

# Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen





# **Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen**

---

Elina Pietikäinen, Jouko Heikkilä & Teemu Reiman (toim.)

ISBN 978-951-38-7888-7 (nid.)  
ISSN 2242-1211 (nid.)

ISBN 978-951-38-7889-4 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)  
ISSN 2242-122X (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

Copyright © VTT 2012

JULKAISIJA – UTGIVARE – PUBLISHER

VTT  
PL 1000 (Tekniikantie 4 A, Espoo)  
02044 VTT  
Puh. 020 722 111, faksi 020 722 7001

VTT  
PB 1000 (Teknikvägen 4 A, Esbo)  
FI-02044 VTT  
Tfn +358 20 722 111, telefax +358 20 722 7001

VTT Technical Research Centre of Finland  
P.O. Box 1000 (Tekniikantie 4 A, Espoo)  
FI-02044 VTT, Finland  
Tel. +358 20 722 111, fax + 358 20 722 7001

Toimitus Marika Leppilahti

Kopijyvä Oy, Kuopio 2012

## Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen

Adaptive patient safety management. **Elina Pietikäinen, Jouko Heikkilä & Teemu Reiman (toim.).** Espoo 2012. VTT Technology 58. 88 s. + liitt. 7 s.

### Tiivistelmä

Potilasturvallisuuden järjestelmällinen parantaminen on tunnistettu välttämättömäksi Suomessa ja kansainvälisesti. Potilasturvallisuuden järjestelmällisen kehittämisen alkuvaiheessa on painottunut yksittäisten työntekijöiden toiminnan ja sen välittömien edellytysten muokkaaminen. Vähitellen potilasturvallisuutta on kuitenkin alettu tarkastella myös palvelujärjestelmään ja sen johtamiseen liittyvänä asiana. Tähän ohjaa myös 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki. Monista organisaatioista puuttuu kuitenkin yhteinen kokonaisnäkemys siitä, mitä kaikkea potilasturvallisuuden johtaminen tarkoittaa sekä miten ja kenen toimesta sitä tulisi tehdä. Tämä julkaisu pyrkii selkeyttämään näitä peruskysymyksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot voidaan nähdä monimutkaisina adaptiivisina järjestelminä, jotka koostuvat itsenäisesti toimivista yksiköistä ja asiantuntijoista. Perinteinen ylhäältä alaspäin suuntautuva toiminnan rajaamiseen ja valvontaan perustuva johtaminen ei pelkästään riitä takaamaan turvallisuutta. Tarvitaan uudenlaista, järjestelmän luonteen, toiminnan ja tilanteen mukaan mukautuvaa potilasturvallisuuden johtamista. Keskeistä on, että turvallisuuden johtaminen ymmärretään laajasti jaettuna muutosvoimana organisaatiossa. Potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuvat viime kädessä kaikki henkilöt organisaatiossa – myös potilas. Potilasturvallisuuden johtamista tapahtuu myös organisaatiosta ulospäin – potilasturvallisuus luodaan useiden organisaatioiden yhteistyössä.

Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen tiivistyy viiteen periaatteeseen: 1) edistää yhteisen turvallisuustahotilan muodostumista, 2) edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta, 3) edistää toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisoitumiseen, 4) rajatkaa toimintaa ja 5) ohjatkaa organisaatiota tavoitteellisesti. Potilasturvallisuuden johtamisessa tasapainoillaan näiden keskenään osin ristiriitaisten periaatteiden välillä.

Vaasan keskussairaala kuuluu järjestelmällisen potilasturvallisuuden kehittämisen edelläkävijöihin. Vaasan keskussairaalan kehitystarina voidaan nähdä laajentumisena kohti adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista. Muutaman avainhenkilön käynnistämä muutos on levinnyt vähitellen organisatoriseksi muutosvoimaksi. Myös potilaat on otettu vahvemmin mukaan potilasturvallisuuden johtamiseen. Alkuvaiheessa Vaasan keskussairaalan systemaattisessa potilasturvallisuuden johtamisessa painottui ennen kaikkea toiminnan rajaaminen. Vähitellen myös muut adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen keskeiset periaatteet ovat alkaneet painottua.

Potilasturvallisuuden johtamisen tueksi on olemassa erilaisia työkaluja. Näistä työkaluista tässä julkaisussa esitellään Potilasturvaportti-verkkopalvelu, HaiProvaaratapahtumien raportointimenettely, SPro-suunnitelmatyökalu, ”Laatu- ja potilasturvallisuus osana terveydenhuolto-yksikön toimintaa” -koulutus ja kehittämisohjelma, DISC-malli sekä TUKU-turvallisuuskulttuurikysely.

**Asiasanat** patient safety, safety management, complex adaptive system

## Adaptive patient safety management

Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. **Elina Pietikäinen, Jouko Heikkilä & Teemu Reiman (Eds.)**. Espoo 2012. VTT Technology 58. 88 p. + app. 7 p.

### Abstract

Systematic patient safety improvement is considered necessary both internationally and in Finland. The effort to improve patient safety has focused mainly on individual care givers and their immediate preconditions of work. Lately the focus has shifted into the whole service system and its management. The Finnish health care law also emphasises the role of the system and its management in ensuring quality and patient safety. However, many organisations are still lacking a shared overall understanding of what patient safety management actually means, what it covers and how and by whom it should be carried out. This report aims to clarify these basic questions.

Social and health care organisations can be understood as complex adaptive systems that consist of semi-autonomous units and experts. Traditional top-down management that emphasises supervision of activities and aims to delimit unwanted behaviours is not sufficient in ensuring safety. New kind of safety management is needed that adapts according to the characteristics of the system, its activities and the situation. It is essential that patient safety management is understood broadly as a dynamic that is distributed across the organisation. Ultimately all the individual agents within the organisation – including the patient – participate in managing patient safety. Patient safety management activities also take place in the interactions between the organisation and other organisations that take part in the care of the patients.

Adaptive patient safety management can be condensed into five general principles: 1) promote safety as a guiding principle, 2) build an environment that supports interaction, 3) create capability for agents to self-organize, 4) define system activities and boundaries, 5) steer the system. Patient safety management is about balancing between these partly conflicting principles.

Vaasa central hospital is a pioneer in systematic patient safety development. Their development narrative can be seen as a process of expansion towards more adaptive patient safety management. A change that started from the efforts of few key agents has slowly expanded to a more shared organisational dynamic. The patients have also been given a more active role in managing patient safety. In the beginning defining system activities and boundaries was emphasised in Vaasa central hospital. Little by little the other principles of adaptive patient safety management have also gained more ground.

There are different tools that can support patient safety management. This report introduces some of them: the Patient safety portal, HaiPro-incident reporting tool and methodology, SPro safety plan design tool, the Model for Training and Development of Quality and Patient Safety in Healthcare organisations, the DISC model and the TUKU safety culture survey.

**Keywords** patient safety, safety management, complex adaptive system

## Alkusanat

Tämä julkaisu on syntynyt osana Potilasturvallisuus laatu- ja kilpailuvaltioksi -projektia (POTILASTURVA). Projekti käynnistyi syksyllä 2010 ja se päättyy vuoden 2012 lopussa. Projekti on tutkimuslaitosten (VTT, Työterveyslaitos), sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden (Vaasan sairaanhoitopiiri sekä kumppaniorganisaatiot Mehiläinen, Kårkulla samkommun, Espoon sosiaali- ja terveystoimi, Sotilaslääketieteen keskus, THL) sekä terveydenhuollon palveluita ja tuotteita tarjoavien yritysten (Awanic Oy, Huperman Oy, NHG Audit Oy) yhteishanke. Hanketta ovat rahoittaneet projektin toimijat sekä Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä -ohjelma. POTILASTURVA-projektissa yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut kehittää potilasturvallisuuden johtamiseen toimintamalli, joka lähtee asiakastarpeista ja jossa otetaan huomioon terveydenhuollon verkostomaisuus, potilaiden hoitoketjujen jatkuvuus sekä terveydenhuoltohenkilöstön hyvinvointi. Tässä julkaisussa kuvaamme tätä johtamismallia.

Vaikka tässä julkaisussa keskitymme ennen kaikkea lisäämään potilasturvallisuuden johtamista koskevaa ymmärrystä, POTILASTURVA-projekti sinänsä on ollut laajempi kokonaisuus. Siinä on teorian luomisen rinnalla kehitetty potilasturvallisuuden johtamista käytännössä projektiin osallistuvissa sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioissa. Lisäksi siinä on kehitetty kaupallisia palveluita ja tuotteita potilasturvallisuuden johtamisen tueksi. Kansainvälisestikin on tarjolla kaupallisia potilasturvallisuuden johtamista tukevia palveluita ja tuotteita, ja turvallisuus on yleisesti tunnistettu lähitulevaisuuden keskeiseksi liiketoimintamahdollisuudeksi. Kansainvälisesti ei ole kuitenkaan aikaisemmin raportoitu POTILASTURVA-projektin kaltaisia innovaatiohankkeita, joissa tutkimus, käytännön kehittämistyö ja liiketoiminnallisten palveluiden kehittäminen etenisivät rinnakkain. POTILASTURVA-projekti on tarjonnut ainutlaatuisen mahdollisuuden käytännön toimijoiden, tutkijoiden ja kaupallisten toimijoiden väliselle yhteistyölle ja oppimiselle, jonka toivomme ajan myötä koituvan suomalaisen potilasturvallisuuden parhaaksi.

Tämän julkaisun luvut 1–4 sekä yhteenvetoluku 7 ovat VTT:n tutkijoiden Elina Pietikäisen, Jouko Heikkilän ja Teemu Reimanin kirjoittamia. Niissä käsitellään potilasturvallisuuden johtamista tutkimuksen ja POTILASTURVA-projektin kokemusten valossa ja luodaan teoreettista ymmärrystä potilasturvallisuuden johtamisesta. Näissä luvuissa esitetään uudenlainen adaptiivinen potilasturvallisuuden johtamismalli. Potilasturvallisuuden johtamismallin rakentamisessa ovat kirjoittajien lisäksi tärkeitä henkilöitä olleet VTT:n erikoistutkijat Kaarin Ruuhilehto ja Luigi Macchi.

Myös luku 5 on VTT:n tutkijoiden kirjoittama. Siinä Vaasan keskussairaalan henkilöstön kommentit ovat olleet tärkeitä. Luvussa kuvataan adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen toteutumista Vaasan keskussairaalassa. Haluamme kiittää Vaasan keskussairaalan henkilöstöä ja etenkin entistä laatupäällikköä, nykyistä hallintoylihoitajaa Marina Kinnusta sekä johtajaylilääkäri Auvo Rauhalaa avoimesta ja ennakkoluulottomasta yhteistyöstä POTILASTURVA-projektissa ja tämän julkaisun kirjoittamisessa.

Luvussa 6 kuvataan potilasturvallisuuden johtamisen tueksi tarkoitettuja työkaluja ja pohditaan, miten nämä työkalut tukevat julkaisun muissa osissa kuvattua adaptiivista potilasturvallisuuden johtamistapaa. Luvussa 6 on VTT:n tutkijoiden kuvaukset VTT:n kehittämistä DISC-mallista sekä TUKU-turvallisuuskulttuurikyselystä. Lukuun 6 ovat oman alalukunsa kirjoittaneet myös Arto Helovuo Huperman Oy:sta, Jarkko Wallenius Awanic Oy:sta sekä Pirjo Berg ja Aila Korpi NHG Audit Oy:sta. Haluamme kiittää näitä organisaatioita panoksestaan tämän julkaisun kirjoittamiseen ja POTILASTURVA-projektin onnistumiseen.

8. marraskuuta 2012

Tekijät



# Sisällysluettelo

<b>Tiivistelmä .....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>4</b>
<b>Alkusanat.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Johdanto .....</b>	<b>9</b>
1.1 Potilasturvallisuuden johtaminen Suomessa .....	9
1.2 Potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuden johtaminen tutkimuskohteina.....	10
1.3 Julkaisun tavoite ja lähtökohdat.....	11
1.4 Menetelmät .....	12
<b>2. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden erityispiirteet.....</b>	<b>14</b>
2.1 Organisaatio – mitä se tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa?.....	14
2.2 Organisaatioilla on erilaisia perustehtäviä.....	15
2.3 Organisaatiot ovat kulttuurien kohtaamispaikkoja.....	17
2.4 Organisaatiot elävät muutosten keskellä.....	18
<b>3. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat monimutkaisia     adaptiivisia järjestelmiä .....</b>	<b>25</b>
3.1 Monimutkainen adaptiivinen järjestelmä .....	25
3.2 Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän toiminnan piirteet .....	27
3.3 Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän johtaminen .....	30
<b>4. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli.....</b>	<b>34</b>
4.1 Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen määritelmä.....	34
4.2 Organisaation sisäiset potilasturvallisuuden johtajat.....	35
4.3 Organisaation potilasturvallisuuden johtaminen koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän johtamisena .....	37
4.4 Adaptiivisen johtamisen periaatteet .....	39
<b>5. Kohti adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista Vaasan     keskussairaalassa.....</b>	<b>46</b>
5.1 Vaasan keskussairaalan erityispiirteet .....	46

5.2	Vaasan keskussairaalan järjestelmällisen potilasturvallisuuden johtamisen vaiheet.....	47
5.3	Organisaation sisäiset potilasturvallisuuden johtajat Vaasan keskussairaalassa .....	49
5.4	Potilasturvallisuuden johtaminen koko sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän johtamisena Vaasan keskussairaalassa ...	49
5.5	Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteiden toteutuminen Vaasan keskussairaalassa .....	50
<b>6.</b>	<b>Työkaluja potilasturvallisuuden johtamisen tueksi.....</b>	<b>55</b>
6.1	Potilasturvaportti-verkkopalvelu.....	56
6.2	HaiPro-vaaratapahtumien raportointimenettely ja SPro-suunnitelmatyökalu .....	63
6.3	Käytännönläheinen toimintamalli potilasturvallisuusjärjestelmän kehittämiseksi.....	67
6.4	DISC-malli.....	73
6.5	TUKU-turvallisuuskulttuurikysely .....	77
<b>7.</b>	<b>Yhteenveto ja jatkotutkimustarpeet.....</b>	<b>79</b>
	<b>Lähdeluettelo.....</b>	<b>82</b>
	<b>Liitteet</b>	
	Liite A: TUKU-turvallisuuskulttuurikysely	
	Liite B: TUKU-turvallisuuskulttuurikyselyn mittausmalli	

# 1. Johdanto

## 1.1 Potilasturvallisuuden johtaminen Suomessa

Potilasturvallisuuden järjestelmällinen parantaminen on tunnustettu välttämättömäksi Suomessa ja kansainvälisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2009 potilasturvallisuusstrategian, jossa asetetaan kansallisia tavoitteita kulttuurinmuutokselle ja veloitetaan organisaatioita potilasturvallisuustyöhön. Myös vuonna 2011 voimaan astuneessa terveydenhuoltolaissa edellytetään potilasturvallisuuden systemaattista tarkastelua ja kehittämistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käynnisti syksyllä 2011 Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelman, jossa tuetaan kansallisia potilasturvallisuustavoitteita ja terveydenhuoltolain vaatimusten täytöntöön panemista. Ohjelman päämääränä on potilaan hoitoon liittyvien kuolemien ja haittatapahtumien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä.

Systemaattisen potilasturvallisuuden kehittämistyön alkuvaiheessa pääpaino on ollut yksittäisten työntekijöiden toiminnan ja sen välittömien edellytysten muokkaamisessa (esim. sairaalahygienian parantamisessa käsienspesukampanjoilla ja lääkkeenjaon kehittämisessä). Vähitellen potilasturvallisuutta on kuitenkin alettu tarkastella myös palvelujärjestelmään ja sen johtamiseen liittyvänä asiana. Tähän ohjaa myös 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka velvoittaa terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta suunnitelman, sekä lakia täydentävä asetus (341/2011) laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmasta.

Tätä julkaisua kirjoitettaessa useimmissa suomalaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa on päästy alkuun potilasturvallisuuden systemaattisessa johtamisessa. Joissakin terveydenhuollon organisaatioissa – etenkin erikoissairaanhoidossa – on aktiivista potilasturvallisuustyötä tehty jo useampia vuosia. Ensimmäinen askel potilasturvallisuuden johtamisessa on useimmissa organisaatioissa ollut potilasturvallisuuden vaaratapahtumien raportoinnin aloittaminen ja organisaation toiminnan kehittäminen vaaratapahtumailmoitusten pohjalta. Terveyden-

---

<sup>1</sup> Potilasturvallisuus-käsitteen soveltuvuus sosiaalihuollon toimintaympäristöön on herättänyt keskustelua, ja se on joskus päädytty korvaamaan termillä *asiakasturvallisuus*. Vaihtoehtoisesti potilasturvallisuudella on viitattu niihin erityistilanteisiin, joissa sosiaalihuollon asiakas on terveydenhuollon palveluiden saajana.

huolto-organisaatioihin on myös nimetty erityisiä potilasturvallisuusasiantuntijoita, joiden tehtäviin kuuluu käsitellä potilasturvallisuuden vaaratapahtumia ja muutenkin seurata ja kehittää organisaationsa potilasturvallisuutta. Monessa organisaatiossa myös niin sanottu linjajohto on aktivoitunut tarkastelemaan ja kehittämään organisaationsa toimintaa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Viimeisen vuoden aikana terveydenhuolto-organisaatioissa on laadittu uuden terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla suunnitelmia laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Potilasturvallisuustilannetta myös kartoitetaan monessa organisaatiossa turvallisuuskulttuurikyselyn avulla.

Potilasturvallisuuden systemaattisessa johtamisessa on siis päästy alkuun. Johtaminen on kuitenkin yhä liian sirpalemaista. Yksittäisiä työkaluja ja käytäntöjä saatetaan ottaa käyttöön ilman perusteellista ja kriittistä pohdintaa siitä, mihin työkaluilla pyritään ja millaisia vaikutuksia niillä on organisaatiossa tehtävään työhön ja turvallisuuteen pitkällä tähtäimellä. Potilasturvallisuuden johtaminen pelkistyy helposti terveydenhuoltolaissa ja sitä täsmentävässä asetuksessa esitettyjen irrallisten vaatimusten mekaaniseksi toimeenpanoksi. Monista organisaatioista puuttuu yhä yhteinen tieteellisesti perusteltu näkemys siitä, mitä kaikkea potilasturvallisuuden johtaminen itse asiassa tarkoittaa, mihin sillä pyritään sekä miten ja kenen toimesta sitä tulisi tehdä. Potilasturvallisuuden johtamista ei myöskään käsitellä systemaattisesti sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskoulutuksessa. Monet johtajat ja potilasturvallisuusasiantuntijat ovat tilanteessa, jossa he – päästyään alkuun potilasturvallisuuden johtamistyössään – tarvitsevat ja kaipaavat syvempää teoreettista ymmärrystä potilasturvallisuudesta ja keinoista sen johtamiseksi.

