintoa, että ennakoivia menetelmiä ei tunneta riittävästi eikä käytetä laajasti terveydenhuollossa.



Kohdeorganisaatiossa potilasturvallisuusriskien tunnistaminen on osa arjen johtamistyötä, mikä ilmeni molempien haastatteluryhmien keskusteluissa. Keskustelu painotui johtamisen haasteisiin. Riskienhallinnan oppaiden (esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a) käyttämää käsitteistöä, kuten riskien arviointi tai riskianalyysit ei keskustelussa noussut esille. Sujanin ym. (2017, 8) mukaan riskienhallintaan liittyvien käsitteiden määrittely yhteisen ymmärryksen savuttamiseksi pitäisi integroida paremmin osaksi terveydenhuollon turvallisuusjohtamista. Potilasturvallisuuden sääntelyn täsmen-
täminen helpottaisi käytännön toimijoita yhtenäisten riskienhallintamenettelyjen käyttöönotossa. Hänen mukaansa potilasturvallisuusriskien hallinnan käytäntöjä pitäisi ohjeistaa säädösten avulla. Säädösten myötä organisaatioita voitaisiin velvoittaa tunnistamaan ja arvioimaan potilasturvallisuusriskejään. Lisäksi säädösten myötä voitaisiin standardoida riskienhallinnan menettelytapoja sekä luoda kannusteita riskienhallinnan menettelytapojen käyttöönottoon. (Sujan 2017, 8.) Tämän tutkimuksen haastatteluaineistoissa ei puhuttu säädöksistä ja niiden edellyttämistä toimista riskienhallinnassa. Haastatteluaineistossa näkyi, että terveydenhuollon säädökset Suomessa eivät anna selviä keinoja tai viitekehystä potilasturvallisuusriskien hallintaan eikä riskien ennakointiin.

Tämän tutkimuksen aineistossa ylihoitajat kuvasivat laajasti hoitotyön johtamisen käytäntöjä potilasturvallisuusriskien hallitsemiseksi. He keskustelivat ylilääkäreitä vapaammin ja kertoivat avoimemmin potilasturvallisuusriskien ennakoinnin käytännöistä kohdeorganisaatiossa. Haastatteluaineistosta ei käynyt ilmi, arvioidaanko potilasturvallisuusriskejä systemaattisesti. Kuitenkin aineistossa kuvattiin potilasturvallisuusriskien käsitteilyä sairaanhoitopiirin ylimmässä johtoryhmässä, jos riski katsotaan riittävän suureksi.

Ylilääkärit työskentelevät johtotehtäviensä lisäksi käytännön työssä, jolloin he saavat tietoonsa potilasturvallisuusriskejä omien havaintojen ja kokemuksensa kautta eivätkä niinkään vaaratapahtumien raportoinnin kautta kuten ylihoitajat. Waring & Currie (2009, 772) toteavat, että vaaratapahtumien raportointi ja niiden avulla tehtävät riskianalyysit antavat tietoa kliinisen työn laadusta ylemmälle johdolle. Simsekler ym. (2019a, 530) havaitsivat kuitenkin terveydenhuollon riskien tunnistamismenetelmissä heikkouksia. Riskien tunnistamisen menettelytapoja ei ole helppo implementoida käytäntöön ja riskejä ei ole helppoa tunnistaa kompleksisessa sairaalaympäristössä. Waringin & Currien (2009, 755) mukaan lääkärijohto ei omaksu riskienhallinnan käytäntöjä, jos ne tulevat annettuina esimerkiksi riskienhallinnan ammattilaisilta. Riskienhallinnan pitää olla osa käytännön työn johtamista. (Waring & Currie 2009, 755.) Mikä saa vahvistusta Leistikowin & Balin

(2020) sekä Amalbertin & Vincentin (2020) tutkimuksista, joissa potilasturvallisuusriskien hallintaa kuvataan osana käytännön johtamistyötä. Johtamistyössä on oleellista ymmärtää sairaalan toiminnan kompleksisuus ja omata kyky mukautua muuttuviin olosuhteisiin. Havainto on yhtenevä tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Tämän tutkimuksen tuloksissa potilasturvallisuusriskien ennakointi on ylihoitajien ja ylilääkärien kuvaamana osaamisen varmistamista, vaikutusten arviointia, yhteiskehittämistä, prosessien kehittämistä ja organisaation oppimista. Näistä osaamisen varmistaminen oli molempien haastatteluryhmien mielestä keskeisintä potilasturvallisuusriskien ennakoinnin näkökulmasta. Kohdeorganisaatiossa osaamisen varmistaminen erityisesti uusien työntekijöiden perehdyttämisessä on avainasemassa. Ylihoitajien mukaan perehdyttämistarpeen ennakointi on osaamisen varmistamisen ydinasia. Ylilääkärit korostivat, että erityisesti päivystävien lääkärin perehdyttäminen ja osaamisen ylläpito kaikilla erikoisaloilla ovat hoidon laadun varmistamisen kannalta kaikkein tärkeintä. Simulaatioharjoitukset ovat keskeinen keino kouluttaa ja ylläpitää kliinistä osaamista.

Vaikutusten arviointi keinona ennakoida potilasturvallisuusriskejä korostui erityisesti ylihoitajien haastatteluaineistossa. Heidän mukaansa organisaatiossa tulisi ennakoiden arvioida päätösten vaikutuksia niin potilaan kuin toiminnan kannalta. Erityisesti tiedolla johtamista pitäisi lisätä ylihoitajien mukaan. Myös muutostilanteissa muutoksen vaikutusten arvioinnissa on ylihoitajien mielestä kehitettävää. Sairaalan toimintaa tulisi miettiä kokonaisuutena, mitkä ovat syy-seuraussuhteet ja ovatko tehdyt johtamistoimet olleet oikeita.

Kohdeorganisaatiossa eri työntekijöiden välinen yhteiskehittäminen mahdollistaa potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen onnistumisen. Sairaalan johtamisjärjestelmä, jossa eri erikoisalajat muodostavat yhteisen sairaanhoidon toimialueen, tukee asioiden yhteistä käsittelyä. Sairaanhoidon toimialueen kokouksiin osallistuu ylihoitajista vain yksi, mikä saattaa vaikuttaa siihen, että ylihoitajat kokivat olevansa jossain määrin ulkona päätöksenteosta. Tutkimusaineistossa ei ilmennyt kuitenkaan yhteistyövaikeuksia toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppanin kanssa. Saman havainnon teki myös Virtanen (2010, 158) tutkiessaan erikoissairaanhoidon johtamista. Hänen tutkimuksessaan hoitaja- tai lääkärijohtajat eivät maininneet yhteistyövaikeuksista toiseen ammattikuntaan kuuluvan yhteistyökumppanin kanssa.