### **1.2 Potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuden johtaminen tutkimuskohteina**

Tutkimuskohteina potilasturvallisuus ja potilasturvallisuuden johtaminen ovat vielä nuoria. Waring ja kumppanit (2010) ovat todenneet, että potilasturvallisuuden tutkimukselle on toistaiseksi ollut tyypillistä kapea-alainen teorian hyödyntäminen. Heidän katsauksensa mukaan potilasturvallisuustutkimuksissa on kiinnitetty paljon huomiota käytännöllisiin turvallisuusratkaisuihin. Sen sijaan näiden ratkaisujen taustalla vaikuttavat sosiaali-organisatoriset tekijät ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Tutkijoiden rooli potilasturvallisuuden kehittämisessä on usein jäänyt välineelliseksi: tutkijat ovat etsineet näyttöä valmiiden turvallisuusratkaisujen toimitavuudesta ennalta määrittelyissä ongelmakentissä, vaikka heillä olisi paljon annettavaa myös ratkaisua vaativien ongelmien määrittelyssä (Zuiderent-Jerak ym., 2009).

Cook (2005) on verrannut potilasturvallisuuden kehittämistä taisteluun syöpää vastaan. Todellista edistystä syövän nujertamiseksi on saatu aikaan lisäämällä ymmärrystä esimerkiksi solun aineenvaihdunnasta, transkriptiosta, DNA:n prosessoinnista ja solusyklin hallinnasta, ei niinkään kehittämällä jo olemassa olevia tekniikoita ja hoitosovellutuksia. Samaan tapaan Cookin mukaan myös potilasturvallisuustutkimuksessa tulisi keskittyä turvallisuuteen liittyvien perusilmiöiden ja mekanismien ymmärtämiseen. Cook varoittaa, että turvallisuuden perustutkimus

voi aluksi tuntua epäolennaiselta akuuttien turvallisuusongelmien keskellä – aivan kuten solusyklin tutkimus tuntui epäolennaiselta 1970-luvun syöpäpotilaille. Se on kuitenkin keskeistä todellisen edistymisen aikaansaamiseksi. Myös akuutteihin turvallisuusongelmiin tarttuminen on luonnollisesti tärkeää. Ilman kokonaisvaltaista, tietoista teoriaa turvallisuuteen vaikuttaminen jää kuitenkin helposti pelkästään yksittäisongelmien korjaamiseksi sen sijaan, että edistettäisiin laajemmin yhden-suuntaista ja pitkäjänteistä turvallisuuden kehittymistä. Juuri näin on usein käynyt työturvallisuustoiminnassa (katso Tarkkonen, 2005, 198). Työturvallisuuden kehittämistoimet ovat olleet irrallisia ja joskus jopa kumonneet toisensa.

Kansainvälisesti johtaminen on tunnistettu tutkimuksissa yhdeksi keskeiseksi haasteeksi terveydenhuollon laadun ja turvallisuuden kehittämisessä (Dixon-Woods ym., 2012). Organisaation potilasturvallisuuden johtamisen tieteellisen pohjan vahvistamista on pidetty tärkeänä (esim. Weingart & Page, 2004).

Monien yleisten johtamisperiaatteiden ja teorioiden on katsottu pätevän myös potilasturvallisuuden johtamiseen (Weingart & Page, 2004). Johtamistutkimus ja johtamisen teoriat ovat viime vuosina kehittyneet samalla tavalla kuin yleiset turvallisuusteoriat: yksilökeskeisistä malleista vuorovaikutusta ja jaettua johtajuutta korostaviin teorioihin. Samanaikaisesti on siirrytty yleisten hyvien johtajien ominaisuuksien tunnistamisesta tilannekohtaisuuden ja kontekstin huomioimiseen. Hyvän johtamisen kriteerit ovat riippuvaisia niin johdettavan organisaation kulttuurista kuin ajankohtaisesta tilanteesta ja toimintaympäristöstä. Johtajuutta on alettu tarkastella koko organisaation ominaisuutena, jossa vuorovaikutus eri toimijoiden kesken on avainasemassa. Myös johtajuuden päämääriä on hahmotettu uudelleen. Organisaatioiden monimutkaistuesssa ja yhteiskunnan vaatimusten kasvaessa johtamisen on kyettävä luomaan uutta ja kehittämään organisaatiota olemassa olevien resurssien hyödyntämisen lisäksi. (Schwandt & Szabla, 2007; Quinn ym., 2011).

Potilasturvallisuuden johtamisen kehittämiseksi on myös tarpeen hyödyntää teoreettisia malleja ja käytännöllisiä menetelmiä muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta, kuten ydinvoimateollisuudesta ja ilmailusta, sekä seurata monitieteisen turvallisuustutkimuksen edistymistä. Muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta saadut opit on kuitenkin sovellettava terveydenhuollon erityislaatuiseen kontekstiin (esim. Waring ym., 2010, 27–28). Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa on omat erityispiirteensä, jotka asettavat reunaehtoja johtamiselle. Potilasturvallisuuden johtamismallien on huomioitava nämä erityispiirteet.

### **1.3 Julkaisun tavoite ja lähtökohdat**

Tämä julkaisu on osa Potilasturvallisuus laatu- ja kilpailuvaltiksi -projektia (POTILASTURVA). Selkeytämme julkaisussa potilasturvallisuuden johtamisen peruskysymyksiä. Tarkastelemme sitä, millaisia organisaatioita sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat ja mitä haasteita ja mahdollisuuksia tämä asettaa johtamiselle. Kuvaamme, miten tällaisten organisaatioiden potilasturvallisuutta voidaan johtaa. Esittelemme uudenlaisen potilasturvallisuuden johtamisen lähestymistavan, jota kutsumme adaptiiviseksi potilasturvallisuuden johtamiseksi.

Lähtökohtanamme on toisaalta monialainen turvallisuustutkimus, *safety science*, toisaalta yleinen johtamis- ja organisaatiotutkimus. Katsomme, että organisaation potilasturvallisuus on organisaation toiminnassa syntyvä ominaisuus ja että kaikki johtamistoimet ja päätökset vaikuttavat potilasturvallisuuteen.

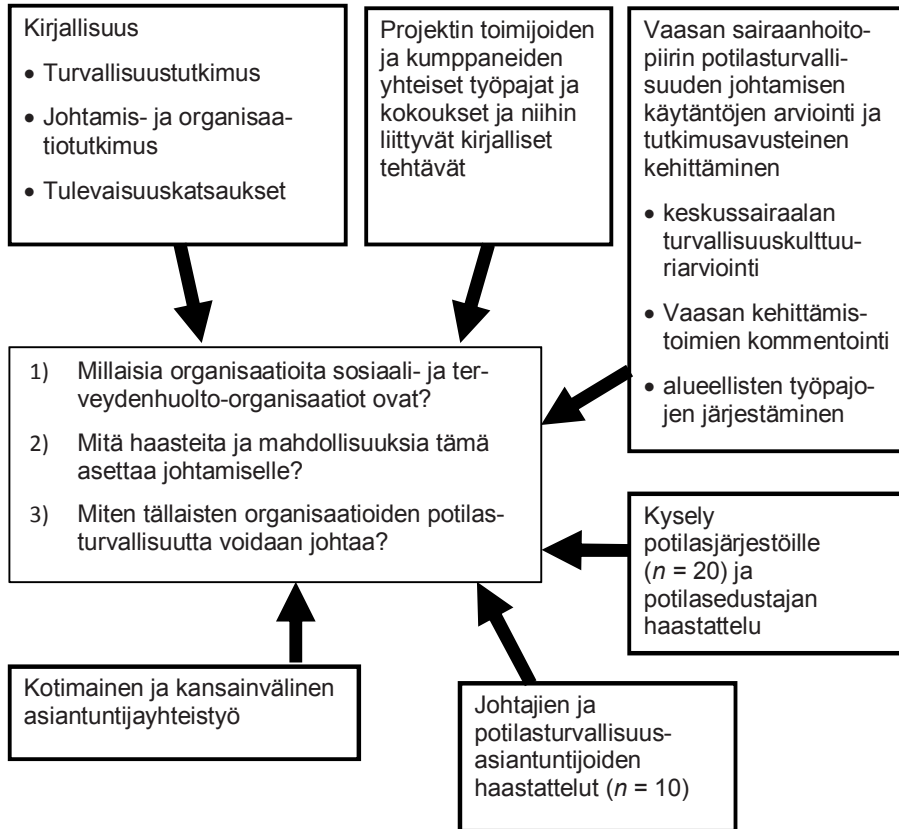
Julkaisu on suunnattu ennen kaikkea sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden johtajille ja esimiehille sekä potilasturvallisuusasiantuntijoille. Toivomme kuitenkin, että kirjaa lukevat myös sosiaali- ja terveysalan poliittiset päättäjät, potilasjärjestöjen edustajat sekä viranomaiset. Julkaisusta voi olla hyötyä myös laajemmin kenelle tahansa sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioissa työskentelevälle ammattilaiselle, joka on kiinnostunut kehittämään oman organisaationsa potilasturvallisuutta. Julkaisu voi lisäksi tarjota uusia ajatuksia alalla toimiville konsulteille, tukipalveluiden tuottajille ja tietojärjestelmien kehittäjille.

### 1.4 Menetelmät

Tässä julkaisussa tarkasteltaviin kysymyksiin vastaamisessa ja johtamismallin kehittämisessä on käytetty apuna useita erilaisia menetelmiä ja aineistoja (kuva 1). Ymmärtääksemme paremmin potilasturvallisuuden johtamista olemme POTILASTURVA-projektissa keränneet ja analysoineet erityyppisiä laadullisia ja määrällisiä empiirisiä aineistoja. Kysymykset, joita POTILASTURVA-projektissa tarkastellaan, ovat kuitenkin sen luonteisia, ettei niihin voida vastata *pelkästään* empiiristen havaintojen pohjalta (lisää teorian kehittämisestä organisaatiotutkimuksessa esim. Locke ym., 2004; Alvesson & Kärreman, 2007, vertaa myös Nurmela, 2002, 47). Työtapamme voidaan kuvata ennen kaikkea teoreettis-käsitteelliseksi. Olemme POTILASTURVA-projektissa käsitteellistäneet potilasturvallisuuden johtamistoimintaa. Olemme eritelleet siihen liittyviä käsitteitä ja pyrkineet luomaan uutta potilasturvallisuuden johtamisen olemuksen paremmin tavoitettavaa mallia, jonka avulla potilasturvallisuuden johtajat voivat jatkossa reflektoida ja kehittää työtään ja johtaa potilasturvallisuutta tehokkaammin. Työskentelytavassamme on myös piirteitä tulevaisuuden tutkimuksesta sekä systeemisten innovaatioiden rakentamiselle tyypillisestä kehittävästä tutkimuksesta (Kivisaari ym., 2009). Olemme pyrkineet luomaan kuvaa tulevaisuudessa tarvittavasta potilasturvallisuuden johtamisesta. Samanaikaisesti käsitteellisen johtamismallin rakentamisen kanssa olemme myös pyrkineet juurruttamaan sitä käytäntöön. Olemme nostaneet empiirisistä aineistoista tekemiämme havaintoja ja tutkimuskirjallisuudessa esiintyviä käsitteitä esiin projektin työpajoissa ja kokouksissa testataksemme niiden pätevyyttä ja vaikuttaaksemme projektikumppaneidemme toimintaan.

Uudet johtamismallit eivät synny yksinkertaisesti tutkijoiden tai tunnettujen johtajien kirjoituksista, tai hyvien käytäntöjen tunnistamisesta ja käyttöönnotosta käytännön johtamistyössä vaan näiden erilaisten tekijöiden monimutkaisen vuorovaikutuksen tuloksena (Quinn ym., 2011, 3). Myös tässä julkaisussa esitettävät tulokset ovat syntyneet vuorovaikutusprosessin tuloksena. Vaikka VTT:n tutkijat ovat kantaneet päävastuun potilasturvallisuuden johtamisen käsitteellistämisestä, oman kontribuutionsa siihen ovat tuoneet myös hankkeeseen osallistuneet potilasturval-

lisuuden johtamistyötä tekevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt, Työterveyslaitoksen tutkijat sekä tuotteita ja palveluita kehittävät ja tarjoavat yritykset.



**Kuva 1.** POTILASTURVA-projektin aineistonkeruumenetelmät.

## 2. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden erityispiirteet

Jotta voisimme ymmärtää, miten sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden potilasturvallisuutta tulee johtaa, meidän on ymmärrettävä, millaisia organisaatioita ne ovat. Millaisessa toimintaympäristössä ne toimivat? Mihin ne pyrkivät toiminnassaan? Millaisista toimijoista ne muodostuvat? Millaisia vaaroja niiden toimintaan liittyy? Miltä niiden tulevaisuus näyttää? Miten ne eroavat muista turvallisuuskiittisistä organisaatioista? Tässä luvussa tarkastelemme näitä kysymyksiä.

### 2.1 Organisaatio – mitä se tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa?

Useimmiten sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioista puhuttaessa tarkoitetaan laissa mainittua **hallinnollista toimintayksikköä**. Toimintayksiköllä viitataan sellaisiin kokonaisuuksiin kuin *sairaala*, *terveyskeskus* tai *vanhainkoti*. Toimintayksiköt voivat olla *julkisia* tai *yksityisiä*. Aivan erityisiä toimintayksiköitä ovat *vuokra-palveluyritykset*, joiden henkilöstö tarjoaa palveluita toisille toimintayksiköille, usein toisten toimintayksiköiden tiloissa, osana heidän normaalia toimintaansa.

Myös potilasturvallisuuden johtamisesta keskusteltaessa lähtökohtana on tyypillisesti toimintayksikkö. Esimerkiksi 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sitä täydentävässä asetuksessa (341/2011) potilasturvallisuuden johtamiseen liittyviä vaatimuksia asetetaan nimenomaan hallinnollisille toimintayksiköille. Terveydenhuoltolaissa edellytetään, että terveydenhuollon toimintayksikkö laatii suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta ja että suunnitelmassa otetaan huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Myös potilasturvallisuustutkimuksissa organisaation potilasturvallisuutta ja sen johtamista on usein tarkasteltu toimintayksikön – useimmiten sairaalan – näkökulmasta.

Myös tässä julkaisussa otamme potilasturvallisuuden johtamisen tarkastelun lähtökohdaksi hallinnollisen toimintayksikön näkökulman. Samalla kuitenkin tuomme esiin, että sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot toimivat osana monimutkaista ja monitasoista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Tämä on tärkeää ottaa huomioon organisaatioiden potilasturvallisuuden johtamisessa. Myös järjestelmän muilla tasoilla toimivien ihmisten (esimerkiksi viranomaisten ja poliit-



tisten päättäjien) on tarpeen tiedostaa oma roolinsa organisaatioiden potilasturvallisuuden johtamisessa. Muut järjestelmän tasot luovat edellytyksiä ja rajoituksia organisaatioiden potilasturvallisuuden johtamiselle. Esimerkiksi lait, organisaatioiden työnjakoa ja resursseja koskevat päätökset sekä viranomaisen toimintatavat, osaaminen ja resurssit heijastuvat organisaatioiden arkeen ja potilasturvallisuuteen. Toimintayksikköorganisaatiot toimivat myös yhdessä muiden toimintayksiköiden kanssa. Yksittäisen potilaan hoito tapahtuu usein useiden organisaatioiden muodostamassa verkostossa. Myös tämä on syytä ottaa huomioon potilasturvallisuuden johtamisessa.

### 2.2 Organisaatioilla on erilaisia perustehtäviä

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tuotetaan useimmiten tuotteiden sijaan palveluita. Yleisellä tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikkö-organisaatioita voidaan siis niiden perustehtävän näkökulmasta kuvata palveluorganisaatioiksi. Tämä erottaa ne joistakin muista turvallisuuskriittisistä organisaatioista, kuten ydinvoimayhtiöistä ja kemianteollisuuden yrityksistä. Toisin kuin vaikkapa ydinvoimalaitoksessa, sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas tai potilas osallistuu palvelutapah-tuman tuottamiseen. Tämä peruslähtökohta on otettava huomioon myös turvallisuuden johtamisessa.

Erilaisten sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden perustehtävät eroavat kuitenkin toisistaan merkittävästi. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Terveyden edistämisellä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisen terveyserojen kaventaminen ja suunnitelmallinen voimavarojen kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla. Perusterveydenhuollolla puolestaan tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta ja terveyden edistämistä. Perusterveydenhuollosta käytetään myös nimitystä kansanterveystyö. Erikoissairaanhoidolla viitataan terveydenhuoltolaissa lääketieteeseen ja hammaslääketieteeseen erikoisalojen mukaiseen sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluviin palveluihin. Erityistason erikoissairaanhoidolla puolestaan tarkoitetaan harvinaisten sairauksien hoitoa tai muuten erityisen vaativaa hoitoa.

Sosiaalipalvelut, joiden järjestämisestä kunnan on huolehdittava, on lueteltu sosiaalihuoltolain 17. §:ssä. Tällaisia palveluita ovat esimerkiksi kotihoito, omaishoidon tuki, vammaispalvelu, sosiaalityö, lasten ja perheiden palvelut, ikäihmisten palvelut sekä päihdetyö ja päihdepalvelut. Sosiaalihuollon tehtäväksi on sosiaalihuoltolaissa (710/1982, 1. §, täydennetty 1134/2002) määritelty yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen.

Kullakin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköllä voidaan ajatella olevan oma alueellisesti ja historiallisesti muodostunut perustehtävänsä, joka on sovellus tai tarkennus lailla määritellystä yleisestä alan perustehtävästä. Perustehtävään liittyy myös se, millä peruslogiikalla organisaatio toimii; julkisella puolella voittoa tavoittelemattomana, kaupungin tai valtion hallinnoimana yksikkönä vai yksityisellä puolella voittoa tavoittelevana liiketoimintana. Tällä on vaikutusta siihen, minkälaisen reunaehto- ja varassa organisaatio toimii.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden perustehtävät voivat olla hyvin erilaisia sen tarpeen mukaisesti, johon ne pyrkivät vastaamaan. Esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiiri (VSHP) määrittelee laajan perustehtävänsä näin:

”Vaasan sairaanhoitopiiri tuottaa erikoissairaanhoidon menetelmin ruotsiksi ja suomeksi yksilöllistä ja yhteisöllistä terveyshyötyä palvelujaan käyttävälle väestölle osana terveyden ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmää. Tämä toteutetaan tarjoamalla ihmisläheisiä ja joustavia erikoissairaanhoidon palveluita, joiden laatua, tehokkuutta ja saatavuutta seurataan ja kehitetään jatkuvasti.” (VSHP, 2012.)

Määritelmässä korostuu ”terveyshyödyn” tuottaminen koko alueen väestölle – suomeksi ja ruotsiksi. Kyseessä on laaja tarve johon pyritään vastaamaan ”erikoissairaanhoidon palveluin”. Nämä palvelut ovat laaja kirjo erilaisia erikoisalueita, jotka kaikki vaativat omaa erityisosaamistaan. Terveydenhuollon yksikön perustehtävä voi myös kohdistua rajatun johonkin erityisosaamisalueeseen tai hoitotarpeeseen. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin omistama TAYS Sydänkeskus Oy määrittelee perustehtävänsä näin:

”TAYS Sydänkeskus Oy:ssä diagnostisoidaan ja hoidetaan potilaita, jotka ovat sairastuneet äkillisesti tai jotka tarvitsevat vaativaa kardiologista tai sydän- ja rintaelinkirurgista selvittelyä ja hoitoa” (PSHP, 2012).