Kohdeorganisaatiossa potilasturvallisuusriskien arviointiin ei aineiston mukaan oltu käytetty erityisiä arviointimenetelmiä. Varsinkin ylihoitajien aineistossa keskusteltiin yk-



siköissä käytössä olevista potilasturvallisuutta edistävästä menettelytavoista, mutta ei riskien arvioinnista. Tästä voidaan päätellä, että ylihoitajat edistävät näyttöön perustuvien menettelytapojen käyttöönottoa potilaiden turvallisen hoidon varmistamiseksi, sillä vaikuttavia menetelmiä on otettu käyttöön kohdeorganisaatiossa. Haastatteluaineistosta ei ilmene, miten näiden menetelmien käyttöönottoprosessi on tapahtunut. Tutkimuksen aineistoissa kuitenkin ylihoitajat ja ylilääkärit korostivat niin hoito- kuin johtamisen prosessien kehittämisen ja selkeyttämisen tärkeyttä. Menetelmien käyttöönotto ei tämän tutkimuksen tulosten mukaan perustu riskienarviointiin, vaan käytännön työn jatkuvaan parantamiseen ja kehittämiseen.

Anderson ym. (2012) selvittivät kirurgisten vuodeosastojen kriittisiä hoitoprosesseja sekä analysoivat proaktiivisen riskienarviointityökalun avulla tunnistettuja potilasturvallisuusriskejä. Heidän tulostensa perusteella annettiin suosituksia muun muassa henkilökunnan koulutuksen parantamiseen, suoritusten seurantaan, prosessien selkeyttämiseen ja standardointiin. Nämä löydökset ovat osittain yhteneviä kohdeorganisaation löydösten kanssa, sillä prosessien selkeyttämisellä ja henkilökunnan kyvykkyyden lisäämisellä voidaan parantaa potilasturvallisuusriskien hallintaa. Kyseisessä tutkimuksessa suositeltiin samojen potilasturvallisuutta edistävien, potilaan tilaa varmistavien menettelytapojen käyttöönottoa, kuin tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa oli käytössä. Esimerkiksi ylihoitajat kuvasivat potilaan tilan ennakoinnissa käytettävää NEWS-pisteystystä (alaluku 4.1.2). Sekä ylihoitajat että ylilääkärit keskustelivat tarkistuslistojen käytöstä kohdeorganisaatiossa. Niitä käytetään kriittisissä toiminnoissa esimerkiksi leikkaussalissa varmistamaan potilasturvallisuutta. Standardoidun tarkistuslistan avulla varmistetaan potilaan hoidon eteneminen sovitun protokollan mukaisesti, jolloin virhemahdollisuudet, kuten unohdukset, pyritään minimoimaan. Leikkaussalin tarkistuslista on pilotoitu, arvioitu ja otettu käyttöön laajasti kansainvälisesti. (Donaldson 2021, 61.)

Kohdeorganisaatiossa potilailta saatujen palautteiden perusteella kehitetään toimintaa ja pyritään oppimaan omista virheistä. Potilailta saatu palaute käsitellään kohdeorganisaatiossa jopa tarkemmin kuin henkilökunnalta tulleet kehittämissuositukset. Simsekler ym. (2018, 1066) ehdottavat, että potilasturvallisuusriskien hallinnassa tulisi käyttää enemmän potilailta saatua palautetta hyväksi. Potilaan paras on läsnä johtajan toimintakentässä sairaalassa myös Virtasen (2010, 204) havaintojen mukaan, sillä se on sairaalaorganisaation legitimoiva ydinarvo. Lawtonin (2018, 660) tutkimuksen mukaan potilasturvallisuuden edistämiseksi pitää huomioida paremmin potilaiden ääni. Tämän tutki-

muksen haastatteluaineistossa molemmat haastatteluryhmät mainitsivat potilaan näkökulman huomioimisen tärkeyden kaikissa hoidon vaiheissa. Myös Sheridanin ym. (2021, 78) mukaan potilasturvallisuuden edistämisen keskiössä on potilaan kanssa tehtävä yhteiskehittäminen, jota viitoittaa pyrkimys potilaan kannalta mahdollisimman turvallisiin käytäntöihin.

6.2 Potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen ongelmat

Tämän tutkimuksen aineistossa painottui potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen ongelmat. Tämä saattaa osaltaan johtua siitä, että ongelmista kysyttiin ryhmähaastatteluissa. Aineiston perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että potilasturvallisuusriskien hallinta on monimutkainen ongelma. Samaan päätelmän tekivät myös Amalberti & Vincent (2020, 62), sillä terveydenhuollon johtaminen jatkuvasti kehittyvässä ja kompleksisessa ympäristössä on vaativaa. Heidän mukaansa terveydenhuollon systeeminen parantaminen ei pelkästään riitä takaamaan turvallista ja riskitöntä hoitoa potilaille. Sen sijaan tulisi johdonmukaisesti kehittää sekä ottaa käyttöön sellaisia riskienhallintakeinoja, joiden avulla pystytään hallitsemaan yllättäviä tilanteita. Yllättävillä tilanteilla he tarkoittavat sellaisia tapahtumia, joita ei pystytä hallitsemaan toimimalla normaaliin toimintaan sovitujen ohjeiden ja standardien mukaan. Potilasturvallisuusriskien hallinnassa tulisi keskittyä oletettavissa olevien ongelmien ja riskien poistamiseen. Näitä ovat esimerkiksi vuodeosastojen ruuhkautuminen ja henkilökunnan sekä välineistön riittävyys. (Amalberti & Vincent 2020, 61.)

Kohdeorganisaation aineistossa ilmeni, että toiminnan yllätyksellisyys, toiminnan vaihtelu sekä osaamisen varmistamisen ongelmat aiheuttavat potilasturvallisuusriskejä. Nämä tekijät ilmentävät sairaalan toiminnan monimutkaisuutta. Nämä löydökset ovat yhteneviä Amalberti & Vincentin (2020, 61) löydösten kanssa ja he ehdottavat potilasturvallisuusriskien hallitsemiseksi eri tasoilla toimivien johtajien sitouttamista riskienhallintaan sekä johtamistoimia erityisesti silloin, kun kyseessä suuri tai koko organisaation toimintaan vaikuttava riski. Braithwaiten ym. (2020, 380) mukaan terveydenhuollon potilasturvallisuutta edistetään parhaiten antamalla johtajille tilaa johtaa ja käyttää omaa harkintaansa ja ammattitaitoaan ongelmien ratkaisemiseksi sen sijaan, että rutiininomaisesti noudatettaisiin ylhäältä määrättyjä ohjeita.