Perustehtävä on rajattu hoitotarpeen mukaisesti, äkillisesti sairastuneisiin tai vaativaa kardiologista tai sydän- ja rintaelinkirurgista selvittelyä ja hoitoa tarvitseviin potilaisiin. Sydänkeskus ei rajaa asiakaskuntaansa maantieteellisesti, kuten VSHP, vaan (yhteen) hoitotarpeeseen perustuen.

Kuusamon kaupungin aikuissosiaalityössä organisaation laaja perustehtävä on määritelty seuraavasti:

”Sosiaalityön perustehtävänä on turvata sosiaalista ja aineellista hyvinvointia ja toimintakykyä yksilöille, perheille ja yhteisöille ja tukea asiakkaita arkielämän tilanteissa tuottamalla ja tarjoamalla oikein kohdenneet, oikea-aikaiset palvelut yhteistyöverkostoa hyödyntäen” (Kuusamon kaupunki, 2012).

Sulkavan kunnan ikääntyvien palveluissa perustehtävä on hieman kapeampi ja turvallisuudesta huolehtiminen nähdään keskeiseksi osaksi perustehtävää:

”Ikääntyville tarkoitettujen palvelujen tavoitteena on taata turvalliset vanhuuden päivät mahdollisimman pitkään omassa kodissa sekä laadukkaat laitospalvelut” (Sulkavan kunta, 2012).

Erilaiset perustehtävät asettavat hyvin erilaisia vaatimuksia ja haasteita toiminnalle. Eräs haastattelumme sosiaalipalveluiden potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuva henkilö kuvasi pitkäaikaisen laitoshoidon perustehtävän kautta määrättyjä potilasturvallisuuden johtamisen erityisiä painopistealueita seuraavasti:

*”Lääketurvallisuus, josta on hyvin paljon puhuttu, on ihan oikeasti keskiössä, jos ei nyt kaikkein tärkein, niin tärkeä osa. Ja meidän tilanteessa se on erityisen vaativa asia, koska näillä meidän asiakkailla on aika potentit lääkkeitä, epilepsialääkkeitä, psykiatrilääkkeitä, ne on vaikuttavia, niissä ei saa tapahtua virheitä. Sen takia tää lääketurvallisuus on tärkeä asia. Mut tietysti kaikki muukin. Et jos on hyvin vaikeavammainen henkilö, joka esimerkiksi on vuodepotilaana, niin miten turvataan hänen oikea ravitsemuksensa? Se vaatii asiantuntemusta. Sekin on osa potilasturvallisuutta tietysti. Ja ihan tällainenkin asia kuin henkilön käsittely fyysisesti. Jos me ajatellaan kaikkein vaikeavammaimpia, niillä voi olla vaikea osteoporoosi. Osaako meidän ihmiset sitten käsitellä näitä vaikeavammaisia oikealla tavalla? Se vaatii osaamista”.*

Sairaalan johtamiseen osallistuva henkilö puolestaan kuvasi erikoissairaanhoidon toimintayksikön toiminnan haasteita potilasturvallisuuden näkökulmasta haastattelussamme näin:

*”Meillä on paljon potilaita, joille annetaan hyvin rankkoja hoitoja, vaikka joku iso leikkaus, sydänleikkaus, potilas pidetään tehohoidossa niin kauan että se selviää. Jos vertaa terveyskeskukseen ja muuhun avohoitoon, poliklinikoihin ja privaattipuoleen ja näin, niin täällä nämä hoidot on paljon intensiivisempiä, on monenlaisia vahvoja lääkkeitä ja monenlaisia koneita ja temppeja tehdään. Täällä erehtymisellä periaatteessa voi olla paljon pahemmat seuraukset. Täällä tehdään myös, jos vertaa perusterveydenhuoltoon, hyvin paljon. On monta erikoisalaa. Toiminta on hyvin monipuolista.”*

Perustehtävästä riippuen organisaation potilasturvallisuuden johtamisessa korostuvat erilaiset asiat. **Organisaation perustehtävä määrittää sitä, miten potilasturvallisuus voi vaarantua sekä sitä, miten organisaatiota ja sen turvallisuutta voidaan ja tulee johtaa** (ks. Reiman, 2007). Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden perustehtävät eroavat toisistaan sen suhteen, millaiseen tarpeeseen tehtävä kohdistuu, millaisin *keinoin* tarpeeseen vastataan ja millaista *perusosaamista* siihen tarvitaan.

### 2.3 Organisaatiot ovat kulttuurien kohtaamispaikkoja

Useissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon vahvoihin ammattikulttuureihin. Erityisesti on nostettu esiin hoitohenkilöstön ja lääkäreiden välisiä kulttuurieroja. Lääkäreiden on katsottu työskentelevän useammin yksilölähtöisesti (lääkärilähtöisesti) *parantamisen* orientaatiolla, kun taas hoitohenkilöstö työskentelee useammin kollektiivisella otteella ja on kiinnostunut paranta-

misen rinnalla myös *välittämisestä* (Degeling ym., 2001). Lääkäreiden ja hoitajien välillä sekä erityisesti leikkaussalissa kirurgien ja muiden toimijoiden välillä on havaittu kommunikaatio-ongelmia (Sexton ym., 2000). Myös lääkäreiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa on havaittu, että nuoret lääkärit eivät aina ole valmiita kyseenalaistamaan seniorilääkäreitä (Vincent, 2006). Tämä kaikki viestii lääkärin vahvasta ammattikulttuurista ja sen luomista odotuksista yksittäisiä lääkäreitä kohtaan.

Lääkäreiden autonomia on niin keskeinen terveydenhuollon piirre että Alberti ym. (2005) ovat nostaneet sen esille yhtenä suurimmista potilasturvallisuuden kehittämisen systeemisistä esteistä. Heidän mukaansa potilasturvallisuus on nähtävä jaettava, yhteisenä tavoitteena, ja kaikkien järjestelmän toimijoiden on sitouduttava yhteisiin pelisääntöihin. Liiallisesta yksilökeskeisyydestä on päästävä eroon. Vasta sitten kehittämisessä päästään eteenpäin.

Myös terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on kiinnitetty huomiota sosiaali- ja terveydenhuoltoalan moniulotteisuuteen ja erilaisiin ammattikulttuureihin. Laissa edellytetään että toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

Suomalaiset sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat tänä päivänä paitsi erilaisten ammattikulttuurien myös erilaisten etnisten kulttuurien kohtaamispaikkoja. Niin ammatilliset kuin potilaat ja heidän läheisensäkin voivat olla kulttuuritaustaltaan monenlaisia.

Organisaatioiden käytännön toiminnassa kohtaavat myös erilaiset organisaatiokulttuurit. Esimerkiksi vuokralääkäripalvelun lääkäri, joka toimii sairaalan tiloissa, edustaa toimintatavoiltaan toisaalta vuokralääkäriyrytyksen toimintakulttuuria, toisaalta sairaalan toimintakulttuuria. Erilaiset toimintakulttuurit kohtaavat myös organisaatioiden rajapinnoilla, kun esimerkiksi sairaalasta järjestetään jatkohoitoa potilaalle terveyskeskukseen tai palvelutaloon.

Potilasturvallisuuden johtamisen näkökulmasta kulttuurien monimuotoisuus on sekä haaste että mahdollisuus. Yhtäältä eri kulttuurit tuovat mukanaan uusia näkemyksiä ja auttavat haastamaan oletuksia ja vakiintuneita käytäntöjä. Toisaalta jokaiseen kulttuuriin sisältyy erilaisia oletuksia siitä, mitä on turvallisuus, miten se varmistetaan ja miten sellaisiin asioihin, kuten epävarmuus, virheet ja senioriteetti, pitää suhtautua. Jos näitä oletuksia ei tuoda julki, ne voivat johtaa virheellisiin johtopäätöksiin ja kommunikaatio-ongelmiin.

### 2.4 Organisaatiot elävät muutosten keskellä

Yhteiskunnassa tapahtuvat suuret muutokset, kuten väestön ikääntyminen, teknologian kehitys ja kansainvälistyminen, heijastuvat monin tavoin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään ja siinä toimiviin organisaatioihin. Yhteiskunnallisiin muutoksiin vastaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä on käynnissä monia toisiinsa liittyviä – osin ristiriitaisiakin – kehityspyrkimyksiä tai -hankkeita. Monet tunnetut turvallisuustutkijat ovat viime aikoina puheenvuoroissaan tuoneet

esiin, että muutosten tahti ja laajuus on keskeisin piirre, joka erottaa terveydenhuollon muista turvallisuuskriittisistä aloista. Jatkuva monitasoinen muutos myös tekee muilla perinteisillä turvallisuuskriittisillä aloilla käytettävien turvallisuuden hallintamenettelyjen soveltamisen haastavaksi. Seuraavassa nostamme esiin keskeisiä alan kirjallisuudessa mainittuja sosiaali- ja terveydenhuollon muutossuuntia ja pohdimme näiden merkitystä potilasturvallisuuden johtamiselle.

### ***Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen perusratkaisua uudistetaan***

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen perusratkaisu on tätä julkaisua kirjoitettaessa muutoksessa. Sosiaali- ja terveydenhuoltoministeriö valmistelee säästötarpeesta lähtevää koko terveydenhuoltojärjestelmän uudistusta. Samansuuntaisia uudistuspyrkimyksiä on toteutettu tai on käynnissä useissa muissakin maissa. Rahoituksen kestävyys turvaamiseksi on useassa maassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoitusvastuuta siirretty suuremmille yksiköille ja toimijoille (Aronkylä, 2010, 3; Magnussen ym., 2009). Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja vanhustenhuollon uudistamisen keskiöön on valittu rakenteelliset ja hallinnolliset ratkaisut, kuntakoon suurentaminen ja yhteistoiminta-aluemallit. Suomessa on myös haluttu lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota lakien avulla. (Aronkylä, 2010, 4) Tätä julkaisua kirjoitettaessa ei ole kuitenkaan täyttä varmuutta siitä, millaisia sosiaali- ja terveydenhuollon organisatoriset kokonaisuudet tulevat olemaan. Kun siis tarkastelemme tässä julkaisussa organisaation potilasturvallisuuden johtamista toimintayksikön näkökulmasta, meidän on pidettävä mielessä että, aivan lähitulevaisuudessa toimintayksikötkin voivat tarkoittaa jotakin muuta kuin tänä päivänä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistumiseen liittyy myös lisääntynyt palveluiden yksityistäminen. Tämä johtaa käytännössä siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen osallistuu entistä useampien organisaatioiden muodostama verkosto. Eri toimijoiden taustat, tavoitteet ja roolit verkostossa voivat olla monenlaiset. Verkostomaiseen toimintaan liittyy useita piirteitä, joilla on vaikutusta myös potilasturvallisuuden hallintaan. Tällaisia piirteitä ovat (muokaten Heikkilä ym., 2005): koordinoinnin erityinen tarve, vieraiden työntekijöiden toiminta organisaatiossa, epäselvyydet vastuissa ja johtosuhteissa, organisaation järjestelmien ja niiden kehittämisen ulkopuolelle jääminen (osittain tai kokonaan), toimivan yhteistyön rapautuminen, vaikutukset työilmapiiriin sekä tietoisuus uuden toimijan tuomista haasteista ja näiden haasteiden hallinta. Potilasturvallisuuden kannalta kiinnostavaa on esimerkiksi se, miten varmistetaan tarkoituksenmukainen työnjako ja sujuva yhteistyö julkisten ja yksityisten palveluiden tarjoajien välillä.

### ***Potilaan omavastuuta korostetaan***

Yksi keskeinen kehitystrendi terveydenhuollossa näyttää olevan potilaan valinnanvapauden ja omavastuun korostuminen (Aronkylä, 2010, 4; Kuusi ym., 2006; Winblad & Ringard, 2009). Tämä muutos liittyy toisaalta tarpeeseen tehostaa

terveydenhuollon toimintaa ja vähentää kuluja lisäämällä potilaan omaa aktiivisuutta. Toisaalta taustalla on myös moraalinen pyrkimys ottaa potilaan yksilölliset tarpeet ja oma näkemys vahvemmin hoidon pohjaksi. Sosiaali- ja terveydenhuolto on kritisoitu liian järjestelmälähtöiseksi. Suomalaisten terveydenhuollon potilaiden on todettu olevan tyytymättömiä niin mahdollisuuksiinsa osallistua hoitoon kuin tiedonsaantiin, kiireeseen ja riittämättömään henkilöstömäärään (Kvist, 2004). On esitetty että potilasta tulisi alkaa tarkastella asiakkaana. On myös tuotu esiin, että asiakkaan tarpeet tulisi palauttaa vahvemmin palvelutuotannon keskiöön ja muistutettu, että asiakas on yksi ja sama läpi palveluiden hallintorajojen (Virtanen ym., 2011). Muutos asiantuntijälähtöisestä potilaan hoidosta asiakaslähtöiseen kumppanuuteen ja potilaan omahoitoon koskee erityisesti pitkäaikaissairauksien hoitoa (esim. Routasalo ym., 2010; Virtanen ym., 2011).

Beresford (2000) on todennut, että sosiaalihuollossa asiakkaan osallistamisessa ollaan terveydenhuoltoa edellä. Kuitenkin myös sosiaalihuollossa asiakkaiden osallistamista on yhä tarpeen lisätä ja syventää. Asiakkaat tulisi Beresfordin mukaan ottaa vahvemmin mukaan esimerkiksi alan tutkimukseen, sosiaalihuollon teorioiden kehittämiseen ja niistä keskustelemiseen.

Virtanen ym. (2011, 19) ovat kiteyttäneet asiakaslähtöisyyden perimmäisen olemuksen sosiaali- ja terveyssektorilla neljään keskeiseen ulottuvuuteen: 1) asiakaslähtöisyys on toiminnan arvoperusta, joka perustuu ihmisarvoisuudelle, 2) asiakaslähtöinen toiminta organisoidaan asiakkaan, ei pelkästään palvelutuottajan, tarpeista käsin, mikä edellyttää organisoijalta asiakasymmärrystä, 3) asiakas nähdään palveluihin osallistuvana aktiivisena toimijana, ei passiivisena palveluiden kohteena, 4) asiakkaan oman elämän asiantuntemus tekee hänestä palveluprosessissa työntekijän kanssa yhdenvertaisen toimijan ja tasavertaisen kumppanin.

Jorm ym.(2009) ovat todenneet, että potilaiden ääni on toistaiseksi jäänyt vähäiseksi potilasturvallisuuden kehittämisessä. Heidän mukaansa turvallisuusmallit ovat vaillinaisia, jos ne eivät ota kantaa siihen, miten potilas liittyy tai on olemassa systeemissä. Potilaiden osallistamiseen on toisaalta suhtauduttu myös kriittisesti (esim. Entwistle, 2007; Lyons, 2007). Potilaiden mahdollisuudet osallistua oman potilasturvallisuutensa varmistamiseen vaihtelevat esimerkiksi terveydentilan mukaan. Myös terveydenhuollon ammattilaiset ovat koulutuksensa ja ammattikokemuksensa pohjalta erilaisissa rooleissa turvallisuuteen vaikuttamisessa. Ammatilliselta edellytetään myös hänen asiantuntemuksensa pohjalta erilaista vastuuta kuin potilaalta.

POTILASTURVA-projektissa potilasjärjestöille toteutetussa kyselyssä useimmat vastaajat olivat sitä mieltä, että yksittäisten potilaiden tulisi osallistua sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden potilasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen. Kuitenkin viisi kahdeksastatoista vastaajasta suhtautui osallistumiseen jokseenkin kielteisesti. Potilasjärjestöedustajat toivat esiin esimerkiksi sen, että potilaan näkökulma rajoittuu helposti omaan tilanteeseen. Maallikkopotilas ei osaa välttämättä suhteuttaa kokemuksiaan laajaan kontekstiin eikä siten voi auttaa organisaation toiminnan kehittämisessä. Tällöin yksittäisen potilaan kokemusten jäsentäjäksi tarvitaan esimerkiksi ammattihenkilöitä tai potilasjärjestöedustajia.

Potilaan omavastuun korostuessa perinteinen toimintayksikkölähtöinen turvallisuudenjohtaminen ei tulevaisuudessa pelkästään enää riitä. Toiminnan turvallisuutta on tarpeen tarkastella paitsi toimintayksikkölähtöisesti myös potilaan hoitokokonaisuuden näkökulmasta, ottaen huomioon koko se organisaatioiden ja toimijoiden verkosto, joka hoitoon osallistuu.

### ***Kolmannen sektorin organisaatioiden rooli korostuu***

Kolmannen sektorin organisaatioiden eli erilaisten kansalaisjärjestöjen rooli sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä on yhä tärkeämpi ja ammattimaisempi. Kolmannen sektorin rooli on keskeinen erityisesti sellaisissa kohdissa, joissa hallinnolliset toimintayksiköt, kuten sairaalat ja terveyskeskukset tai vanhainkodit, eivät kykene täyttämään kansalaisten tarpeita (Virtanen ym., 2011). Erityisesti erilaisten potilasjärjestöjen roolia terveydenhuoltojärjestelmän ja sen potilasturvallisuuden kehittämisessä voidaan pitää tärkeänä. Potilasjärjestöjen määrä onkin kasvanut Pohjoismaissa viime vuosina (Winblad & Ringard, 2009).

Potilasturvallisuuden johtamisessakin on jatkossa tarpeen tehdä vahvemmin yhteistyötä kolmannen sektorin organisaatioiden kanssa. Toistaiseksi esimerkiksi potilasjärjestöjen asiantuntemusta toimintayksiköiden potilasturvallisuuden johtamisen tukena ei ole vielä hyödynnetty täysipainoisesti. Potilasjärjestöt ovat usein hyvä taho puhumaan sellaistenkin potilaiden puolesta, jotka eivät henkilökohtaisesti ole kykeneviä tai halukkaita tuomaan näkemyksiään esiin ja osallistumaan systemaattisella tavalla sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden johtamiseen. POTILASTURVA-projektissa toteutetun kyselyn mukaan potilasjärjestöt ovat varsin halukkaita osallistumaan sairaaloiden ja muiden toimintayksiköiden potilasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen. Myös potilasjärjestöjen omaa potilasturvallisuustoimintaa on johdettava jatkossa systemaattisesti.

### ***Teknologiaa kehitetään***

Teknologian kehitys sosiaali- ja terveydenhuollossa on nopeaa ja vaikuttaa merkittävästi siihen, miten palveluita toteutetaan. Tutkimus- ja kehityspanostusta investoidaan tällä hetkellä merkittävässä määrin esimerkiksi niin sanottuihin henkilökohtaisiin terveystietojärjestelmiin (Personal Health Systems), jotka mahdollistaisivat potilaan omahoidon ja vastuunoton. Markkinat tällaisille tuotteille eivät ole vielä täysin avautuneet, mutta henkilökohtaisten terveystietojärjestelmien ennustetaan olevan tärkeitä tulevaisuudessa etenkin pitkäaikaissairauksien hoidossa (esim. Honka ym., 2011).