Ylihoitajien mukaan sairaalan toimintojen monimutkaisuus näyttäytyy muun muassa potilasvirtojen vaihteluna, mikä vaikeuttaa hoitotyön resurssisuunnittelua. Potilasturval-



lisuusriskien ennakkointia hankaloitti ylihoitajien mukaan erityisesti toiminalliset muutokset, joita tehdään heitä kuulematta sairaalan ylimmässä johtoryhmässä, jolloin hoitotyön näkökulmaa ei välttämättä tule huomioiduksi. Kohdeorganisaatiossa oli tehty paljon resurssisuunnitteluun ja potilashoittoon vaikuttavia muutoksia pienen ajan sisällä ja yksiköitä oli yhdistely sekä suljettu. Tuli vaikutelma, että ylihoitajat ovat sivussa päätöksenteon ytimestä, koska he kuvaustensa perusteella eivät voineet vaikuttaa tehtyihin muutoksiin. Tällöin he eivät myöskään voineet varautua muutosten mukanaan tuomiin riskeihin ennakoita. Ylihoitajien aineiston mukaan erityisesti näissä muutostilanteissa olisi pitänyt suorittaa vaikutusten arviointia, miten muutos vaikuttaa hoitotyön resursointiin ja työntekijöiden perehdyttämiseen. Pedersenin (2016, 1191) mukaan sairaalan toiminnot altistuvat potilasturvallisuusriskeille, jos organisaatiolla ei ole kykyä adaptoitua muutokseen. Esimerkiksi sairaaloiden päivystyksissä ollaan sopeuduttu toimimaan vaikeissa, vaihtelevissa ja ennustamattomissa tilanteissa, joissa luovuus, joustavuus ja mukautuminen ovat arkipäivää. Tällöin terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen, koulutus ja kokemus ovat avainroolissa varmistamassa potilasturvallisuutta. (Pedersen 2016, 1191.) Kohdeorganisaation ylihoitajat ja ylilääkärit pitivät osaamisen varmistamista ja perehdyttämistä tärkeimpinä tehtävinä potilasturvallisuusriskien ennakoinnissa.

Osaamisen varmistamisen ongelmat ja ajanpuute haittasivat merkittävästi potilasturvallisuusriskien ennakointia johtamista erityisesti ylilääkäreiden johtamistyössä. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017, 15) mukaan osaava henkilöstö varmistaa turvalliset palvelut. Potilasturvallisuus perustuu ammattilaisten osaamiseen ja heidän kykyynsä toimia muuttuvissa olosuhteissa ja johtajien vastuulla on varmistaa riittävät voimavarat. Kohdeorganisaatiossa myös ylihoitajien työn näkökulmasta katsottuna vaihtuva henkilökunta on riski turvalliselle hoidolle. Vaihtuva henkilökunta edellyttää jatkuvaa perehdytystarvetta, jotta riittävä osaaminen voidaan varmistaa.

Ylihoitajien haastatteluaineiston mukaan potilasturvallisuusriskejä ennakointiin yhteisiin toimintatapoihin sitoutuminen helpottaisi johtamistyötä ja toisi selkeyttä päätöksentekoon. Ylihoitajat kuvasivat, että sairaalan toimintaa suunnitellaan ilman ylihoitajien läsnäoloa eikä kaikilla ole sama tieto käytettävissä. Johtamisen prosessien epäselvyyteen viitattiin monesti sekä ylihoitajien että ylilääkäreiden haastatteluaineistoissa. Parand ym. (2014, 5) havaitsivat, että sairaalan ylemmän johdon sitoutuminen potilasturvallisuuden edistämiseen on yhteydessä sairaalan potilasturvallisuuden tasoon ja prosessien turvallisuuteen. Hänen havaintojensa mukaansa ylempi johto ei kuitenkaan käytä riittävästi aikaa

hoitoprosessien kehittämiseen. Waring & Currie (2009, 755) esittävät keinoja lääkärijohdon sitouttamiseen riskienhallintatyöhön. Kun riskienhallinnan ammattilaiset huomioivat lääkärijohdon näkemykset ja kehittämistyö tehdään yhdessä, kunkin ammattiryhmän työn erityispiirteet huomioiden, riskienhallinnan käytännöt on helpompi saattaa käytäntöön. Samoin Leistikow & Bal (2020, 872) ehdottavat, että terveydenhuollon ammattilaisille annetaan mahdollisuus vaikuttaa turvallisuussuunnitteluun, jolloin paikalliset erityispiirteet voidaan ottaa paremmin huomioon. Valmiiksi annetut ohjeet ja kontrollointi eivät johda onnistumisiin, sillä uusien käytäntöjen käyttöönotto edellyttää kontekstin ja yksikökohtaisten olosuhteiden huomioimista (Waring & Currie 2009, 775). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ylilääkäreillä on kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon ja potilasturvallisuutta ennakoivien menettelytapojen käyttöönottoon. Ongelmana oli ajanpuute, sillä ylilääkäreillä ei ole työaikaan suunniteltu kehittämistyötä.

Sujan ym. (2017, 9) ehdottavat, että terveydenhuollon organisaatioiden tulisi pyrkiä ymmärtämään riskejään proaktiivisesti ja luoda systemaattisia keinoja riskienhallintaan. Oleellista olisi selvittää riskienhallinnan tilanne koko organisaatiossa sekä kuvata riskienhallinnan vastuut muun muassa riskien suuruuden arvioinnin osalta. Riskien kontrollointikeinojen valinnan tulisi perustua empiirisiin löydöksiin ja teoriaan, eikä muilta aloilta kopioituihin malleihin. Monimutkaisemmat prosessit edellyttävät suurempaa adaptiivisuutta johtamiselta kuin vähemmän vaihtelua sisältävät prosessit. (Sujan ym. 2017, 9.)

Liberati ym. (2018, 42-43) suhtautuvat kriittisesti muilta korkean riskin aloilta kopioituihin riskienhallintamenettelyihin. Terveydenhuollon kompleksiset organisaatiot, yksilöiden suuri vaikutus toiminnan onnistumiseen sekä osaamisen ja tiedon tasot ovat kriittisiä tekijöitä terveydenhuollossa ja vaikuttavat kaikkeen toimintaan. Muilta aloilta suoraan kopioidut riskienhallintakeinot saattavat olla tehottomia tai jopa haitallisia. Terveydenhuollon toiminnan erityispiirteet sekä kontekstin yksilölliset ilmiöt pitää ottaa huomioon.

Tämän tutkimuksen haastatellut ylihoitajat ja ylilääkärit edustavat monia eri sairaalan erikoisaloja, joten heidän johtamien vastuualueiden toiminnassa on toisistaan eroavia piirteitä, jolloin myös riskit eroavat toisistaan. Tällöin samanlaiset riskienhallintakeinot eivät sovellu esimerkiksi psykiatrian ja kirurgian erikoisaloille. Saman havainnon tekivät myös Manser ym. (2016, 36) ja huomasivat selviä eroja riskienhallinnan toteutuksessa erilaisten yksiköiden, kuten psykiatrian ja kuntoutusyksiköiden välillä, sillä yksiköiden riskiprofiili on erilainen. Myös tämän tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että yhteisistä päämääristä sopiminen on hankalaa johtuen työn rakenteen erilaisuuksista.



Pedersenin (2016, 1180) mukaan ei ole konsensusta siitä, mikä on paras tapa edistää potilasturvallisuutta ja hallita potilasturvallisuusriskejä. Pitääkö standardoida toimintoja vai edistää työntekijöiden ja organisaation kykyä mukautua muuttuviin olosuhteisiin. Monimutkaiseen ongelmaan ei ole vain yhtä ratkaisua, jolloin standardointi ei aina sovellu menetelmäksi. Toisaalta sairaalassa on toimintoja, jotka ovat niin kriittisiä ja monipolkuisia, jolloin toimintatapojen vakionnilla saavutetaan parempi turvallisuuden tila. Toisaalta toimintojen standardointi voi luoda jäykän systeemin, joka ei pysty mukautumaan muutoksiin. (Pedersen 2016, 1187.) Myös Amalberti & Vincent (2020) ja Leistikow & Bal (2020) esittivät samat päätelmät.

7 YHTEENVETO

7.1 Johtopäätökset

Tässä alaluvussa kokoan analysoidusta tutkimusaineistosta tiiviin yhteenvedon ja arvioin tutkimukselle asetettujen tavoitteiden toteutumista. Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella tutkimuskysymysten: *Mitä on potilasturvallisuusriskien ennakointi erikoissairaanhoidossa kohdeorganisaatiossa?* ja *Mitä ongelmia on potilasturvallisuusriskien ennakoivassa johtamisessa kohdeorganisaatiossa?* avulla ylihoitajien ja ylilääkärien käsityksiä potilasturvallisuusriskien ennakoivasta johtamisesta sairaalassa. Tutkimuksessa selvitetiin sairaalan ylimmän hoitotyön ja lääketieteen johdon eli ylilääkärien ja ylihoitajien ryhmähaastattelujen avulla potilasturvallisuusriskien ennakoivan johtamisen käytäntöjä. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä olivat potilasturvallisuusriskien johtaminen ja ennakoiva riskienhallinta.

Tutkimuksen kohteena olevan sairaalan ylilääkärit ja ylihoitajat kuvaavat potilasturvallisuusriskien hallintaa käytännön työn näkökulmasta. He eivät tuoneet esille riskienhallinnan teoreettisia viitekehyksiä tai riskienhallinnan oppaiden ja ohjeiden käsitteistöä. Simseklerin ym. (2019a, 533) mukaan systemaattisia malleja potilasturvallisuusriskien ennakoimiseen on muutamia, mutta ne eivät ole helppoja käyttää eivätkä ole yleisesti käytössä. Lisäksi näitä malleja ei ole riittävästi validoitu, mihin kontekstiin ne sopivat parhaiten.

Ryhmähaastattelujen pohjalta kerätystä aineistosta on ymmärrettävissä, että potilasturvallisuusriskien ennakointiin ei ole sovittu yhteistä strategiaa, mikä on Amalbertin & Vincentin (2020, 61) mukaan tyypillistä terveydenhuollon organisaatioissa aikaisempien tutkimusten perusteella. Tämän tutkimuksen mukaan potilasturvallisuusriskien ennakoinnin lähtökohtana tulee olla arjen työn haasteiden ja kontekstin ymmärtäminen. Pitää ymmärtää, miten potilaan hoito rakentuu eri ammattilaisten kesken. Riskienhallinnan menettelytapojen pitää soveltua sairaalan kontekstiin huomioiden potilaan hoitoon käytännössä osallistuvien työntekijöiden näkökulman. Keskeistä ovat toimivat ja yhteisesti sovitut prosessit sekä osaava ja hyvin perehdytetty henkilökunta. Potilasturvallisuusriskien hallinnassa tulisi keskittyä oletettavissa olevien ongelmien ja riskien poistamiseen, kuten vuodeosastojen ruuhkautumiseen tai henkilökunnan sekä välineistön riittävyyden varmistamiseen. (Amalberti & Vincent 2020, 61.) Mitä tämän tutkimuksen tulokset myös tukevat.



Prosessien epäselvyys heijastui potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen käytäntöihin, sillä ylilääkärin ja ylihoitajien näkemykset potilasturvallisuusriskien ennakoinnista osittain erosivat toisistaan. Etenkin ylihoitajien näkökulmasta toiminnan suunnittelemattomuus ja vastuiden epäselvyys heijastuivat heidän työhönsä. Sairaalan toiminnan vaihtelu ja monimutkaisuus asettavat jatkuvan haasteen johtamistyölle. Myös saatavilla olevan tiedon hyödyntämisen ongelmat haittaavat potilasturvallisuusriskien ennakoointia.

Tämän tutkimuksen mukaan potilasturvallisuusriskien hallintakeinojen kehittäminen vie aikaa ja resursseja ja edellyttää oman hierarkiensa. Potilasturvallisuusriskien ennakoinnin hankaluus piilee siinä, että sairaalan kontekstiin helposti implementoitava viitekehys puuttuu. Potilasturvallisuusriskien ennakoinnin keinoja kuvattiin niin systeemi-analyttisestä näkökulmasta kuin henkilökunnan mukautumiskykyä korostavien käytäntöjen kautta. Haastateltujen näkemyksen mukaan johtamisessa on osittain omaksuttu ajattelu, jossa vaaratapahtumista voidaan oppia ja onnistumisia pitää tukea.