Teknologiaa kehitetään paitsi tukemaan potilaan omaa terveydenhallintaa myös korvaamaan sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön työpanosta. Terveydenhuollon robotiikan sovellusalueita ovat esimerkiksi robottivusteinen ennaltaehkäisevä hoito ja diagnosointi, robottileikkaukset, robottivusteinen kuntoutus, robottivusteinen ammatillinen perushoito sekä vammaista tai sairasta henkilöä avustava robotiikka (Butter ym., 2009). Kansainvälisillä markkinoilla on jo joitakin robotteja, jotka on suunniteltu simuloimaan jopa ihmisten välistä sosiaalista vuoro-



vaikutusta (mts. 53). Tällaisen niin sanotun sosiaalisen robotiikan tarjoamien ratkaisujen hyödyntämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa selvitetään parhaillaan myös Suomessa.

Teknologian kehitys nähdään usein melko yksipuolisesti potilasturvallisuutta ja hoidon laatua edistävänä asiana (katso esim. Stroetmann ym., 2007, 40–41). Esimerkiksi robotiikan ajatellaan lisäävän hoidon laatua ja turvallisuutta koska robottien katsotaan voivan toimia ihmistä tarkemmin ja pystyvän toistamaan toimintoja ihmisistä paremmin (Butter ym., 2009, 36).

Toisaalta teknologian kehitys tuo myös mukanaan uudenlaisia potilasturvallisuushaasteita. Teknologia on aina ihmisen suunnittelemaa ja rakentamaa, eikä se siten ole koskaan virheetöntä ja toiminnan vaatimuksia täydellisesti huomioon ottavaa. Jos toiminta rakennetaan täysin teknologian varaan, teknologian yllättäen pettäessä ihminen ei enää pystykään hallitsemaan toimintaa puutteellisen osaamisen, tilannekuvan ja työvälineiden vuoksi. Teknologia on luonteeltaan toisenlainen toimija kuin ihminen. Joissakin tehtävissä tai tilanteissa tarvitaan esimerkiksi ihmisen luovuutta ja tilannekohtaista päätöksentekokykyä.

Uusiin teknologioihin liittyy aina myös harjoitteluvaihe, jossa niin teknologian käyttäjät kuin kehittäjätkin vasta opettelevat, miten teknologia toimii käytännössä, millä tavalla se muuttaa käytäntöjä sekä mitä uusia rajoituksia ja uusia mahdollisuuksia siitä seuraa. Usein teknologian aiheuttamaa kulttuurin ja käytäntöjen muutosta ei oteta huomioon teknologian käyttöönottoa harkittaessa. Myöskään potilasturvallisuusvaikutuksia ei tyypillisesti tarkastella, jos teknologia ei ole suoraan potilaisiin kosketuksissa (esim. tietojärjestelmät).

Mikäli teknologian kehitys etenee kuten on ennustettu, jatkossa potilasturvallisuuden johtamisessa ollaan yhä enemmän tekemisissä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön sijaan teknologian myyjien, suunnittelijoiden ja tuottajien kanssa. Teknologia- ja tietojärjestelmätoimijat on tarpeen ottaa ja saada mukaan aktiivisiksi toimijoiksi toimintayksiköiden potilasturvallisuuden johtamiseen. Olenaiseksi tehtäväksi turvallisuuden johtamisessa nousee teknologioihin ja erilaisten teknologioiden yhteistoimintaan liittyvien turvallisuusriskien arviointi. Turvallisuuden varmistamiseksi organisaatioissa tullaan myös tarvitsemaan erityistä terveys-tekniikka-asiantuntemusta, henkilöitä, jotka tuntevat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että teknologian ja pystyvät välittämään oikeanlaista ymmärrystä hoidosta hoitohenkilöstön ja teknologiatoimittajien välillä.

Voidaan myös olettaa, että potilasturvallisuuden johtaminen tapahtuu tulevaisuudessa yhä enemmän tietotekniikan välityksellä ja avustamana. Esimerkiksi potilasturvallisuutta koskevien tietojen keräämiseen, hallintaan ja analysointiin sekä turvallisuutta koskevan tiedon välittämiseen ja henkilöstön kouluttamiseen on saatavilla jatkuvasti kehittyneempiä ja kokonaisvaltaisempia teknisiä ratkaisuja.

### ***Kulujen hallintaa korostetaan***

Kustannusvaikuttavuuden takaaminen on keskeinen haaste terveydenhuollossa jo nyt, ja sen on arvioitu olevan sitä yhä enemmän tulevaisuudessa. Erityisesti erikoissairaanhoidon ja lääkityksen kulujen hallinta painottuu tulevaisuudessa. Hoitojen



vaikuttavuuden osoittaminen tulee entistä keskeisemmäksi. On esitetty, että vuonna 2015 tulee terveydenhuollossa olla käytössä menettely, jolla varmistetaan, että julkisin varoin kustannetaan vain kustannusvaikuttavia hoitoja (Kuusi ym., 2006). Tarkoituksena on estää ei-vaikuttavien tai kalliiden tai vain marginaalisesti entistä tehokkaampien hoitojen käyttö julkisin varoin.

Potilasturvallisuuden johtamisen kannalta keskeiseksi kysymykseksi nousee: miten säästöjä tehtäessä voidaan yhä kehittää potilasturvallisuutta tai edes säilyttää nykyinen turvallisuuden taso. Keskeiseksi tehtäväksi potilasturvallisuuden johtamisessa nousee säästöjen oikeanlainen kohdistaminen, niiden seurausten ennakointi ja mahdollisten potilasturvallisuusriskien tunnistaminen ja esiin nostaminen. Toisinaan voidaan joutua käymään avointa eettistä keskustelua siitä, millaisia potilasturvallisuusriskejä ollaan valmiita hyväksymään.

Kulujen hallinnan vaatimuksen korostuessa painetta myös potilasturvallisuuden kehittämistoimien ja potilasturvallisuusinvestointien vaikuttavuuden osoittamiseen tulee enemmän. Pitkällä jännitteellä tarkoituksenmukaisten ja laaja-alaisten potilasturvallisuuden johtamistoimien vaikuttavuutta on kuitenkin vaikea osoittaa kustannusvaikuttavuusmielessä.

### ***Ennaltaehkäisevät toimet korostuvat hoitotoimien sijaan***

On esitetty, että tulevaisuudessa ennaltaehkäisevien toimien tulee saada yhä keskeisempi rooli terveydenhuollossa. Vaivojen ennaltaehkäisyä edistävillä elinympäristöillä ja elämäntavoilla, mielenterveyttä edistävillä työolosuhteilla, liikunnalla, terveellisellä ravinnolla, tupakoimattomuudella ja alkoholin käytön hallinnalla korostuu tulevaisuudessa (Kuusi ym., 2006). Kun toiminta siirtyy yhä enemmän laitosten seinien ulkopuolelle ja kohdistuu terveisiin ihmisiin, potilasturvallisuuden lisäksi tulee keskustella yhä enemmän asiakasturvallisuudesta tai vielä laajemmin kansalaisturvallisuudesta. Joissain kunnissa on lähdettykin tekemään näin. Potilasturvallisuuden seuranta ja kehittäminen on pyritty kytkemään osaksi kunnan laajempaa turvallisuusstrategiaa ja asukkaiden yleisen turvallisuuden kehittämistä.

### ***Elämän loppuvaiheen hoito korostuu***

Samaan aikaan ennalta ehkäisevien toimien korostumisen kanssa yhtenä tulevaisuuden kehittämissuunnitelmienä on tuotu esiin elämän loppuvaiheen hoidon kehittäminen (Kuusi ym., 2006). Pidentyneeseen elinikään liittyvien sairauksien, esimerkiksi dementian, lisääntyminen haastaa sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot panostamaan kuolevien potilaiden inhimilliseen, yksilölliseen ja arvostavaan saattohoitoon. On esitetty, että saattohoidon osaamisen tulisi jatkossa kuulua terveydenhuollon henkilöstön peruskoulutukseen (Kuusi ym., 2006).

Potilasturvallisuuden johtamisessa on huomioitava esimerkiksi se, että huonokuntoisen potilaan aktiivinen osallistuminen hoitoonsa tai potilasturvallisuuden varmistamiseen on vaikeaa. Hoitohenkilöstön vastuu turvallisuudesta korostuu. Myös omaisilla on keskeisempi rooli elämän loppuvaiheen hoidossa. Omaisten

vastuu turvallisuudesta korostuu ja omaiset on siten tarpeen ottaa aktiivisiksi toimijoiksi mukaan potilasturvallisuuden johtamiseen,

### ***Maiden rajoja ylittävä hoito lisääntyy***

Valtioiden rajat ylittävistä hoidosta (cross-border care) on tullut jatkuvasti näkyvämpi ilmiö Euroopassa. Potilaat toimivat yhä useammin kriittisten kuluttajien tapaan ja valitsevat palveluntuottajansa tarvittaessa oman maan rajojen ulkopuolelta (Wismar ym., 2011). Puhutaan niin sanotusta terveysturismista. Potilaiden liikkuvuutta lisäävät usein tyytymättömyys oman maan palvelutarjontaan sekä huonot hoitokokemukset (mts. 1).

Myös terveydenhuoltohenkilöstö liikkuu yhä enemmän maiden rajojen ylitse erilaisten koulutusten sekä tilapäisten tai pitkäaikaisten työskentelyjaksojen muodossa. Myös terveydenhuolto-organisaatioiden välillä tehdään yhä enemmän rajat ylittävää yhteistyötä ja organisaatiot saattavat tarjota palveluita toiseen maahan erilaisten etäyhteysmenetelmien avulla. Rajat ylittävä hoito voi tarkoittaa myös yhteistyötä palveluntuottajien ja rahoittajien välillä yli rajojen (Wismar ym., 2011, 2).

Potilasturvallisuuden johtamiselle hoidon kansainvälistyminen tarkoittaa muun muassa sitä, että johdettavia toimijoita on enemmän. Potilasturvallisuuden johtamisessa on tarvittaessa tarkasteltava jopa maiden rajat ylittäviä toiminnallisia kokonaisuuksia. Potilasturvallisuuden johtamisessa on myös huomioitava henkilöstön ja potilaiden kansallisen kulttuurin väliset erot. Potilasturvallisuuden johtamisessa keskeiseksi tehtäväksi nousee erilaisen kulttuuri- ja kielitaustan omaavien ihmisten keskinäisen ymmärryksen lisääminen ja turvallisen yhteistyön tukeminen.

### 3. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat monimutkaisia adaptiivisia järjestelmiä

Millaisia organisaatioita sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat luvussa 2 esitettyjen piirteiden valossa? Miten sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden perusluonnetta voitaisiin kiteyttää? Organisaation johtamisen ja sen onnistumisen kannalta on ratkaisevaa, millaisena johdettava organisaatio nähdään. Tässä luvussa esitämme, että sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot voidaan nähdä ns. monimutkaisina adaptiivisina järjestelminä. Kuvaamme, miten luvussa 2 esitetyt sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden erityispiirteet kytkeytyvät monimutkaisia adaptiivisia järjestelmiä käsittelevään teoriaan. Johtaminen on varsin erilaista, kun järjestelmää tarkastellaan monimutkaisena adaptiivisena järjestelmänä verrattuna sellaisen järjestelmän johtamiseen, joka hahmotetaan suoraviivaiseksi ja lineaariseksi. Käsittelemme luvun lopuksi myös sitä, millaista toimintaa monimutkaisten adaptiivisten järjestelmien johtaminen on.

#### 3.1 Monimutkainen adaptiivinen järjestelmä

Tätä julkaisua kirjoitettaessa tutkimuksen piirissä vallitsee yhä laajempi yksimieliisyys siitä, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää tulisi tarkastella monimutkaisena adaptiivisena järjestelmänä (esim. De Savigny & Taghreed, 2009). Monimutkainen adaptiivinen järjestelmä (Complex<sup>2</sup> Adaptive<sup>3</sup> System eli CAS) on Plsekkin ja Greenhalghin (2001) määritelmän mukaisesti ”joukko yksilöllisiä toimijoita,

---

<sup>2</sup> Englanninkielinen termi 'complex' käännetään toisinaan suomeksi myös kompleksiksi tai kompleksiseksi. Englannin kielessä termi 'complex' viittaa eri asiaan kuin termi 'complicated'. 'Complex system' viittaa järjestelmään, jota ei voida koskaan aivan täysin mallintaa, kun taas 'complicated system' viittaa järjestelmään, joka on mallinnettavissa, jos vain saadaan riittävästi tietoa. Suomeksi nämä molemmat termit kuitenkin kääntyvät termiksi 'monimutkainen'. Suomenkielinen termi ei siis aivan täysin tavoita termin 'complex' merkitystä.

<sup>3</sup> Englannin kielen termi 'adaptive' voidaan kääntää suomeksi mukautuvaksi, sopeutuvaksi tai joustavaksi. Koska kaikki nämä suomen kielen termit kuvaavat adaptiivisen johtamisen puolia, käytämme tässä kokoavaa termiä *adaptiivinen*.

### 3. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat monimutkaisia adaptiivisia järjestelmiä

---

*jotka voivat toimia ennakoimattomalla tavalla ja jotka vaikuttavat toisiinsa siten, että kunkin toimijan toiminta muuttaa muiden toimijoiden toimintaympäristöä".* Monimutkaista adaptiivista järjestelmää on kuvattu myös verkostojen verkostoksi (esim. Rouse, 2000).

Joitakin POTILASTURVA-projektissa keskeisiä erityyppisiä yksilöllisiä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimijoita on kuvattu kuvassa 2. Kukin näistä toimijoista voi toimia ennakoimattomalla tavalla ja vaikuttaa toisiin siten, että muiden toimijoiden toimintaympäristö muuttuu.

Monimutkaista adaptiivista järjestelmää kuvataan usein myös *systemien systeemiksi* (esim. Rouse, 2000). Tällöin korostetaan sitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä toimii useita eritasoisia sisäkkäisiä järjestelmiä. Ylemmän tason toimijat luovat edellytyksiä alemman tason toiminnolle. Esimerkiksi se, mitä asioita yhteiskunnan tasolla toimivat henkilöt ja organisaatiot (esim. poliittiset päättäjät, viranomaiset) nostavat esille, ohjaa myös sitä, mihin toimintayksiköissä kiinnitetään huomiota. Alemman tason toimijat toisaalta myös vaikuttavat ylemmän tason toimijoihin, joskus hyvin voimakkaastikin. Esimerkiksi aktiivinen potilasturvallisuusasiantuntija yksittäisessä sairaanhoitopiirissä voi saada aikaan muutoksia koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä.

Toimintayksiköiden potilasturvallisuuden johtamiselle luovat edellytyksiä ja asettavat vaatimuksia myös monet sellaiset toimijat, jotka usein mielletään varsinaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ulkopuolisiksi toimijoiksi. Koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän on siis järjestelmä järjestelmän sisällä tai verkosto verkostojen verkostossa. Esimerkiksi teknologian kehitys, sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön koulutus, ammatillinen edunvalvonta ja tutkimus vaikuttavat siihen, minkälaisiin asioihin organisaatioiden potilasturvallisuuden johtamisessa on tarpeen tarttua.

**Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot voidaan kaikessa luvussa 2 esitetyssä monimuotoisuudessaan nähdä monimutkaisina adaptiivisina järjestelminä, jotka toimivat laajemman adaptiivisen järjestelmän (sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä) sisällä ja osana muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden muodostamaa verkostoa.**

Vaasan keskussairaala	Suomen syöpäpotilaat ry
	Lääkäriliitto potilaan omainen
Kårkulla samkommun	Valvira
Suomen potilasturvallisuusyhdistys	Arcada ammattikorkeakoulu
potilas	Mehiläinen
Awanic Oy	eduskunta sairaanhoitaja
	sosiaali- ja terveysministeriö
NHG Audit Oy	Työterveyslaitos
Espoon sosiaali- ja terveystoimi	Huperman Oy
Sotilaslääketieteen keskus	Pietarsaaren kaupunki
	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
VTT	Suomen Potilasliitto Ry
onkologian vuodeosasto	johtajaylilääkäri
tutkija	Suomen hallitus
Aluehallintovirasto	lääkäri sosiaalityöntekijä

Kuva 2. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimijoita.

### 3.2 Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän toiminnan piirteet

Monimutkaisella adaptiivisella järjestelmällä on piirteitä, jotka vaikuttavat siihen, miten järjestelmän toimintaa on mahdollista ja kannattavaa ohjailta (taulukko 1). Ensinnäkin, ne ovat **avoimia** järjestelmiä (Andersson & McDaniel, 2000; Plsek & Greenhalgh, 2001; Holden, 2005). Tämä tarkoittaa sitä, että osa organisaation kannalta keskeisistä vaikuttimista on muodollisten organisaatorajojen ulkopuolella. Järjestelmän luonnolliset rajat elävät eivätkä ole aina yhtenevät muodollisten rajojen kanssa. Esimerkiksi ulkomailta saapuvan potilaan hoidossa osa hoidon vaiheista saatetaan toteuttaa ulkomaisessa terveydenhoitoyksikössä. ”Luonnollisen” organisaation muodostaa tällöin suomalaisen toimintayksikön sijaan maiden rajat ylittävä toiminnallinen kokonaisuus. Hoidon muuttuessa yhä enemmän teknologiavälitteiseksi sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden ulkopuolisina toimijoina pidetyt teknologiankehittäjät ja tuottajat muuttuvat taustavaikuttajista organisaation keskeisiksi toimijoiksi. Rajojen avoimuudesta esimerkki on myös vuokralääkäreiden toiminta. Vuokralääkärit kuuluvat virallisesti vuokralääkäriyritykseen, mutta he saattavat kuitenkin toimia luonnollisena osana vaikkapa julkisen terveys-

### 3. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat monimutkaisia adaptiivisia järjestelmiä

---

aseman organisaatiota. Tarkkoja ja yksiselitteisiä rajoja organisaatioiden ja organisaation sisällä toimivien yksiköiden välille on vaikea vetää.

Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat **historiariippuvia** (Andersson & McDaniel, 2000; Holden, 2005). Ne kehittyvät ja niiden historia osaltaan määrittää niiden nykyistä toimintaa. Esimerkiksi organisaatioiden perustehtävät ovat määntyneet historian kuluessa sellaisiksi kuin ne ovat tänä päivänä, ja ne määrittävät sitä, miten organisaatiossa toimitaan ja millaisten vaarojen kanssa niissä ollaan erityisesti tekemisissä. Ammattikulttuurit ovat myös pitkän historiallisen kehityksen tulos ja vaikuttavat siihen, miten organisaatioissa toimitaan tänään.

**Taulukko 1.** Monimutkaisten adaptiivisten järjestelmien piirteet.

Rajojen avoimuus
Historiariippuvuus
Dynaamisuus
Tiiviskytkeäisyys
Palauteohjautuvuus
Epälineaarisuus
Palautumattomuus
Aikariippuvuus
Itseorganisoituvuus
Sopeutuvuus ja kehittyvyys
Jännitteisyys

Organisaatiot ovat **dynaamisia** (Andersson & McDaniel, 2000; Rouse, 2000; Holden, 2005; Sterman, 2006), eli ne muuttuvat jatkuvasti, kuten luvussa 2.4 jo tuotiin esiin. Organisaatioiden sisällä tehdään muutoksia. Yksiköitä yhdistetään tai lakkautetaan ja uusia perustetaan. Organisaatiossa työskentelevät ammattilaiset vaihtavat työpaikkaa. Teknologiaa voidaan vaihtaa toiseen. Myös potilaat ja heidän hoidontarpeensa vaihtuvat.