Sairaalan toimintaympäristö on hyvin heterogeeninen. Sairaalaorganisaatio koostuu monista eri erikoisaloista, joiden prosessit edellyttävät erilaista lähestymistapaa ja johtamista. Monimutkaisemmat prosessit edellyttävät suurempaa adaptiivisuutta johtamiselta kuin vähemmän vaihtelua sisältävät prosessit.

Kokoavana yhteenvetona ja vastauksena tutkimuskysymyksiin voidaan todeta, että potilasturvallisuusriskejä ennakoiva johtaminen on osa ylihoitajien ja ylilääkärin arjen johtamistyötä ja osa joka päiväistä toiminnan kehittämistä. Potilasturvallisuutta edistäviä menettelytapoja on otettu käyttöön kohdeorganisaatiossa, vaikka potilasturvallisuusriskien ennakoivaan johtamiseen ei ole yhteistä strategiaa. Potilasturvallisuusriskien ennakoointiin ei tämän tutkimuksen mukaan käytetty systemaattisesti riskienhallinnan kontrolloikeinoja, kuten riskien arviointia tai riskianalyysyjä. Tuloksista ilmeni, että potilasturvallisuusriskien hallinta on monimutkainen ongelma johtuen toiminnan kompleksisuudesta. Mahdollisesti potilasturvallisuusriskejä ennakoivien toimintatapojen implementoinnin vaikeus piilee siinä, että terveydenhuollossa on pyritty liiaksi kopioimaan riskienhallinnan menettelytapoja muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta, eivätkä ne suoraan ole kopioitavissa monimutkaiseen sairaalan kontekstiin. Riskienhallinnan menettelytapojen pitää soveltua sairaalan kontekstiin huomioiden käytännön työn näkökulman. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että aikaisempien tutkimusten mukaan ei ole konsensusta siitä, mikä on paras tapa hallita ja ennakoida potilasturvallisuusriskejä.

7.2 Tutkimuksen arviointi

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin avulla pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 144). Tutkijalta edellytetään aitoa kiinnostusta uuden tiedon hankkimiseen tutkimuskohteesta. Hyvien tieteellisten menettelytapojen noudattaminen takaa tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden. (Kuula 2015, 30, 34.) Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty asianmukaisesti ja analysoitu huolellisesti. Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkielman teon eri vaiheet tarkasti ja perustellut valintani luotettavuuden lisäämiseksi. Tutkimuksen kohteena olevasta organisaatiosta haettiin tutkimuslupa.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analyysivaihetta ja luotettavuuden arviointia ei voi erottaa tosistaan kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Puusa & Julkunen 2020, 179-180). Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut potilasturvallisuusriskien ennakoivaa johtamista ja olen pyrkinyt lisäämään ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Tässä tutkimuksessa on käytetty ryhmähaastattelua aineiston hankintamenetelmänä. Se tarjoaa mahdollisuuden autenttiseen vuorovaikutukseen tutkimukseen osallistuvien tiedonantajien ja tutkijan välillä.

Tässä tutkimuksessa on luotettavuuden varmistamiseksi empiirisissä kuvaksissa tiedonantajien lausumia tukemassa tekstiä. Tämän tutkimuksen tuloksissa löytyy yhtenevyyttä aikaisemman tutkimuksen kanssa ja olen tehnyt johtopäätelmiä suhteessa niihin. Olen käyttänyt laadullisen tutkimuksen mahdollisuutta liikkua vapaasti aineiston analyysin, tehtyjen tulkintojen ja tutkimustekstin välillä. Tutkimuksessani empiria ja teoria kulkevat jatkuvasti rinnakkain, sillä raportoinnissa ei ole erillistä teoriaosuutta, vaan teksti etenee empirian ja teorian vuoropuheluna kohti tulosten lopullista muodostamista. Tulosten kirjoittamisvaiheessa suoritin vielä tarkentavan puhelinhaastattelun yhdelle tiedonantajalle vahvistaakseni omaa käsitystäni tutkimusaineistosta.

Laadullisen aineiston analyysissä toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan tulkinnaan. Tulokset eivät siten ole toisen tutkijan vahvistettavissa, jos esimerkiksi hänen kokemuksensa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on erilainen. Laadullisen aineiston analyysissä korostuu tutkijan oma tulkinta, joten tutkimuksen reliaabeliutta ei välttämättä pystytä osoittamaan saavuttamalla sama tulos toisen tutkijan toimesta. Potilasturvallisuusriskien ennakoivasta johtamisesta tarvitaan lisää tutkimusta, jotta tämän tutkimukset tulokset saisivat vahvistusta.



Luotettavuuden arvioinnissa pitää pohtia myös tutkimuksen eettisyyttä (Puusa & Juuti 2020, 175). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen peruslähtökohtana on tutkittavien henkilöiden luottamus tutkijaan ja tieteeseen. Tämä luottamus säilyy vain, jos tutkija toimii eettisten periaatteiden mukaisesti. (Puusa & Julkunen 2020, 197.)

Tämän tutkimuksen tulokset eivät palvele vain pientä intressiryhmää, vaan potilasturvallisuusriskien ennakointi ja hallinta ovat potilasturvallisuuden edistämisen keskiössä ja koskevat laajaa sairaalakontekstia. Tiedon tuottaminen riskien ennakoinnin ongelmista auttaa kehittämään sairaalan potilasturvallisuuden edistämisen käytäntöjä ja johtamista. Tämän tutkimuksen tulokset lisäävät ymmärrystä siitä, mihin asioihin tulee potilasturvallisuusriskien ennakoivassa johtamisessa kiinnittää huomiota. Tutkijana pyrin olemaan mahdollisimman tietoinen omista valinnoistani, jotta oma työkokemukseni tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa ei vaikuttaisi tulkintoihin. Pyrin refleктоimaan haastatteluaineistoa aikaisemman tutkimuksen kautta ja pyrin pitämään omat oletukseni takaa-alalla.

Tulokset eivät välttämättä ole siirrettävissä toiseen kontekstiin, sillä terveydenhuollon toiminta on kontekstisidonnaista. Tällöin tulkinta ei voi olla irrallaan siitä sosiaalisesta ympäristöstä, josta aineisto on kerätty. Tämä ei poissulje sitä mahdollisuutta, että potilasturvallisuusriskien ennakoivan johtamisen käytännöt ovat yhtenevät toisessa sairaalassa tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat aikaisempien tutkimusten löydöksiä siitä, että potilasturvallisuusriskien hallinta on sairaalan kompleksisen ja muuttuvan ympäristön vuoksi erittäin haastava tehtävä.

Tämän tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen muodostivat potilasturvallisuusriskien johtaminen ja ennakoiva riskienhallinta. Viitekehys osoittautui moniulotteiseksi. Sairaalan johtamisen toimintakenttä on laaja. Lisäksi potilasturvallisuuteen liittyy koko potilaan hoitoprosessi sekä periaatteet ja toiminnot, joiden avulla hoidon turvallisuus varmistetaan. Näiden tekijöiden vuoksi tutkielman kirjoittaminen jäsentyneeksi kokonaisuudeksi edellytti tiukkaa kontrollia siinä, kuinka paljon teoreettista taustaa oli järkevää kirjoittaa tekstiin.

7.3 Tutkimuksen merkityksen arviointi

Tutkimuksen merkityksen arvioinnin tarkoituksena on pohtia tutkimuksen merkitystä sekä yleisen tieteenalan teoreettisen sisällön että kohdeorganisaation ja muiden vastaavien organisaatioiden näkökulmasta. Tämän tutkielman merkitys kohteena olevan sairaalaorganisaation näkökulmasta tiivistyy luvussa 6, jossa pohdin empiiristen löydösten yhteyttä teoriaan ja vastaan tutkimuskysymyksiin.

Potilasturvallisuusriskien ennakoiva johtaminen näyttäytyy ylihoitajien ja ylilääkäreiden näkökulmasta erilaiselta kuin mitä riskienhallinnan teoria painottaa. Kuitenkin aikaisemmat tutkimukset potilasturvallisuusriskien ennakoivasta johtamisesta vahvistavat tämän tutkimuksen löydöksiä siinä, että riskien tunnistamisen ja arvioinnin työkaluja ei tunneta hyvin sairaalassa. Tämän tiedon avulla on mahdollista kohdentaa ja jatkaa potilasturvallisuusriskien johtamisen tutkimusta muiden vastaavien organisaatioiden osalta. Tämän tutkielma vahvistaa sitä käsitystä, että sairaalaorganisaatioiden potilasturvallisuusriskien hallinta on monimutkainen tehtävä. Sairaalaorganisaation potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen haasteet saivat tukea tutkimusaineistosta. Tutkielman rooli voidaan nähdä Suomessa tien avauksena potilasturvallisuusriskien ennakoivan johtamisen tutkimuksen merkitystä korostavaksi.

7.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Sairaalan potilasturvallisuuden riskienhallinta on monimutkaisen toimintaympäristön vuoksi vaikeasti hallittava kokonaisuus, joten potilasturvallisuusriskejä ennakoivaan johtamiseen tulisi panostaa sekä lisätä tutkimusta aiheesta. Tämän tutkimuksen mukaan sairaalassa pitää olla kyky mukautua muuttuviin olosuhteisiin. Osaan toiminnoista sopii standardoitu toimintamalli. Mutta toiminnoissa, joissa tapahtuu suurta vaihtelua, kuten päivystyksissä, adaptiivinen toimintatapa edistää paremmin potilasturvallisuutta. Tutkimuksen avulla voitaisiin selvittää, missä toiminnoissa systemaattinen toimintatapa edistää potilasturvallisuutta ja toisaalta estääkö mukautumiskyky potilasturvallisuusvaaratapahtumia. Lisäksi olisi kiinnostavaa tutkia, missä määrin henkilöstön turvallisuusosaaminen ja kyvykyys edistävät potilasturvallisuutta. On myös oleellista selvittää, mihin potilasturvallisuuden riskienhallinnassa tulee voimavarat kohdentaa, sillä käytännön arjessa resurssien oikea kohdentaminen mahdollistaa kehittämistyön onnistumisen. Monimutkaisten viitekehysten käyttöönotto tai sääntelyn lisääminen ei aina ole oikea tie hyvään lopputulokseen, koska ne voivat monimutkaistaa entisestään käytännön johtamistyötä. Pitäisi olla enemmän tietoa siitä, pitääkö potilasturvallisuuden tilaan puuttua säädösten avulla vai onko tähän ylipäättään tarvetta.



LÄHTEET

- Anderson, O. – Brodie, A. – Vincent, C.A. – Hanna G.B. (2012) A systematic proactive assessment of hazards in surgical wards. *Annals of Surgery*, Vol. 255 (6), 1086–1092.
- Arthur, Jay (2016) *Lean Six Sigma for hospitals. Improving patient safety, patient flow and the bottom line*. McGraw-Hill Education, New York.
- Aven, Terje (2011) On the new ISO guide on risk management terminology. *Reliability Engineering and System Safety*, (96), 719–726.
- Aven, Terje (2012) The risk concept – historical and recent development trends. *Reliability Engineering and System Safety*, (99), 33–44.
- Bowers, L. – James, K. – Quirk, A. – Simpson, A. – Stewart, D. – Hodsoll, J. (2015) Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safe-wards cluster Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, (52), 1412–1422.
- Braithwaite, J. – Wears, R.L. – Hollnagel, E. (2015) Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 27 (5), 418–420.
- Braithwaite, J. – Ellis, L.A. – Churruca, K. – Long, J.C. – Hibbert, P. – Clay-Williams, R. (2021) Complexity science as a frame for understanding the management and delivery of high quality and safer care. Teoksessa: *Textbook of patient safety and clinical risk management*, toim. Donaldson, L. – Ricciardi, W. – Sheridan, S. – Tartaglia, R, 375–391. Springer open access, Cham.
- Briner, M. – Kessler, O. – Pfeiffer, Y. – Wehner, T. – Manser, T. (2010) Assessing hospitals' clinical risk management: development of a monitoring instrument. *BMC Health Services Research*, Vol. 10 (337), 1–11.
- Briner, M. – Manser, T. (2013) Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Services Research*, Vol. 13 (44), 1–11.
- Briner, M. – Manser, T. – Kessler, O. (2013) Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, (19), 363–369.
- Card, A.J. – Ward, J.R. – Clarkson, P.J. (2014) Trust level risk evaluation and risk control guidance at the NHS East of England. *Risk Analysis*, Vol. 34 (8), 1469–1481.