Organisaatiossa vaikuttaa myös lukuisia **tiivitä kytkentöjä** (Sterman, 2006; WHO, 2009, 41). Vuorovaikutus organisaatiossa on rikasta (Andersson & McDaniel, 2000, Holden 2005) ja monimutkaisessa järjestelmässä kaikki vaikuttaa kaikkeen. Organisaation sisällä yksilöt, erilaiset teknologiat ja yksiköt muodostavat keskenään erilaisia yhteyksiä, jotka kytkeytyvät toisiinsa verkostoiksi. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot toimivat yhdessä myös muiden hyvinvointipalveluja tuottavien organisaatioiden sekä yhteiskunnallisen tason, kuten poliittisten päättäjien, kanssa, ja siksi yhteiskunnallisen tason päätös voi näkyä nopeastikin organisaatiossa toimivan yksilön arjessa.

Organisaatiot ovat myös **palauteohjautuvia** järjestelmiä. Tiiviit kytkennät organisaation muihin toimijoihin sekä organisaation ulkopuolisiin toimijoihin saavat aikaan sen, että yhden toimijan päätökset ja toiminta muuttavat muiden toimijoiden toimintaympäristöä, johon muut toimijat sitten reagoivat. (Andersson & McDaniel, 2000; Rouse, 2000; Holden, 2005; Sterman, 2006). Ihmiset eivät kuitenkaan

yleensä tunnista kaikkia toimintaympäristönsä muutoksia eivätkä reagoi niihin. Ihmisillä on taipumusta ajatella syitä ja seurauksia lyhyinä ja yksinkertaisina ketjuina ja tehdä päätöksensä tämän mukaan. Usein hyväksytään ensimmäinen hyvältä vaikuttava selitys. (Serman, 2006). Lisäksi usein koetaan tarvetta reagoida nopeasti. Esimerkiksi tilanteessa, jossa organisaation kustannusten havaitaan nousseen, voidaan tehdä päätös vähentää henkilökuntaa. Näin saadaan nopeasti aikaan säästöjä, mutta ei välttämättä mietitä sitä, miten tämä toimenpide vaikuttaa muihin asioihin, kuten henkilöstön motivaation ja jaksamiseen ja siten työtehoon; ammattitaitoisen henkilöstön pysymiseen ja saamiseen organisaatioon jatkossa; organisaation mahdollisuuksiin perehdyttää uutta ja väliaikaista henkilöstöä; toiminnan laatuun ja sitä kautta hoitovirheisiin ja sairaalainfektioiden leviämiseen tai muihin myös potilasturvallisuuteen vaikuttaviin tekijöihin.

Yhtenä sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden piirteinä voidaan pitää myös **epälineaarisuutta**. Toimenpiteiden vaikutukset ja niiden eteneminen järjestelmässä eivät ainakaan kokonaisuudessaan ole suorassa suhteessa toimenpiteeseen. (Andersson & McDaniel, 2000; Rouse, 2000; Plsek & Greenhalgh, 2001; Serman, 2006). Esimerkiksi jonkin mittavan kehittämistoimenpiteen vaikutukset voivat jäädä vähäisiksi tai päinvastoin. Toimenpiteet voivat vaikuttaa paikallisesti, mutta eivät laajemmin. Toimenpiteistä voi seurata odottamattomia tai jopa odotusten vastaisia vaikutuksia.

Muutokset järjestelmässä ovat usein **palautumattomia** (Serman, 2006), eli esimerkiksi kehittämistoimenpiteiden jälkeen ei ole mahdollisuutta palata takaisin lähtötilanteeseen. Järjestelmän jatkuva muutos aiheuttaa sen, että järjestelmä itsessään ei ole enää sama kuin alussa. Toimenpiteiden vaikutukset ovat moninaiset, eivätkä useinkaan peruutettavissa. Kun erilaisia asioita kokeillaan, ei ole lainkaan selvää, että kokeilun jälkeen voidaan haluttaessa jatkaa kuten ennen. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot ovat myös **aikariippuvia** (Plsek & Greenhalgh, 2001; Serman, 2006; WHO, 2009, 42). Tämä tarkoittaa sitä, että toimenpiteiden välittömät vaikutukset voivat olla erisuuntaiset kuin pidemmän ajan vaikutukset.

Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatio on myös **itseorganisoituva**, eli toiminta ohjautuu ja päätöksiä tehdään tilannekohtaisesti ja paikallisesti tilanteen vaatimusten ja yksikön tai yksilön oman harkinnan ja käsitysten mukaisesti, paikallisen rationaaliteetin pohjalta (Andersson & McDaniel, 2000; Rouse, 2000; Serman, 2006). Koska organisaatio ja sen toimintaympäristö muuttuvat jatkuvasti ja toiminta organisaatiossa on monimutkaista, epälineaarista ja vaikeasti ennakoitavaa, itseorganisoituminen on viimekädessä järjestelmän toimimisen välttämätön ehto.

Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän **sopeutuvuus ja kehittyvyys** (eli adaptiivisuus) tarkoittaa sitä, että organisaation toimijoiden kyvyt ja toiminta muuttuvat jatkuvasti. Ihmiset oppivat jatkuvista muutoksista ja runsaasta vuorovaikutuksesta saamastaan palautteesta, ja vastaavasti myös organisaation kulttuuri kehittyy. Tätä kehittymistä ohjaavat ensisijassa ihmisten omat käsitykset, uskomukset ja tavoitteet sekä heidän keskeinen vuorovaikutusverkostonsa. Näin kehitys ei välttämättä ole organisaation johdon tahdon mukaista eikä välttämättä edesauta organisaation toimintaa ja sen tavoitteiden saavuttamista. (Rouse, 2000; Plsek & Greenhalgh, 2001; Serman, 2006),

**Jännitteisyys** monimutkaisessa adaptiivisessa järjestelmässä syntyy siitä, että organisaation eri toimijoilla on erilaisia tarpeita ja tavoitteita (Andersson & McDaniel, 2000; Rouse, 2000; Plsek & Greenhalgh, 2001), Tämän vuoksi neuvottelu toiminoista ja niiden sovittelu on jatkuvasti tarpeen. Myös keskinäistä kilpailua esiintyy helposti. Esimerkiksi useita erikoisalaja käsittävässä sairaalassa panostus yhden erikoisalan potilaiden turvallisuuteen voi heikentää toisen alan turvallisuutta tai panostus yksittäisen potilaan turvallisuuteen voi olla pois muiden potilaiden turvallisuudesta. Joskus henkilöstön turvallisuus ja potilaiden turvallisuus voivat olla ristiriidassa keskenään. Toisaalta jännitteisyys saattaa johtaa uusiin kehitysaskeliin ja tuoda esille uusia näkökulmia ja toimintatapoja.

Edellä kuvatuista piirteistä seuraa, että organisaatioiden toiminta voi näyttää intuition vastaiselta. Tapahtumien ja ilmiöiden varsinaiset syyt ovat yleensä ajallisesti kauempana tai muualla kuin mistä niitä intuitiivisesti normaalisti etsitään. Huomio kiinnittyy oireisiin – ei niinkään perimmäisiin syihin. Epälineaarisuuden vuoksi selviä syy-yhteyksiä ei välttämättä voida edes löytää. Esimerkiksi ns. muutostavastarinta voi tuntua käsittämättömältä monen rationaalisesti hyvin perustellun kehitystoimenpiteen kohdalla. (Sterman, 2006)

Edellä kuvatuista piirteistä seuraa myös se, että monimutkaisessa adaptiivisessa järjestelmässä kukaan ei pysty täysin ennakoimaan ratkaisujen vaikutuksia ja siten varsinaisesti hallitsemaan järjestelmää (Andersson & McDaniel, 2000, Rouse, 2000). Järjestelmän toimintaa on mahdotonta ennustaa tarkalleen. Luvussa 2.4 esitetyt tulevaisuuden kehityslinjatkin ovat vain mahdollisia kehityspolkuja, eivät välttämättömiä prosesseja, jotka kerran käynnistyttyään vievät väajäämättä tiettyyn lopputulokseen. Osa niistä voi toteutua, osa jäädä toteutumatta. Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden itseohjautuvat toimijat voivat vaikuttaa tulevaisuuteensa – luoda sitä. Se, mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä ja sen sisällä toimivat organisaatiot lopulta kulkevat, määräytyy useiden osittain itseohjautuvien toimijoiden vuorovaikutuksen tuloksena. Potilasturvallisuus on tämän vuorovaikutuksen ominaisuus, eli se on koko järjestelmän toiminnan emergentti ominaisuus ja siten yhtä vaikeasti ennustettavissa ja hallittavissa kuin järjestelmän muut ulottuvuudet. Miten sitten tällaisia organisaatioita ja niiden potilasturvallisuutta ollenkaan voidaan johtaa?

### 3.3 Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän johtaminen

Turvallisuusjohtamisessa on pitkään ollut vallitsevana johtamisajattelu, jossa painotetaan turvallisten toimintatapojen määrittelyä ja laitteiden turvallisuuden parantamista yksityiskohtaisin ohjeistuksin ja määräyksin sekä näihin liittyvällä valvonnalla. Järjestelmän kokonaisuuden ja osatekijöiden vuorovaikutuksen sijaan huomiota on kiinnitetty järjestelmän osatekijöihin. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon johtamiskirjallisuudessa on usein sama taustaoletus: laatu ja tehokkuus paranevat, kun toimintatavat määritellään tarkasti ja toimintatapojen noudattamista valvotaan. Esimerkiksi Parviainen ym. (2005) korostavat toiminnan mittaroinnin ja valvonnan merkitystä terveydenhuollon johtamisessa. Itse asiassa kaikissa pohjois-



maissa on painotettu ennen kaikkea muodollisuutta ja yksityiskohtaista säätelyä terveydenhuoltojärjestelmän hallinnan keinona (Magnussen ym., 2009, 48). Monet tutkijat ovat kuitenkin esittäneet, että monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän menestyksellä johtaminen edellyttää uudenlaista johtamista. Myös perinteisillä turvallisuuskriittisillä aloilla on viime aikoina havaittu ns. vanhan, yksityiskohtaiseen säätelyyn perustuvan turvallisuusjohtamisen paradigman puutteellisuus. Schwandt ja Szabla (2007) käyvät läpi yleisen johtamistutkimuksen satavuotista historiaa ja päätyvät samankaltaisiin tuloksiin painopisteiden muuttumisesta (ks. myös luku 1.2).

McDanielin ja Driebe (2001) mukaan organisaatioiden toiminnan monimutkaistuksessa johtamisen painopisteen tulisi muuttua kolmessa suhteessa: 1) tiedon hankinnasta ja tietämisestä ymmärryksen rakentamiseen, 2) ennustamiseen perustuvasta suunnittelusta uudenlaiseen tulevaisuusajatteluun, joka auttaa kohtaamaan tuntemattoman tulevaisuuden ja 3) järjestelmän hallinnasta sen voimavarojen vapauttamiseen. Tarvittavaa suunnan muutosta on luonnehdittu myös seuraavasti (muokaten McDaniel & Driebe, 2001; Andersson & McDaniel, 2000; Rouse, 2007):

- hallinnasta johtajuuteen ja improvisointiin
- valvonnasta kannusteisiin
- lopputulosten seurannasta lopputulosten tuottaman arvon tai hyödyllisyyden seurantaan
- tehokkuuden painotuksesta ketteryyden painotukseen
- hierarkiasta verkostoon
- organisoinnista itseorganisointumiseen
- päätöksenteosta ymmärryksen rakentamiseen
- tietämisestä oppimiseen.

Cameron ja Quinn (Cameron & Quinn, 2011; Quinn ym., 2011) ovat kuitenkin esittäneet, että sen sijaan että hylättäisiin perinteiset johtamisteoriat ja korvattaisiin ne uusilla, tulisi ymmärtää perinteisten teorioiden rajallisuus, ottaa niiden rinnalle uudenlaisia lähestymistapoja ja vaihdella joustavasti näiden välillä. Kyse olisi siis radikaalin johtamisparadigman muutoksen sijaan paradigman laajentumisesta ja siitä, että erilaisia lähestymistapoja käytetään ja yhdistellään tietoisesti ja tarkoituksenmukaisella tavalla.

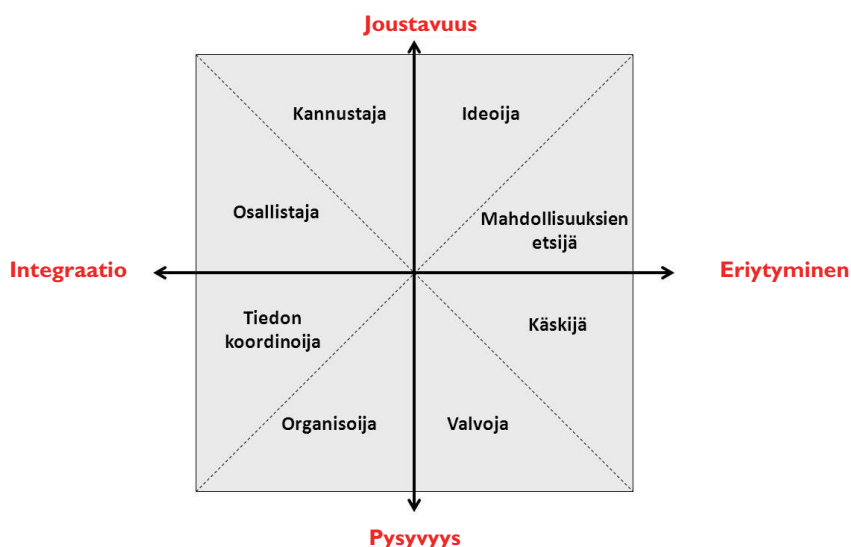
Nykypäivän monimutkaisten organisaatioiden johtamisessa on Cameronin ja Quinin mukaan tasapainoiltava erilaisten, ensi näkemältä vastakkaisilta tuntuvien johtamistapojen välillä (kuva 3). Johtajien tulee toisaalta luoda organisaatioon vakautta ja pysyvyyttä organisoimalla toimintaa ja asettamalla tavoitteita. Toisaalta johtajien tulee pyrkiä luomaan organisaatioon myös joustavuutta tukemalla yhteistyötä ja uusien ajatusten syntymistä. Johtamisessa tulee pyrkiä lisäämään järjestelmän toimijoiden yhtenäisyyttä, mutta toisaalta on myös hyödyllistä edistää eriytyneisyyttä sekä organisaation sisäistä ja organisaation ulkopuolelle suuntautuvaa

kilvoittelua. Tarvitaan siis johtajuutta, joka ei oikeastaan mahdu minkään yksittäisen olemassa olevan johtamisteorian piiriin.

Dixon-Woods ym. (2012) ovat koonneet yhteen terveydenhuollon laadunkehittämisohjelmassa esiin tulleita haasteita. Heidän johtopäätöksensä ovat linjassa Cameronin ja Quinnin teorian kanssa. Dixon-Woodsin ja kumppaneiden mukaan keskeisin oppi laadunkehittämisohjelmien arvioinneista on se, ettei terveydenhuollon laadunkehittämiseen ole olemassa mitään helppoa ratkaisua. Tarvitaan useita erilaisia, ensi näkemältä ristiriitaisiltakin tuntuvia lähestymistapoja. Dixon-Woodsin ja kumppaneiden mukaan tarvitaan tasapainoilua vahvan johtajuuden ja osallistamisen välillä. Lisäksi tarvitaan sekä suunnan näyttämistä ja valvontaa että joustamista paikallisten tarpeiden ja saadun palautteen mukaan.

Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän johtamistapaa on kuvattu myös adaptiiviseksi. Lichtenstein ja kumppanit (2006) ovat määritelleet adaptiivisen johtajuuden muutosvoimaksi, joka syntyy vuorovaikutuksen, jännitteiden sekä käsityksiä ja ymmärrystä ohjaavien vaihdantasäännösten tuotoksena. Adaptiivinen johtajuus ei heidän mukaansa tarkoita sitä, että johtaja saisi organisaation toimimaan tahtonsa mukaan, vaan pikemminkin sitä, että toimijat keskenään synnyttävät muutoksen. Lichtensteinin ja kumppaneiden (2006) mukaan monimutkaisissa adaptiivisissa organisaatioissa johtajuutta voi olla missä tahansa ja se siirtyy tarpeen mukaan. Johtaminen on siis emergentti tapahtuma, ei yksilö, joka johtaa. Johtaminen syntyy vuorovaikutuksessa eri toimijoiden välillä.

Monimutkaisten järjestelmien johtamisen yhteydessä käytetään joskus myös käsitettä jaettu tai hajautunut johtajuus (distributed leadership). Muun muassa Gronn (2002) on tuonut esiin, että johtamista tapahtuu käytännössä hyvin paljon organisaation alemmilla tasoilla ja keskitasolla käytävissä keskusteluissa ja yhteistyössä. Tätä toimintaa ei vain perinteisesti ole totuttu näkemään johtamisena. Johtajuusajattelun laajentumisen myötä on esitetty, että johtamisesta tulisi keskustella aktiivisesti organisaatioiden kaikilla toimintatasoilla ja että johtajien lisäksi myös muiden organisaation jäsenten tulisi hallita oppeja ja teorioita johtamisesta (Karkulehto & Virta, 2006).



**Kuva 3.** Monimutkaisen organisaation johtamisessa tarvittavat erilaiset johtamisroolit (muokaten Cameron & Quinn, 2011; Quinn ym., 2011).

Myös turvallisuuden johtamista käsittelevissä tutkimuksissa on viime aikoina kiinnitetty huomiota siihen, että turvallisuuden hallinta on organisaatioissa hajautunutta eikä perinteinen hierarkkinen, keskitetty johtajuus ole paras tapa varmistaa turvallisuutta (Woods & Branlat, 2011). Vastuun monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän johtamisesta tulisi jakautua useaan kontrollipisteeseen.

Koska sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot toimivat kiinteänä osana laajempaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää, tulisi johtamisen suuntautua paitsi organisaation sisään, myös organisaatiosta ulospäin. Teknologiayritysten kilpailua ja strategista johtamista tarkastelleet Hamel ja Prahalad (2006) ovat esittäneet, että voimakkaasti muuttuvassa toimintaympäristössä organisaatio voi ohjata omaa kohtaloaan vain ohjaamalla koko toimialaansa. Saman voidaan ajatella pätevän myös suurten muutosten keskellä eläviin sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioihin. Myös turvallisuustutkimuksen piirissä on aivan viime aikoina alettu kiinnittää huomiota siihen, että perinteinen organisaation sisään suuntautuva turvallisuudenjohtamisajattelu ei pelkästään riitä (Oedewald ym., 2011a; Gotcheva ym., 2012). Verkottuneessa toiminnassa organisaation on toisinaan johdettava koko verkoston toimintaa, ei vain oman organisaation osuutta siinä, jos halutaan todella huolehtia turvallisuudesta.

## 4. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli

Tässä luvussa esittelemme potilasturvallisuuden johtamismallin, joka rakentuu edellä kuvattujen sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden erityispiirteiden varaan ja ammentaa edellä kuvatusta monimutkaisia adaptiivisia järjestelmiä käsittelevästä kirjallisuudesta. Kuvaamme ensin, mitä tarkoitamme potilasturvallisuuden adaptiivisella johtamisella. Sitten esittelemme, keitä adaptiivisessa johtamisessa voidaan pitää potilasturvallisuuden johtajina. Määrittelemme lopuksi viisi periaatetta, joiden mukaisesti potilasturvallisuuden adaptiivista johtamista voidaan toteuttaa.

### 4.1 Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen määritelmä

Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaation potilasturvallisuuden johtamiseen tarvittavaa johtamistapaa voidaan kuvata adaptiiviseksi. Samaan tapaan kuin johdettava organisaatio itsessään on adaptiivinen, ympäristön muutoksiin ja vaatimuksiin joustavasti vastaava, myös johtamisen tulee olla muutosten ja vaatimusten mukaan joustavaa. Sen tulee ottaa huomioon luvussa 3.2 esitetyt monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän piirteet. Johtamisessa on myös tasapainoitettava erilaisten, osin vastakkaisiltakin tuntuviin johtamistapojen välillä.

Kuten monimutkaisten adaptiivisten organisaatioiden johtaminen yleensäkin, myös potilasturvallisuuden johtaminen monimutkaisissa adaptiivisissa järjestelmissä tulisi nähdä vuorovaikutteisena tapahtumana, johon osallistuu useita henkilöitä eri puolilta organisaatiota ja myös organisaation rajojen ulkopuolelta. Myös potilaat tai asiakkaat sekä heidän läheisensä on syytä nähdä aktiivisina osallistujina potilasturvallisuuden johtamisen vuorovaikutteisessa tapahtumassa. ***Organisaation potilasturvallisuuden adaptiivinen johtaminen voidaan nähdä toimijoiden vuorovaikutuksessa syntyvänä muutosvoimana, joka edistää organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja halua ymmärtää toimintaan liittyviä vaaroja ja vastata niihin.***

On mahdotonta vetää suoraviivaista rajaa siihen, mikä on turvallisuuden johtamista, mikä normaalia perustehtävän toteuttamista. Jaetun johtajuuden ajatuksen mukaisesti potilasturvallisuuden johtamista tapahtuu päivittäisessä vuorovaikutuksessa ja keskusteluissa. Itseorganisoituvassa monimutkaisessa adaptiivisessa

järjestelmässä kukin järjestelmän toimija vaikuttaa siihen, mihin suuntaan järjestelmä kehittyy. Jokaisen järjestelmän toimijan voidaan ajatella osallistuvan potilasturvallisuuden johtamisen vuorovaikutteiseen tapahtumaan. Kukin järjestelmän toimija tuo siihen oman panoksensa.

### 4.2 Organisaation sisäiset potilasturvallisuuden johtajat

Jokainen organisaation toimija osaltaan vaikuttaa organisaation potilasturvallisuuteen. Kuitenkin se, missä roolissa kukin toimija organisaatiossa toimii, asettaa reunaehdot ja luo mahdollisuuksia potilasturvallisuuden johtamiseen osallistumiselle. Taulukossa 2 olemme kuvanneet sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaation potilasturvallisuuden johtamisen kannalta keskeisiä toimijoita ja heidän asemaansa liittyviä vahvuuksia ja haasteita.

Toimintayksiköiden viralliset johtajat ja esimiehet (esimerkiksi osastonhoitajat, ylilääkärit) ovat avainasemassa potilasturvallisuuden johtamisessa. Heillä on muodollista valtaa vaikuttaa potilasturvallisuuteen liittyviin tekijöihin ja he vastaavat siitä, että potilasturvallisuustyölle – kuten työlle muutenkin – on riittävät resurssit. Toisaalta heidän roolissaan monet muutkin asiat, kuten organisaation taloudellinen tilanne sekä henkilöstön hyvinvointi, vievät huomiota ja aikaa.

Monissa terveydenhuollon organisaatioissa on nimetty potilasturvallisuusasiantuntijoita, jotka käyttävät työaikansa tai osan siitä organisaationsa potilasturvallisuuden arviointiin, seurantaan ja kehittämiseen. Tällaisessa roolissa on mahdollisuus kehittää aivan erityistä potilasturvallisuusasiantuntemusta, seurata turvallisuustutkimuksen edistystä, arvioida organisaation toimintaa potilasturvallisuuden näkökulmasta ja tukea sitä, että muut organisaation jäsenet ja organisaation verkostokumppanit voivat edistää työllään potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuusasiantuntijoilta puuttuu kuitenkin usein muodollinen päätöksentekovoima.

Turvallisuuskriittisillä aloilla organisaation turvallisuuden arvioimisessa ja varmistamisessa käytetään usein apuna myös organisaation ulkopuolisia turvallisuusasiantuntijoita. Näin pyritään saamaan riippumaton näkemys organisaation turvallisuudesta. Koska turvallisuus on järjestelmän ominaisuus, jota tehdään päivittäisessä työssä järjestelmän eri tahojen vuorovaikutuksessa, ulkopuoliset turvallisuusasiantuntijat eivät kuitenkaan voi tehdä turvallisuutta organisaation jäsenten puolesta. He voivat vain tukea siinä.

Kuten muussakin päivittäisessä terveydenhuollon johtamisessa, myös potilasturvallisuuden johtamisessa on tarpeen ottaa huomioon se, että sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioissa elää rinnan erilaisia ammattikulttuureita. Kaikkien ammattiryhmien osallistaminen potilasturvallisuuden johtamiseen on tarpeen ja erilaisten osallistaminen voi vaatia erilaisia lähestymistapoja ja toimenpiteitä.

Myös potilailla tai asiakkailla ja heidän läheisillään on erityinen rooli potilasturvallisuuden johtamisen vuorovaikutteisessa tapahtumassa. Potilas ja hänen läheisensä osallistuvat vuorovaikutukseen muiden järjestelmän toimijoiden kanssa ja ovat siinä mielessä sekä johtajia että johdettavia. Heitä on syytä ajatella potilasturvallisuutta luovan järjestelmän toimijoina siinä missä organisaation henkilöstöäkin.

#### 4. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli

Heillä on erityistä, omaa hoitoaan koskevaa asiantuntemusta. He eivät siis ole pelkästään johtamisen kohteita, vaan voivat myös osaltaan johtaa organisaation toimintaa turvallisempaan suuntaan. Jos visiot potilaan omahoidosta ja sitä tukevista terveysteknologioista toteutuvat, potilaat tulevat toteuttamaan itsenäisesti keskeisiä osia omasta hoidostaan. Näin potilaiden rooli ja vuorovaikutus ammattihenkilöstön kanssa potilasturvallisuuden johtamisessa tulevat korostumaan entistään.

**Taulukko 2.** Organisaation sisäisessä potilasturvallisuuden johtamisessa keskeisiä toimijoita ja heidän asemaansa liittyviä vahvuuksia, haasteita ja mahdollisuuksia.

Toimija	Vahvuudet	Haasteet
Organisaation ylin johto	<ul style="list-style-type: none"> <li>– muodollinen päätäntävalta</li> <li>– parhaat mahdollisuudet saada kokonaiskuva toiminnasta ja vaikuttaa kaikkiin eri tekijöihin kokonaisvaltaisesti</li> <li>– usein myös arvo- ja vaikutusvaltaa organisaatiotasolla ja organisaation ulkopuolella</li> <li>– perinteinen lähtökohta johtajuudelle koko organisaatiossa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– monia muita kilpailevia tavoitteita turvallisuuden lisäksi, joiden kanssa tasapainoitava (esim. talous, henkilöstön hyvinvointi)</li> <li>– voi laistaa oman roolinsa potilasturvallisuuden johtamisessa olettaen turvallisuusasiantuntijoiden ja/tai henkilöstön vastavan siitä</li> </ul>
Esimiehet	<ul style="list-style-type: none"> <li>– muodollinen päätäntävalta</li> <li>– usein myös vaikutusvaltaa alaisten ja kollegoiden suhteen</li> <li>– perinteinen lähtökohta johtajuudelle alaisten suhteen</li> <li>– linkki ylimmän johdon ja henkilöstön välillä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– monia muita kilpailevia tavoitteita turvallisuuden lisäksi, joiden kanssa tasapainoitava (esim. talous, henkilöstön hyvinvointi)</li> <li>– osastojen ja alojen oman edun ajaminen ja ristiriitaiset näkemykset</li> </ul>
Potilasturvallisuusasiantuntijat	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mahdollisuus keskittyä potilasturvallisuuden näkökulmaan ja kehittää erityistä potilasturvallisuusasiantuntemusta</li> <li>– pitää turvallisuusnäkökulmaa esillä ja estää sitä hukkumasta organisaatioiden muiden tärkeiden tavoitteiden alle</li> <li>– voi toimia välittäjänä potilaan ja henkilöstön näkökulmien välillä</li> <li>– yleensä motivoitunut potilasturvallisuuden edistämiseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ei muodollista päätäntävaltaa</li> <li>– oman korkean turvallisuusmotivaation ja organisaation monien erilaisten tavoitteiden välillä tasapainoilun välinen ristiriita</li> <li>– ei perinteistä arvo- tai vaikutusvaltaa</li> </ul>
Toimintayksikön ammatillaiset	<ul style="list-style-type: none"> <li>– yleensä tuntee vaatimukset oman tehtävänsä hyvään suoritamiseen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– näkemys potilasturvallisuustyön tarpeellisuudesta vaihtelee</li> <li>– tasapainoilu monien eri tavoitteiden ja intressien kesken</li> <li>– ryhmän paine ja muutosvastaisuus</li> </ul>

Potilaat/ asiakkaat	<ul style="list-style-type: none"> <li>– usein tuntee oman tilansa ja tilanteensa parhaiten</li> <li>– saa kokemusta hoitoketjuna kaikista toimijoista ja tästä kokonaisuudesta</li> <li>– vahva intressi oman tapauksensa osalta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fokus usein vain omassa tapauksessa</li> <li>– yksittäiset ”äänekkää” potilaat saattavat vinouttaa kehitystä kokonaisuuden kannalta</li> <li>– ei yleensä yhtä syvällistä ymmärrystä lääke-/hoitotieteestä ja muista hoitoon vaikuttavista asioista kuin alan ammattilaisilla</li> <li>– eivät tunne organisaatiota</li> <li>– pelko ”hankalan asiakkaan” huonosta kohtelusta</li> </ul>
Potilaan/ asiakkaan läheiset	<ul style="list-style-type: none"> <li>– usein tuntee läheisensä tilan ja tilanteen hyvin</li> <li>– saa kokemusta hoitoketjuna kaikista toimijoista ja tästä kokonaisuudesta</li> <li>– voi olla erittäin vahva intressi oman läheisensä osalta</li> <li>– voi olla potilasta suurempi intressi ja uskallus pyrkiä kehittämään (myös) järjestelmää</li> <li>– usein potilasta parempi toimintakyky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fokus usein vain omassa tapauksessa</li> <li>– yksittäiset ”äänekkää” läheiset saattavat vinouttaa kehitystä kokonaisuuden kannalta</li> <li>– eivät tunne organisaatiota</li> <li>– pelko hankalan läheisen huonosta kohtelusta</li> </ul>

### 4.3 Organisaation potilasturvallisuuden johtaminen koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän johtamisena

Kuten olemme tuoneet esiin aiemmin tässä julkaisussa, sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot eivät toimi tyhjiössä vaan osana laajempaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää – systeeminä systeemin sisällä. Tämä on tarpeen ottaa huomioon potilasturvallisuuden johtamisessakin. Koska organisaatiota ympäröivä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä vaikuttaa organisaation mahdollisuuksiin toteuttaa toimintaansa turvallisesti, myös potilasturvallisuuden johtamisessa tulee johtaa paitsi organisaation sisäistä toimintaa, myös sitä laajempaa verkostoa tai järjestelmää, jossa organisaatio toimii. Potilasturvallisuutta tulee siis johtaa toisaalta organisaation sisällä, toisaalta myös organisaatiosta ulospäin, yhdessä muiden potilaiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Potilasturvallisuuden johtamisessa ei esimerkiksi tule tyytyä pelkästään venymään organisaation ulkopuolelta saneltujen annettujen ehtojen ja resurssien mukaisesti. Myös näihin ehtoihin ja resurssiin tulee pyrkiä vaikuttamaan. Tämä on potilasturvallisuuden kannalta keskeistä työtä. Taulukossa 3 on kuvattu toimintayksikön ulkopuolisia toimijoita, joilla on keskeinen rooli toimintayksikön potilasturvallisuuden johtamisessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ylimmällä johdolla on erityisrooli organisaatiosta ulospäin suuntautuvassa potilasturvallisuuden johtamisessa, sillä he ovat usein niitä henkilöitä, jotka hoitavat suhteita viranomaisiin, poliittisiin päättäjiin ja muihin alueella toimiviin sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioihin.

#### 4. Potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli

Monimutkaisessa adaptiivisessa järjestelmässä jokainen itseorganisoituva toimija voi kuitenkin omalta osaltaan vaikuttaa siihen, millaiseksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä muovautuu. Potilasturvallisuuden johtamista tapahtuu kaikissa niissä vuorovaikutustilanteissa, joissa organisaation jäsenet ovat yhteydessä muiden alan organisaatioiden jäsenten kanssa.

**Taulukko 3.** Toimintayksikön ulkopuolisia toimijoita, joilla on keskeinen rooli toimintayksikön potilasturvallisuuden johtamisessa, ja heidän asemaansa liittyviä vahvuuksia, haasteita ja mahdollisuuksia.

Toimija	Vahvuudet	Haasteet
Koulutusorganisaatiot (esim. yliopistot, ammattikorkeakoulut)	<ul style="list-style-type: none"><li>– mahdollisuus hankkia uusia tietoja tutkimuksista ja eri organisaatioista</li><li>– vaikuttavat kaikkien (uusien) ammattitoimijoiden tietoihin ja näkemyksiin</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– keskeisenä henkilökohtaisen ammattiosaamisen kehittämisen: (organisaation) potilasturvallisuutta ei nähdä koulutuksen keskeiseksi sisällöksi</li></ul>
Viranomaiset	<ul style="list-style-type: none"><li>– kansallinen toimeenpanovalta</li><li>– vahva vaikutusvalta ja arvovalta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– eri viranomaisten yhteistyö ja yhtenäinen linja</li><li>– perinteinen ohjauskeino kontrolli, joka ei välttämättä ole tarkoituksenmukaisinta aidon turvallisuuden kehittämisen kannalta</li><li>– vähäiset resurssit – toiminta tulipalojen sammuuttelua proaktiivisuuden sijaan</li></ul>
Media	<ul style="list-style-type: none"><li>– vahva kiinnostus teemaan: tuo esiin epäkohtia</li><li>– (epäsuoraa) vaikutusvaltaa päättäjiin</li><li>– voi myös sivistää ihmisiä ja vaikuttaa yleisiin näkemyksiin turvallisuudesta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– kiinnostus kohdistuu vahvasti negatiivisiin yksittäistapauksiin</li><li>– julkisuuteen tulevat tunteisiin vetoavat tapaukset voivat viedä huomion kokonaisuuden kannalta merkittävämmiltä asioilta</li></ul>
Tietojärjestelmätoimittajat	<ul style="list-style-type: none"><li>– järjestelmillä voidaan ohjata ihmisten toimintaa: luoda ja rajata mahdollisuuksia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– huomioida, että uuden järjestelmän käyttöönotto on organisaation toiminnan kulttuurin muutosprosessi</li></ul>
Poliittiset päättäjät	<ul style="list-style-type: none"><li>– kuuntelevat kansaa, seuraavat mediaa ja saavat mediajulkisuutta</li><li>– kansallinen ja kunnallinen päätösvalta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– epämiellyttävien päätösten tekeminen (pyrkivät miellyttämään äänestäjiään ja tukijoitaan)</li><li>– monet kilpailevat tavoitteet ja intressit</li></ul>



<p>Tutkijat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– päätehtävänä tutkia ja kehittää eli luoda uutta tietoa ja malleja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– uuden tiedon ja mallien käytökelpoisuuden siirtäminen käytännön toimintaan</li> <li>– vahva orientoituminen erityisesti lääketieteen tutkimusmetodiikkaan rajaa muunlaisen tutkimuksen mahdollisuuksia</li> </ul>
<p>Potilasjärjestöt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– voivat toimia välittäjinä potilaiden ja organisaatioiden välillä – ymmärtävät sekä tietyn potilas-/asiakasryhmän tarpeita ja näkökulmaa että hoidon järjestämisen periaatteita</li> <li>– voivat toimia organisaatioiden potilasturvallisuustoiminnassa asiantuntijoina (esim. nostaa esiin potilaan näkökulmasta hyviä käytäntöjä ja auttaa toimintaohjeiden rakentamisessa)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– usein ajavat vain rajatun asiakas-/potilasryhmän etua, mikä saattaa vinouttaa kehitystä kokonaisuuden kannalta</li> <li>– potilaiden tarpeiden ja näkemysten yhteen kokoamisesta puuttuu usein systemaattisuus</li> </ul>

#### 4.4 Adaptiivisen johtamisen periaatteet

Taulukossa 4 olemme esittäneet tiivistetysti monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän potilasturvallisuuden johtamisen viisi periaatetta. Periaatteet pohjautuvat luvussa 3.3 esitettyyn, johtamiskirjallisuudessa laajasti hyväksytyyn ajatukseen siitä, että monimutkaisten adaptiivisten järjestelmien johtamisessa tarvitaan useita erilaisia, osin vastakkaisiltakin tuntuvia johtamisstrategioita. Turvallisuuden johtaminen mielletään usein ensisijaisesti toiminnan rajaamiseksi. Käytännössä potilasturvallisuuden edelläkävijäorganisaatiot näyttävät kuitenkin käyttävän samanaikaisesti toiminnan rajaamisen kanssa myös muunlaisia johtamisstrategioita. Esimerkiksi kun POTILASTURVA-projektissa toteutetuissa haastatteluihin pyysimme potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuvia johtajia ja potilasturvallisuusasiantuntijoita kuvaamaan mahdollisimman konkreettisesti, mitä he tekevät potilasturvallisuuden edistämiseksi omassa organisaatiossaan, potilasturvallisuuden johtaminen näyttäytyi paljon toiminnan rajaamista laajempaan asiana. Muita strategioita ei välttämättä mielletä varsinaiseksi potilasturvallisuuden johtamiseksi, vaikka ne yleensä ovat aivan yhtä tärkeitä kuin toiminnan rajaaminenkin.

Koska potilasturvallisuuden johtaminen on vuorovaikutteinen tapahtuma, johon osallistuu useita henkilöitä eri puolilta organisaatiota, taulukossa 4 kuvatut periaatteet eivät koske vain organisaatioiden ylintä johtoa tai esimiehiä vaan laajasti kaikkia organisaation toimijoita. Periaatteita voidaan soveltaa myös silloin, kun potilasturvallisuutta johdetaan organisaatiosta ulospäin eli toimitaan yhdessä muiden potilaiden hoitoon osallistuvien organisaatioiden, viranomaisten tai poliittisten päättäjien kanssa. Seuraavassa kuvaamme tarkemmin kutakin periaatetta.