- De Vries, E.N. – Ramratten, M.A. – Smorenburg, S.M. – Gouma, D.J. – Boermeester, M.A. (2008) The incidence and nature on in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, (17), 216–223.
- Donaldson, Liam (2021) Safer Care: Shaping the future. Teoksessa: *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*, toim. Donaldson, L. – Ricciardi, W. – Sheridan, S. – Tartaglia, R. 53–66. Springer, Cham.
- Eskola, J. – Suoranta, J. (2014) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Graban, Mark (2016) *Lean Hospitals. Improving quality, patient safety and employee engagement*. CRS Press. Taylor & Francis Group, Boca Raton.
- Hatch, M.J. – Cunliffe, A. L. (2006) *Organization Theory: Modern, symbolic, and post-modern perspectives*. Oxford University Press, Oxford.
- Heinijoki, V-M. – Pommelin, P. (2019) Potilasturvallisuustaito. BoD, Helsinki.
- Hirsijärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. (2007) *Tutki ja kirjoita*. Tammi, Helsinki.
- Hirsijärvi, S. – Hurme, H. (2009) *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus, Helsinki.
- Hoitotyön tutkimussäätiö (2013) *Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö- Hoitotyön suositus*. <<https://www.hotus.fi/aikuispotilaan-kirurgisen-toimenpiteen-jalkeisen-lyhytkestoisen-kivun-hoitotyö-hoitosuositus/>>, haettu 20.1.2020.
- Hoitotyön tutkimussäätiö (2015) *Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä- Hoitosuositus*. <<https://www.hotus.fi/painehaavan-ehkaisy-ja-tunnistaminen-aikuispotilaan-hoitotyossa-hoitosuositus/>>, haettu 20.1.2020.
- Holloway, I. – Galvin, K. (2017) *Qualitative Research in Nursing and healthcare*. Wiley Blackwell, Oxford.
- Hollnagel, E. – Braithwaite, J. – Wears, R.L. (2013) *Resilient Health Care*. Ashgate Publishing Limited, Surrey.
- Hollnagel, Erik (2014) *Safety-I and Safety-II. The past and future of safety management*. Ashgate Publishing Limited, Surrey.
- Institute for Healthcare Improvement (2020) *Failure Modes and Effects Analysis Tool*. IHI, Boston. <<http://app.ihl.org/Workspace/tools/fmea/>>, haettu 19.2.2020.
- Islam, T. – Hutchinson, A.M. – Bucknall, T.K. (2018) Nurse manager risk information management for decision-making: A qualitative analysis. *Collegian*, (25), 401–407.

- Jimenez-Rodriguez, E. – Feria-Dominguez, J.M. – Sebastian-Lacave, A. (2018) Assessing the health-care risk: The Clinical-VaR, a key indicator for sound management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 15 (639), 1–17.
- Jerak-Zuiderent, Sonja (2012) Certain uncertainties: Modes of patient safety in healthcare. *Social Studies of Science*, Vol. 42 (5), 732–752.
- Julkaisufoorumi (2019) Tieteellisten seurain valtuuskunta. < <https://www.tsv.fi/julkaisufoorumi/haku.php>>, haettu 2.10.2019.
- Junttila, K. – Meriläinen, M. – Peltokoski, J. – Tervo-Heikkinen, T. – Mattila, E. – Lehtikunnas, T. – Heikkilä, A. – Koivunen, M. – Salmela, S. – Laitila, M. – Ritmalacastrén, M. (2020) Hoitotyön kansallinen vertaiskehittäminen (HoiVerKe) *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 18 (3), 34–36.
- Kaya, G.K. – Ward, J.R. – Clarkson, P.J. (2019) A framework to support risk assessment in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 31 (5), 393–401.
- Kohn, L.T. – Corrigan, J.M. – Donaldson, M.S. (2000) *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press, Washington D.C.
- Koivuranta, Päivi (2019) *Terveystieteiden laatuopas*. Suomen Kuntaliitto, Helsinki
- Koskinen, Ilpo – Alasuutari, Pertti – Peltonen, Tuomo (2005) *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Vastapaino, Tampere.
- Knuuttila, J. – Tamminen, A. (2004) *Terveystieteiden laadunhallinta. Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveystieteiden hoitoyksikön riskienhallintaan*. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004.
- Kuula, Arja (2015) *Tutkimusetiikka*. Vastapaino, Tampere.
- Kylmä, J. – Juvakka, T. (2007) *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Lawton, Rebecca (2018) It ain't what you do (But the way that you do it): Will safety II transform the way we do patient safety? *International Journal of Health Policy management*, Vol. 7 (7), 659–661.
- Leistikow, I – Bal, R.A. (2020) Resilience and regulation, an odd couple? Consequences of Safety-II on governmental regulation of healthcare quality. *BMJ Quality and Safety*, (29), 869–872.



- Lewis, J. – Ritchie, J. (2004) Generalising from qualitative research. Teoksessa: *Qualitative Research Practice*, toim. Ritchie, J. – Lewis, J, 263–286. Sage Publication, London.
- Liberati, E.G. - Peerally, M.F. – Dixon-Woods, M. (2018) Learning from high risk industries may not be straightforward: a qualitative study of the hierarchy of risk controls approach in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 30 (1), 39–43.
- Manser, T. – Frings, J. – Heuser, G. – Mc Dermott, F. (2016) The German clinical risk management surveys for hospitals: Implementation levels and areas for improvement in 2015. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, (114), 28–38.
- Mintzberg, Henry (1979) *The structuring of organizations. A synthesis of a research*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Mintzberg, Henry (2009). *Managing*. Berrett-Koehler Publishers, Inc., San Francisco.
- Mintzberg, Henry (2017) *Managing the myths of health care: Bridging the separations between care, cure, control, and community*. Berrett-Koehler Publishers, Incorporated.
- Niiniluoto, Ilkka (2002) *Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen ja teorianmuodostus*. Otava, Helsinki.
- Nylander, Olli (2017) *Tietojohdaminen ja tapaus SOTE*. BoD-Books, Norderstadt, Saksa.
- Parand, A. – Dopson, S. – Renz, A. – Vincent, C. (2014) The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, (4), 1–15.
- Parvinen, Petri – Lillrank, Paul – Iivonen, Karita (2005) *Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta*. Talentum, Tampere.
- Pedersen, Kristine Zinck (2016) Standardisation or resilience? The paradox of stability and change in patient safety. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 38 (7), 1180–1193.
- Puusa, A. – Juuti, P. (toim.) (2020) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus, Tallinna.
- Puusa, A. – Julkunen, S. (2020) Uskottavuuden arviointi laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa: *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*, toim. Puusa, A. – Juuti, P, 189–201. Gaudeamus, Tallinna.
- Rissanen, Sari – Lammintakanen, Johanna (2015) *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus*. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