**Taulukko 4.** Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteet.

<b>1. Edistää yhteisen turvallisuustahtotilan muodostumista</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• nostakaa esiin potilasturvallisuutta tärkeänä toimintaa ohjaavana arvona</li><li>• perustelkaa, miksi turvallisuuden vuoksi on toimittava tietyllä tavalla.</li></ul>
<b>2. Edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• luokaa sääntöjä, normeja, työvälineitä ja foorumeita vuorovaikutukselle</li><li>• vaalikaa vuorovaikutuksen moniäänisyyttä.</li></ul>
<b>3. Edistää toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisoitumiseen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• opettakaa ihmisille, että epävarmuus on järjestelmän pysyvä olotila, joka edellyttää improvisointia ja joustavuutta</li><li>• kannustakaa toimijoita hakemaan tilanteen mukaisesti oikeaa tasapainoa säännönmukaisen ja tilannekohtaisen toimintamallin välillä</li><li>• huolehdiikaa, että rakenteet ja normit mahdollistavat rooleissa joustamisen ja itseorganisoitumisen</li><li>• viestikää aktiivisesti turvallisuuden tilasta ja mahdollisista vaaramekanismeista, jotta toimijat osaavat joustaa oikealla tavalla.</li></ul>
<b>4. Rajatkaa toimintaa</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• määritellä asiat, jotka ovat pakollisia tai kiellettyjä</li><li>• kohdentakaa tarvittavat resurssit</li><li>• määritellä toimijoiden vastuut ja velvollisuudet.</li></ul>
<b>5. Ohjatkaa organisaatiota tavoitteellisesti</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• keskittykää pieniin muutoksiin ja jatkuvaan kehittämiseen</li><li>• etsikää kehittämisen vipupisteitä</li><li>• tuntee historia ja oppikaa hyödyntämään sitä uusien yllättävien tilanteiden tullessa eteen</li><li>• ajatelkaa tulevaisuutta erilaisina mahdollisuuksina, joissa toimitaan tilanteen edellytysten mukaan luovasti</li><li>• priorisoiikaa asioita</li><li>• asettakaa turvallisuuden kehittämisen tavoitteita.</li></ul>

#### ***Edistää yhteisen turvallisuustahtotilan muodostumista***

Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän potilasturvallisuuden johtaminen ei voi perustua toiminnan tarkkaan määrittämiseen ja ohjaamiseen, vaan johtamisessa tulee edistää toimijoiden yhteisen tahtotilan muodostumista. Arvojen suuntaaminen onkin yksi keskeisistä johtamisen keinoista monimutkaisissa adaptiivisissa järjestelmissä (Rouse, 2000). Järjestelmän toimijoiden toiminta perustuu joka tapauksessa sisäistettyihin toimintasääntöihin ja mentaalimalleihin (Plsek & Greenhalgh, 2001). Potilasturvallisuuden aito arvostus on tärkeää siksi, että arvot ohjaavat päätöksentekoa implisiittisesti silloinkin, kun päätöksiä ei esimerkiksi tilanteen hektisyyden vuoksi pystytä tietoisesti harkitsemaan. Arvoihin keskittyminen

on erityisen tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikuntaorganisaatioissa, joissa toiminnan arvopohja on keskeinen tekijä (Anderson & McDaniel, 2000). Myös ammattikuntien arvot tulee ottaa huomioon (mt.). Potilasturvallisuuden johtamisessa on tarpeen edistää turvallisuuden huomioimisen ja sen eteen tehtävän työn arvostusta myös potilaiden ja heidän läheistensä keskuudessa. On viestittävä heille heidän omasta tärkeästä roolistaan potilasturvallisuuden johtamisessa.

Yhteisen tahtotilan luomiseen ei ole yhtä oikeaa tapaa. Se on jatkuva prosessi, jossa johtajat kytkevät potilasturvallisuutta osaksi organisaation perustehtävää. He osoittavat omilla viesteillään sekä ratkaisuillaan ja ajankäytöllään, että turvallisuus on keskeinen arvo organisaatioissa. Yhteisen tahtotilan muodostumisen kannalta on myös tärkeää perustella, miksi tietynlainen toiminta on turvallisuuden näkökulmasta toivottavaa, sen sijaan, että pelkästään esitettäisiin vaatimuksia siitä, miten järjestelmän toimijoiden tulee toimia. Järjestelmän toimijoiden tulee myös ymmärtää, että onnistuminen riippuu viime kädessä koko järjestelmästä – ei yksittäisistä toimijoista. (McDaniel & Driebe, 2001).

#### ***Edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta***

Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän potilasturvallisuuden johtamisessa tulee myös edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta. Järjestelmän toiminnan laadun kannalta vuorovaikutuksen laatu on yhtä tärkeää kuin yksittäisten toimijoiden laatu (Anderson & McDaniel, 2000). Snowdenin ja Boonen (2007, 6) mukaan monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän johtamisessa tulee keskittyä hyvien lähtöolosuhteiden luomiseen ja sen jälkeen vain seurata, millaisia lopputuloksia näistä olosuhteista emergoituu. Turvallisuuskriittisillä aloilla on kuitenkin lisähaasteena se, että joskus nämä lopputulokset voivat olla vahingoksi itselle tai toisille. Siksi turvallisuus ei voi perustua pelkästään itseorganisoitumiselle, vaikka sen tukeminen onkin tärkeä osa turvallisuuden johtamista, sillä viime kädessä potilasturvallisuus syntyy järjestelmän itseorganisoituvien toimijoiden vuorovaikutuksessa. Siksi johtajien tulee panostaa vuorovaikutuksen tarkan sisällön määrittämisen sijaan sellaisen toimivan vuorovaikutusympäristön luomiseen, jossa perustehtävän kannalta tarkoituksenmukaista yhteistyötä ja vuorovaikutusta voi syntyä. Potilasturvallisuuden johtaminen on sääntöjen, normien, työvälineiden ja foorumeiden luomista vuorovaikutukselle. Se on tietovirtojen hallintaa.

Kontakteissa ja vuorovaikutuksessa on oleellista niiden moninaisuus. Yhtenä keskeisenä luotettavien organisaatioiden piirteenä on pidetty haluttomuutta yksinkertaistaa tulkintoja (Weick & Sutcliffe, 2001). Näin ollen yhteinen ymmärrys ei tarkoita välttämättä yksimielisyyttä. Jännitteet ja paradoksit toimijoiden näkemysten ja tavoitteiden välillä sekä järjestelmän sisällä että kytköksissä olevien kompleksisten adaptiivisten järjestelmien kesken ovat luonnollinen ilmiö, eikä niitä välttämättä aina pystytä ratkaisemaan (Plsek & Greenhalgh, 2001). Johtamisen tehtävänä on saada ihmiset kuuntelemaan toisiaan ja arvostamaan toistensa näkemyksiä. (McDaniel & Driebe, 2001). Erilaisuus – ei niinkään yhtenäisyys – on organisaation voimavara (McDaniel & Driebe, 2001, Andersson & McDaniel, 2000). Kuten yleisessä johtamiskirjallisuudessa, myös turvallisuusjohtamista käsittelevässä kirjalli-

suudessa on viime aikoina korostettu erilaisten jännitteiden tunnistamisen ja niiden välillä tasapainoilun merkitystä (Hollnagel, 2009; Woods & Branlat, 2011).

Verkostojen rakentaminen ja vuorovaikutus potilasturvallisuuden johtamisessa tarkoittavat myös vuorovaikutusta toimintayksikön henkilöstön ja potilaan, asiakkaan ja hänen läheistensä sekä potilasjärjestöjen välillä. Verkostojen luomisen ja vuorovaikutuksen tarve ei rajoitu pelkästään organisaation sisälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla on monenlaisia kytköksiä erilaisiin toimijoihin, jotka vaikuttavat organisaation toimintaan, joiden näkemykset on siten syytä tietää ja joihin voidaan mahdollisuuksien mukaan pyrkiä myös vaikuttamaan (Denis ym., 2001).

#### ***Edistää toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisoitumiseen***

Potilasturvallisuuden johtamisen tulisi olla myös mahdollisuuksien tarjoamista järjestelmän toimijoiden itseorganisoitumiseen ympäristön ja perustehtävän vaatimusten mukaisesti. Epävarmuudessa ja jatkuvassa muutoksen tilassa toimiminen edellyttää kykyä improvisointiin ja spontaaniin toimintaan – jotta turvallisuus voidaan kaikissa tilanteissa varmistaa. Johtamisen tulee kannustaa organisaation toimijoita hakemaan tilanteen mukaisesti oikeaa, turvallisuuden huomioon ottavaa tasapainoa säännönmukaisen ja tilannekohtaisen toimintamallin välillä. Esimerkiksi henkilöstön koulutuksissa ei tule vain opettaa yhtä oikeaa toimintatapaa tietyn hoidon toteuttamiseksi. Olennaista on myös herättää ihmisiä ajattelemaan, mikä kaikkea hoidon aikana voidaan tapahtua ja altistaa henkilöstöä yllättäville ja protokollasta poikkeaville tilanteille. Näin voidaan kehittää henkilöstön tilannetietoisuutta ja joustavuutta kriisitilanteissa.

Johtamisella tulee myös huolehtia siitä, että organisaatorakenteet ovat riittävän löyhiä mahdollistamaan itseorganisoitumisen. Päätösvallan tulisi erityistilanteissa siirtyä tilanteen parhaalle asiantuntijalle normaalin valtarakenteen sijaan. (McDaniel & Driebe, 2001; Reiman & Oedewald, 2008; Weick & Sutcliffe, 2001).

Olennaista potilasturvallisuuden johtamisessa on aktiivinen viestiminen turvallisuuden tilasta ja mahdollisista vaaramekanismeista, jotta järjestelmän toimijat voivat ottaa nämä huomioon itseorganisoitumisessa ja uudistumisessa. Käytännön tilanteissa tarkoituksenmukaista itseorganisoitumista voidaan tukea esimerkiksi keskustelemalla potilaan, hänen läheistensä ja muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa siitä, miksi hoitoa toteutetaan juuri sillä tavalla kuin sitä toteutetaan ja mitä voi tapahtua, jos hoitosuunnitelmasta poiketaan. Ei riitä, että potilas ja muut hoitoon osallistuvat tahot tietävät, mitä pitää tehdä. Kaikille osapuolille tulee olla myös selvää, mille periaatteille hoito rakentuu ja mitä ovat siihen liittyvät vaarat. Näin kukin toimija osaa yllättävässä tilanteessa tarvittaessa mukauttaa toimintaansa vaarantamatta turvallisuutta.

#### ***Rajatkaa toimintaa***

Vaikka tahtotilan luominen ja itseorganisoitumisen tukeminen on keskeistä monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän johtamisessa, turvallisuuden osalta kaikkea ei kuitenkaan voi jättää näiden varaan. Myös toiminnan reunaehtojen ja yksinkertaisten,

selkeiden toimintasääntöjen määrittelemine on yhtä lailla keskeinen monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän johtamisen keino (Rouse, 2000). Organisaation sisäisten toimijoiden toiminnalle on asetettava rajat ja määriteltävä asiat, jotka ovat pakollisia ja jotka ovat toisaalta kiellettyjä.

Toiminnan monimutkaisuuden jäsentämiseksi on myös tärkeää, että muodolliset tehtäväkuvaukset ja vastuut on selkeästi määritelty ja ymmärretty. Vaikka yllättävissä tilanteissa joudutaan toisinaan joustamaan roolirajoissa, on silloinkin tärkeää ymmärtää roolien rajat ja hahmottaa, milloin ja miltä osin niitä ylitetään. On tärkeää ymmärtää, että ollaan poikkeustilanteessa ja näin ollen tavanomaiset pelisäännöt eivät tietyiltä osin päde. Jos roolirajoista poiketaan, on siitä tärkeää ilmoittaa muille toimijoille, jotta nämä ymmärtävät ottaa asian huomioon omassa toiminnassaan.

Myös resurssien osoittaminen on toiminnan rajaamista. Ajallisia, taloudellisia ja fyysisiä resursseja määrittelemällä johtajat luovat mahdollisuuksia, mutta myös asettavat rajoja toiminnalle.

Toiminnan rajaaminen on helppo mieltää ylimmän johdon ja esimiesten toiminnaksi. Toiminnan rajaaminen on muodollista valtaa kantavan roolissa keskeinen tehtävä. Toisaalta kukin järjestelmän toimija voi osaltaan vaikuttaa siihen, mihin hyväksyttävän toiminnan rajat vedetään. Kunkin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimijan velvollisuuksiin kuuluu esimerkiksi tuoda esiin, millaisia resursseja tietyn tehtävän toteuttaminen turvallisella tavalla edellyttää.

Toiminnan reunaehdoista ja toimintaperiaatteista on tarpeen neuvotella myös yhdessä organisaation ulkopuolisten sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimijoiden kanssa. Kun esimerkiksi huonokuntoinen potilas siirtyy sairaalasta palvelutaloon tai yhdestä sairaalasta toiseen sairaalaan, on tärkeää, että lähettävän ja vastaanottavan tahon välinen työnjako on selkeä. Tämän työnjaon selkeyttäminen on potilasturvallisuuden johtamista. Tätä työnjakoa voidaan selkeyttää organisaatioiden ylimmällä tasolla yhteisin muodollisin sopimuksin ja neuvotteluin, mutta tämä ei pelkästään riitä. Myös jokainen siirtymäkohdassa työskentelevä ammattilainen joutuu tilannekohtaisesti neuvottelemaan ja varmistamaan, että vastuut on ymmärretty molemmilla puolilla.

Joskus potilasturvallisuuden johtaminen mielletään kapea-alaisesti vain toiminnan rajaamiseksi. Toiminnan rajaaminen yhteisesti on tärkeää terveydenhuollossa, jossa toimijat ovat varsin itsenäisiä ja heillä on paljon yksilökohtaista päätäntävaltaa. Nojautuminen pelkästään toiminnan rajaamiseen potilasturvallisuuden johtamisessa voi kuitenkin johtaa huonoihin seurauksiin. Esimerkiksi Marais ja Leveson (2003, 7) ovat kuvanneet yhtenä turvallisuuden kehittämisen perusdilemmana sitä, että turvallisuusongelmiin reagoidaan nopeasti tarkentamalla ohjeita sekä lisäämällä valvontaa. Työntekijät saattavat tulkita nämä hyvässä tarkoituksessa tehdyt toimet epäluottamuslauseena itseään kohtaan ja voivat peitellä ongelmia jatkossa. Samaan aikaan suuri määrä ohjeita saattaa monimutkaistaa työtä ja siten jopa heikentää turvallisuutta. Siten toiminnan rajaaminen tulee nähdä vain yhtenä periaatteena muiden tärkeiden periaatteiden rinnalla ja sitä tulee tasapainottaa muilla johtamisstrategioilla.

Tämä periaate vastaa pitkälti kuvan 3 vasenta alakulmaa. Tätä johtamisperiaatetta toteutettaessa toimitaan siis tiedon koordinoijan ja organisoijan rooleissa.

##### ***Ohjatkaa organisaatiota tavoitteellisesti***

Monimutkaisia adaptiivisia järjestelmiä käsittelevässä kirjallisuudessa painotetaan järjestelmän toimijoiden itsenäisyyttä ja järjestelmän vaikeaa hallittavuutta. Kirjallisuudesta saattaa joskus saada sellaisen kuvan, että monimutkaisten adaptiivisten järjestelmien johtaminen tarkoittaisi passiivista mukautumista vastaantuleviin muutoksiin.

Hamel ja Prahalad (2006) ovat todenneet, että toimialan muutosten keskellä liian monet johtajat unohtavat kysyä: ”Mihin suuntaan me oikein muutamme?” Tämä pätee usein myös turvallisuuden johtamiseen. Vastaantuleviin turvallisuushaasteisiin pyritään vastaamaan nopeasti sitä mukaa, kun ne tulevat eteen, eikä siihen kiinnitetä riittävästi huomiota, millaista tulevaisuutta kohti organisaatiota halutaan viedä. Pahimmassa tapauksessa hyvää tarkoittavilla toimilla voidaan tällöin saada aikaan hallaa. Organisaation toiminta saattaa monimutkaistua entisestään, jos yksittäisiä toimia tehdään peilaamatta niitä kokonaistavoitteeseen, ja siten turvallisuus saattaa kovasta yrityksestä huolimatta jopa heikentyä.

Vaikka eksaktien tavoitteiden määrittäminen ja tavoittaminen on monimutkaisessa adaptiivisessa järjestelmässä vaikeaa, voidaan monimutkaistakin organisaatiota kehittää ja kannustaa pitkäjänteisellä tavalla haluttua tulevaisuutta kohti. On tärkeää esimerkiksi pysähtyä ajattelemaan säännöllisesti sitä, millaisena organisaation toiminta ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä halutaan nähdä viiden tai kymmenen vuoden kuluttua ja mitä olisi tehtävä, jotta kehittyttäisiin tuohon suuntaan. Olennaista tällöin on se, että yrityksen ”kartta” toimintaympäristöstä on ajan tasalla (vrt. Hamel & Prahalad, 2006).

Historian tunteminen luo pohjan tulevaisuuden luotaamiselle. Monimutkaisessa adaptiivisessa järjestelmässä on keskeistä oppia toimimaan juuri kulloisenkin tilanteen edellyttämällä tavalla ja siihen keskittyen. Historia kertoo organisaation kyvystä toimia epävarmuuden vallitessa. Historian tuntemus ei tarkoita pelkästään yksittäisten henkilöiden historian tuntemusta. Oleellista on, että organisaation erilaiset toimijat yhdistävät tietonsa ja osaamisensa ja muodostavat yhteisen kuvan organisaation historiasta. Tässä organisaation historian tulkitsemisessä apuna voidaan käyttää esimerkiksi organisaatiossa ilmoitettujen vaaratapahtumien käsittelyä tai turvallisuuskulttuurin arviointia.

Tulevaisuuden ajattelemisen erilaisina mahdollisuuksina on epävarmassa toimintaympäristössä toimivampi ratkaisu kuin tulevaisuuden ennustaminen. Tulevaisuutta ennakoidaan (ei ennusteta) laatimalla erilaisia vaihtoehtoisia skenaarioita. Skenaariot auttavat varautumaan erilaisiin vaihtoehtoihin sekä ohjaamaan omaa toimintaa haluttujen skenaarioiden suuntaan tai ei-halutusta skenaariosta pois päin. Esimerkiksi tehtäessä päätöstä uuden tietojärjestelmän käyttöönotosta voi olla hyödyllistä eri alojen asiantuntijoiden yhteistyönä hahmotella tulevaisuusskenaarioita siitä, mitä järjestelmän käyttöönotosta voi turvallisuudessa seurata. Erilaisten mahdollisuuksien näkeminen auttaa myös kohtaamaan epävarmaa tulevaisuutta: yllättävätkään tapahtumat eivät yllätä yhtä paljon, kuin jos olisi toimittu vain todennäköisenä pidetyn ennusteen varassa. Yllättävien tilanteiden hallinnassa hyödyllinen lähestymistapa on miettiä, miten hyödyntää olemassa olevia resursseja luovasti sen sijaan, että mietittäisiin, mitä tarvitaan, jotta voitaisiin tehdä

täsmällisesti se mitä halutaan. Tulevaisuuden ajattelemiseen erilaisina mahdollisuuksina sisältyy myös se viesti, että epävarmuus on pysyvä olotila. Epävarmuudesta ei monimutkaisessa adaptiivisessa järjestelmässä päästä eroon senkään jälkeen, kun jokin muutosprojekti tai korjausliike on virallisesti saatu valmiiksi. Ja vaikka erilaisia skenaarioita laaditaan ja toimintaa ohjataan niiden mukaisesti, on syytä muistaa, että tuskin koskaan mikään skenaario toteutuu täysin sellaisenaan.