- Sexton, J.B. – Adair, K.C. – Leonard, M.W. – Frankel, T.C. – Proulx, J. – Watson, S.R. – Magnus, B. – Bogan, B. – Jamal, M. – Schwendimann, R. – Frankel, A.S. (2018) Providing feedback following Leadership WalkRounds is associated with better patient safety culture, higher employee engagement and lower burnout. *BMJ Quality and Safety*, (27), 261–270.
- Sheridan, S. – Sherman, H. – Kooijman, A. – Vazquez, E. – Kirk, K. – Metwally, N. – Cardinali, F. (2021) Patients for patient safety. Teoksessa: *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*, toim. Donalson, L. – Ricciardi, W. – Sheridan, S. – Tartaglia, R, 67–79. Springer, Cham.
- Simsekler, E.M.C. – Ward, J.R. – Clarkson, J.P. (2018) Design for Patient Safety: A System-Based Risk Identification Framework. *Ergonomics*, Vol. 61 (8), 1046–1064.
- Simsekler, E.M.C. – Gurses, A.P. – Smith, B.E. – Ozonoff, A. (2019a) Integration of multiple methods in identifying patient safety risks. *Safety Science*, (118) 530–537.
- Simsekler, E.M.C. – Kaya, G.K. – Ward, J.R. – Clarkson, P.J. (2019b) Evaluating inputs of failure modes and effects analysis in identifying patient safety risks. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 32 (1), 191–207.
- Singer, S.J. – Tucker, A.L. (2014) The evolving literature on safety WalkRounds: Emerging themes and practical messages. *BMJ Quality and Safety*, (23), 789–800.
- Snape, D – Spencer, L. (2004) The foundations of qualitative research. Teoksessa: *Qualitative Research Practice*, toim. Ritchie, J. – Lewis, J, 1–23. Sage Publication, London.
- Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES (2006) ja Lääkehoidon kehittämiskeskus, ROHTO. *Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto*. Työpapereita 28/2006. Stakes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2009) *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) *Terveysturvallisuuslaki*. <30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>, haettu 26.1.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011a) *Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15, Helsinki.



- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011b) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoon laadittavasta suunnitelmasta. 341/2011. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>>, haettu 26.1.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2017) *Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021*. Julkaisuja 2017:9, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020) *Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Toimeenpanosuunnitelma*. 2020:1, Helsinki.
- Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. (2006) *Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto*. Stakesin työpapereita 28/2006. Valopaino Oy, Helsinki.
- Stavropoulou, C. – Doherty, C. – Tosey, P. (2015) How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? A systematic literature review. *The Milbank Quarterly*, Vol 93 (4), 826–866.
- Sujan, M.A. – Habli, I. – Kelly, T.P. – Gühnemann, A. – Pozzi, S. – Johnson, C.W. (2017) How can health care organisations make and justify decisions about risk reduction? Lessons from a cross-industry review and health care stakeholder consensus development process. *Reliability Engineering and System Safety*, (161), 1–11.
- Suomen Potilasturvallisuusyhdistys (2015) *Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle*. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry, Helsinki.
- Szymczak, E. Julia (2014) Seeing risk and allocating responsibility: Talk of culture and its consequences on the work of patient safety. *Social Science & Medicine*, (120), 252–259.
- Taylor-Adams, Sally – Vincent, Charles (2004) Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clinical Risk*, (10), 211–220.
- Tevameri, Terhi – Kallio, Tomi J. (2009) Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon tutkimus* (1), 15–32.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki.
- Vincent, C. – Taylor-Adams, S. – Chapman, J. – Hewett, D. – Prior, S. – Strange, P. – Tizzard, A. (2000) How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ*, Vol. 320 (18), 777–781.

- Virtanen, Juha V. (2010) *Johtajana sairaalassa. Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Akateeminen väitöskirja. Sarja/Series A-2:2010. Turun kauppakorkeakoulu.
- Ward, J.R. – Clarkson, P.J. - Buckle, P. – Berman, J. – Lim, R. – Jun G.T. (2010) *Prospective hazard analysis: Tailoring prospective methods to a healthcare context*. Patient safety research programme of the Department on Health, University of Cambridge. Research Project PS/035.
- Waring, J. – Currie, G. (2009) Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*. Vol. 30 (7), 755–778.
- Waring, Justin (2013) *What Safety-II Might Learn from the Socio-cultural Critique of Safety-I*. Teoksessa: Hollnagel, E – Braithwaite, J – Wears, RL. Resilient Health Care, 39–48. Ashgate Publishing Limited, Surrey.
- Waterson, P. – Catchpole, K. (2016) Human Factors in Healthcare: welcome progress, but still scratching the surface. *BMJ Quality & Safety* Vol. 25 (7), 480–484.
- Wiili-Peltola, Erja (2005) *Sairaala muutosten ristipaineessa*. HAUS kehittämiskeskus OY, Tampereen yliopisto.
- World Health Organization (2009) WHO *Surgical Safety Checklist*. <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_implementation/en/>, haettu 21.2.2020.
- World Health Organization (2017) *Patient Safety: Making health care safer*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> haettu 27.10.2019.
- Suomen Standardisoimisliitto SFS ry (2019) *Riskit hallintaan SFS – ISO 31000* <https://www.sfs.fi/files/8535/Riskien_hallinta_web.pdf>, haettu 06.01.2020.



LIITTEET

Liite 1. Potilasturvallisuuspäällikön puhelinhaastattelun kysymykset

- Potilasturvallisuusriskien hallinta sairaalaorganisaatiossa
 - Potilasturvallisuusriskien ennakointi
- Potilasturvallisuusriskien hallinta eri organisaatioissa
 - valmiit mallit
- Vakavan vaaratapahtuman selvitysten yhteys riskien arviointiin ja ennakointiin
- Potilasturvallisuusriskien ennakoiva johtaminen
- Resilienssi
- Adaptiivinen johtaminen
- Riskienhallinnan ja johtamisen käytännöt terveydenhuollon organisaatioissa

Liite 2. Ryhmähaastattelurunko

Taustatiedot

- Haluaako osallistua ryhmähaastatteluun
- Haastateltavien määrä ryhmässä
- Toimenkuva
- Työvuodet nykyisessä tehtävässä
- Asema

Potilasturvallisuusriskit

- Keskeiset potilasturvallisuusriskit omassa työssä

Potilasturvallisuuden johtaminen

- Ongelmat potilasturvallisuuden johtamisen näkökulmasta

Ennakoiva johtaminen

- Potilasturvallisuusriskejä ennakoivan johtamisen käytännöt
 - Riskien seuranta
 - Esimerkkitapauksia, kuvauksia tai tilanteita
- Riskien ennakoinnin keinot
 - Esimerkkejä keinoista.