Organisaation johdattamisessa kohti tulevaisuuden ihanneltaa on syytä keskittyä pieniin muutoksiin – ”jatkuvaan parantamiseen”. Vaikka pienten muutosten vaikutukset saattavat olla yhtä lailla ennakoimattomia kuin suurten, pienillä muutoksilla eteneminen antaa kuitenkin organisaatiolle paremman mahdollisuuden kehittyä ja oppia muutosten mukana. Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän keskeinen oppimisen ja kehittymisen mekanismi ovat (pienimuotoiset) kokeilut ja niiden reflektointi (McDaniel & Driebe, 2001; Rouse, 2000). Vaikka muutokset ovatkin pieniä, asianosaiset on syytä osallistaa niihin mahdollisimman laajasti antamalla heille myös mahdollisuus vaikuttaa ratkaisuihin. Laaja osallistuminen luo muutoksille laajan tietopohjan sekä sitouttaa ihmiset muutokseen, mikä on muutoksen onnistumisen ja siitä oppimisen kannalta oleellista. (McDaniel & Driebe, 2001; Rouse, 2007; Leistikow ym., 2011). Pienet muutokset tarjoavat myös käytännössä mahdollisuuden suhteellisen kattavaan osallistumiseen. Toimijoiden omasta piiristä nousseet ideat ja niitä toteuttamaan rakentuneet verkostot todennäköisemmin johtavat luoviin ja toimiviin ratkaisuihin.

Samanaikaisesti pienten kehittämisaskelten ja kokeilujen kanssa on hyvä etsiä niin sanottuja vipupisteitä, joista järjestelmää on mahdollista saada liikauttamaan eteenpäin kohti turvallisempaa tilaa. Esimerkiksi tietyn asian kannalta vaikutusvaltaisen ihmisen tai organisaation tunnistaminen voi olla tärkeää. Oikean toimijan kautta välitettynä turvallisuuden kannalta keskeistä asiaa voidaan saada vietyä eteenpäin tehokkaasti ja laaja-alaisesti verkostojen verkostossa pienelläkin panostuksella. Samoin voi olla tärkeää tunnistaa ja hyödyntää otollinen tilanne, jossa toimijat ovat valppaina ja vastaanottavaisia käsitelläkseen turvallisuushaastetta ja muuttaakseen toimintaansa.

## **5. Kohti adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista Vaasan keskussairaalassa**

Luvussa 4.5 esitimme viisi yleistä potilasturvallisuuden johtamisperiaatetta. Näitä periaatteita tarkemmin on mahdotonta määritellä potilasturvallisuuden johtamiseen yhtä oikeaa etenemistapaa. Se, mihin kunkin organisaation (eli monimutkaisten adaptiivisten järjestelmän) potilasturvallisuuden johtamisessa tulee kiinnittää huomiota ja millaisia toimia on tarpeen milläkin ajan hetkellä toteuttaa, riippuu organisaation perustehtävästä, historiasta sekä organisaation verkostossa toimivista muista alan toimijoista. Organisaatioiden haasteet ja mahdollisuudet ovat usein hyvin erilaisia. Organisaatiot voivat kuitenkin oppia toinen toisiltaan turvallisuuden johtamisesta. Toisten organisaatioiden kehitystarinoita voidaan hyödyntää analogisina vertailukohtina oman organisaation tilanteeseen. Olennaista on tällöin reflektoida paitsi sitä, mitä muissa organisaatioissa on tehty ja mikä on osoittautunut siellä hyväksi käytännöksi, myös sitä, miksi on tehty niin kuin on tehty ja miksi juuri tuo käytäntö on tuossa toisessa organisaatiossa toiminut ja mitä sen toimiminen edellyttäisi omalta organisaatiolta.

Tässä luvussa kuvaamme Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuden johtamisen kehitystarinaa yhtenä esimerkkinä siitä, miten potilasturvallisuutta voidaan käytännössä johtaa. Kuvaamme seuraavassa Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuden johtamisen vaiheita ja reflektoimme niitä potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamismallin näkökulmasta.

### **5.1 Vaasan keskussairaalan erityispiirteet**

Vaasan keskussairaala tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluita 14 kunnalle Suomen länsirannikolla. Kuten muissakin erikoissairaanhoidon toimintayksiköissä, Vaasan keskussairaalassa toteutetaan vaativaa hoitoa usealla hyvin erikoistuneella erikoisalalla. Sairaalan toiminta on jaettu hallinnollisesti neljään hoidolliseen tulosalueeseen: medisiininen, operatiivinen ja psykiatrian klinikaryhmä sekä lääketieteelliset palvelut. Näiden lisäksi viidennen tulosalueen muodostaa hallinnon ja huollon tulosalue. Vaasan keskussairaalassa työskentelee noin 2 300 henkilöä. Se ei kuulu suurimpiin erikoissairaanhoidon toimintayksiköihin Suomessa. Sairaalan yksi näkyvä erityispiirre on kaksikielisyys. Niin potilasta kuin henkilöstöstä noin 50 % puhuu äidinkielenään ruotsia.



Vaasan keskussairaalassa on panostettu laatutyöhön. Systemaattinen laatujärjestelmän rakentaminen alkoi vuonna 2005. Myöhempi potilasturvallisuuden systemaattinen kehittämistyö on rakentunut vahvasti aikaisemmin aloitetun laatutyön luoman pohjan varaan. Potilasturvallisuuden kehittämisessä Vaasan keskussairaalaa voidaan Suomen tasolla pitää edelläkävijänä. Vaasassa on aloitettu järjestelmällinen potilasturvallisuustyö monia muita organisaatioita aikaisemmin. Vaasan keskussairaala oli myös ensimmäinen organisaatio, joka palkkasi vuonna 2007 kokopäiväisen työntekijän edistämään potilasturvallisuutta. Vaasan keskussairaala ei ole voinut nojata ylhäältä annettuihin ohjeisiin tai suuntaviivoihin sen suhteen, mitä potilasturvallisuuden kehittämiseksi tulisi tehdä. Se on joutunut innovatiivisesti kokeillen, muiden maiden esimerkkejä seurailleen sekä turvallisuustutkijoiden ja konsulttien tuen avulla luomaan pala palalta omaa turvallisuuden johtamisen lähestymistapaansa.

## 5.2 Vaasan keskussairaalan järjestelmällisen potilasturvallisuuden johtamisen vaiheet

Vaasan keskussairaalan järjestelmällisen potilasturvallisuuden johtamisen etenemisessä voidaan nähdä neljä vaihetta: 1) käynnistyminen, 2) laajentuminen, 3) järjestelmän rakentaminen ja 4) tavoitteellinen kehittäminen. Näitä vaiheita on kuvattu tiivistäen taulukossa 5.

**Taulukko 5.** Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuden johtamisen vaiheet.

<p><b>KÄYNNISTYMINEN 2007–2008</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Perustetaan turvallinen lääkehoitotyöryhmä, jonka tehtävänä on kehittää lääkehoitoa turvallisemmaksi seuraamalla, arvioimalla ja luomalla yhteisiä toimintatapoja.</li><li>– Tehdään lääkehoitosuunnitelmamallit eri toimintayksiköihin.</li><li>– Tehdään lääkekortit, joiden avulla potilaat voivat pitää kirjaa lääkehoidostaan. Lääkekortit jaetaan koko sairaanhoitopiirin alueelle. Järjestetään oppilaitosten kanssa tempauksia joissa opetetaan väestölle kortin käyttöä.</li><li>– Laaditaan opas turvallisen lääkehoidon toteuttamiseen Vaasan sairaanhoitopiirissä.</li><li>– HaiPro-vaaratahtumien raportointijärjestelmä otetaan käyttöön.</li><li>– Aletaan raportoida vaaratahtumia myös eri organisaatioiden välillä sairaanhoitopiirissä</li><li>– Lääkitysturvallisuuteen ja raportointijärjestelmän käyttöön liittyvää koulutusta järjestetään henkilöstölle ja raporttien käsittelijöille (lähes 300 tilaisuutta).</li></ul>
<p><b>LAAJENTUMINEN 2008–2009</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Tehdään huoneentaulut, joissa tuodaan esiin asioita, joita potilas voi tehdä varmistaakseen potilasturvallisuutta, jako kaikkiin yksiköihin sairaanhoitopiirissä.</li><li>– Toteutetaan Tuku-turvallisuuskulttuurikysely ja haastatteluja.</li><li>– Nimetään potilasturvallisuusasiantuntijat jokaiselle osastolle ja luodaan potilasturvallisuuden kehittämisryhmiä.</li><li>– Aletaan julkaista potilasturvallisuustiedotteita, jotka jaetaan koko sairaanhoitopiirin alueella sekä terveydenhuoltoalan oppilaitoksiin.</li><li>– Kaikista uusista tempauksista järjestetään myös lehdistötilaisuuksia, jotta kansalaiset saavat tietoa ja heidät saataisiin mukaan turvallisuuden kehittämiseen.</li></ul>

### JÄRJESTELMÄN RAKENTAMINEN 2009–2010

- Kuvataan koko potilasturvallisuusjärjestelmä eli millaisin elementein potilasturvallisuutta sairaalassa varmistetaan.
- Otetaan käyttöön Global Trigger Tool.
- HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmä saadaan käyttöön koko sairaanhoitopiirin alueella.
- Resursoidaan lisää potilasturvallisuuden kehittämiseen ja organisaatiossa toimii jokaisessa klinikkaryhmässä potilasturvallisuuskoordinaattori osa-aikaisesti.
- Potilasturvallisuustiedotteita ilmestyy säännöllisesti.

### TAVOITTEELLINEN KEHITTÄMINEN 2010–2012

- Otetaan käyttöön puolivuositainen yksikkökohtainen laatu- ja potilasturvallisuusraporttikäytäntö.
- Järjestetään CRM-koulutusta yksiköittäin.
- Toteutetaan ulkopuolisten arvioitsijoiden toimesta kehittävä turvallisuuskulttuurin arviointi.
- Laaditaan toimenpidesuunnitelma siitä, mitä asioita on tarpeen kehittää seuraavan kahden vuoden aikana turvallisuuden näkökulmasta.
- Auditoidaan jokaisen toimintayksikön turvallisen lääkehoidon prosessi.
- Tehdään potilaille esite, jossa kerrotaan mitä potilas voi tehdä, jos kaikki ei suju kuten on suunniteltu, ja annetaan potilaille mahdollisuus raportoida vaaratapahtumista HaiPro-järjestelmään.
- Sairaalan www-sivuilla tehdään oma osio potilasturvallisuudesta potilaille ja omaisille.
- Potilasjärjestöt otetaan mukaan alueelliseen potilasturvallisuuden kehittämisryhmään.
- Järjestetään säännölliset kehittämispäivät organisaation lääkehoito- ja potilasturvallisuusvastaavien kanssa.
- Vuosien aikana on otettu lukuisia työkaluja käyttöön (leikkaussaliin tarkastuslistat, lukuisia muita tarkistuslistoja esim. laitossiirron ja kotiutuksen tarkistuslistat, lisäksi on kuvattu potilaan tunnistamisen prosessi ja otettu käyttöön ISBAR yms.).
- Tiedotusta potilaiden ja asiakkaiden yhteydenotoista potilasasiamiehiltä yksiköihin tehostetaan – potilasasiamiehet alkavat käyttää HaiPro-järjestelmää raportointiin
- Kokonaisturvallisuuteen panostetaan vielä vahvemmin, mm. palkkaamalla organisaatioon turvallisuuspäällikkö.
- Lukuisia opinnäytteitä ja tutkimuksia liittyen potilasturvallisuuteen ilmestyy.
- Koulutetaan keskussairaalaan vakavien vaaratapahtumien selvitysryhmä ja tutkitaan ensimmäinen vakava vaaratapahtuma.
- Yhden vakavan tapahtuman seurauksena kuvataan turvallinen lääkehoitoprosessi, jossa on turvallisuuden näkökulmasta suojaukset ja kehitetään prosessia turvallisemmaksi poistamalla selkeitä riskivaiheita.
- Potilasturvallisuustiedotteita julkaistaan edelleen.
- Otetaan käyttöön vaaratapahtumailmoitusten julkaisutyökalu, jolla hyviä ilmoituksia julkaistaan kaikkien luettavaksi ja pyritään tällä tavalla edistämään koko organisaation mahdollisuutta oppia virheistä.
- Päätetään panostaa potilaskeskeisyyteen ja perustetaan esimerkiksi potilasraati.

### **5.3 Organisaation sisäiset potilasturvallisuuden johtajat Vaasan keskussairaalassa**

Ajatus siitä, että potilasturvallisuuteen on syytä alkaa kiinnittää organisaatiossa erityistä systemaattista huomiota, lähti liikkeelle Vaasan keskussairaalassa muuttamista yksittäisistä johtohahmoista. Erityisen keskeisiä henkilöitä Vaasan keskussairaalan järjestelmällisessä potilasturvallisuuden johtamisessa ovat olleet potilasturvallisuusasiantuntija ja johtajaylilääkäri. Potilasturvallisuusaatteen tuomisessa alemmille organisaation tasoille on kohdattu haasteita. Osa työntekijöistä on suhtautunut kriittisesti systemaattiseen potilasturvallisuustyöhön. Potilasturvallisuuden johtamisen muutosvoima on kuitenkin laajentunut vähitellen koskemaan yhä suurempaa osaa organisaatiosta.

Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuusasiantuntija kuvasi POTILASTURVA-projektin haastattelussa omaa asiantuntijarooliaan potilasturvallisuuden johtamisessa seuraavasti:

*”Minä näen ihan selkeänä erona sen, millaista on asiantuntijana johtaa potilasturvallisuutta ja millaista on sitten johtaa sen aseman tuomalla vallalla sitä potilasturvallisuutta. ... Pomo sanoi just hyvin viime viikolla, että minä olen viisi vuotta ... johtanut tätä [potilasturvallisuutta] ilman aseman tuomaa valtaa ja ilman penniäkään rahaa. Tavallaan haaste on ollut se, että minun on pitänyt itse rakentaa se luottamus siihen organisaatioon, niin että ne kuuntelee minua ja että ne päästää minut mukaan niitten kokouksiin ja tavallaan rakentaa kokonaan itse se miten tätä [potilasturvallisuutta] kehitetään.”*

Viime vaiheissa myös potilaita on aktivoitu osallistumaan potilasturvallisuustyöhön ja alueen potilasjärjestöjen edustaja on kutsuttu mukaan säännöllisesti kokoontuvaan alueelliseen potilasturvallisuuden kehittämisryhmään. Lisäksi POTILASTURVA-hankkeen loppuvaiheessa oltiin Vaasaan perustamassa potilasraatia, jotta potilaskeskeisyyttä saadaan toteutumaan vielä paremmin.

### **5.4 Potilasturvallisuuden johtaminen koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän johtamisena Vaasan keskussairaalassa**

Keskeinen, näkyvä piirre Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuden johtamisessa on ollut avoimuus organisaation rajojen ulkopuolelle. Alusta asti etenkin keskeiset johtohenkilöt – potilasturvallisuusasiantuntija ja johtajaylilääkäri – ovat osallistuneet aktiivisesti kansalliseen potilasturvallisuuskeskusteluun ja kansallisten linjausten luomiseen. Näin he ovat myös rakentaneet edellytyksiä oman organisaationsa potilasturvallisuustoiminnalle. Käytäntöjen reflektointi muiden edelläkävijäorganisaatioiden kanssa on ollut erityisen tärkeää tilanteessa, jossa ylhäältä annettuja valtakunnallisia ohjeita ja linjauksia potilasturvallisuuden johtamiselle ei ole ollut olemassa.

Kaikki Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuskäytännöt ovat olleet vapaasti muiden organisaatioiden tutustuttavissa ja potilasturvallisuusasiantuntija on kiertänyt aktiivisesti kouluttamassa myös muissa organisaatioissa. Keskussairaala on myös ottanut asiakseen koordinoida koko sairaanhoitopiirin alueen potilasturvallisuuden kehittämistyötä. Alueen terveystakeskukset ovat esimerkiksi saaneet raportoida vaaratapahtumia keskussairaalan vaaratapahtumaraportointijärjestelmään. Koko sairaanhoitopiirin alueen terveydenhuollon toimijat ovat kokoontuneet säännöllisesti refleктоimaan ja kehittämään potilasturvallisuuskäytäntöjään yhdessä.

### 5.5 Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteiden toteutuminen Vaasan keskussairaalassa

Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuden johtamisessa ei ole tietoisesti noudatettu adaptiivisen johtamisen periaatteita. Potilasturvallisuuden johtaminen on edennyt pala palalta, yksittäisten toimien kautta, ilman laajempaa kokonaisnäkemystä siitä, mitä kaikkea potilasturvallisuuden johtamiseen oikeastaan tulisi kuulua. Uusia työkaluja ja toimintatapoja on otettu käyttöön sitä mukaa kun ongelmia on tullut vastaan tai kun tieto uudenlaisista turvallisuutta edistävästä toimintatavoista on levinnyt potilasturvallisuusasiantuntijan ja muiden organisaation avainhenkilöiden verkostossa. Jälkeenpäin Vaasan kehitystarinaa voidaan kuitenkin tarkastella luvussa 4 esitettyjen adaptiivisen johtamisen piirteiden valossa. Eri vaiheissa ovat painottuneet erilaiset johtamisperiaatteet.

Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteista organisaation **toiminnan rajaaminen** on korostunut vahvasti Vaasan keskussairaalan tavassa johtaa potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden johtamisessa on pyritty järjestelmällisyyteen, vastuiden kuvaamiseen, erityisten potilasturvallisuusrakenteiden luomiseen sekä käytäntöjen yhtenäistämiseen. Tämä painotus heijastelee pitkään vallalla ollutta niin sanottua perinteistä turvallisuusjohtamisajattelua, jossa pyritään vähentämään toiminnan vaihtelua ja estämään tunnettuja virheitä. Vaasan keskussairaalassa tämän johtamisperiaatteen painotus juontanee juurensa myös organisaation vahvasta laadunhallinnan perinteestä ja pyrkimyksestä. Laadunhallinnalle on usein tyypillistä juuri toiminnan systematisointi ja rajaaminen – toimintaa pyritään standardoimaan siten, että se on aina mahdollisimman samanlaista. Organisaation toiminnan rajaaminen on koettu välttämättömäksi Vaasan keskussairaalassa potilasturvallisuuden lisäämiseksi. Kansainvälisen ja kansallisen potilasturvallisuuskeskustelun käynnistyminen sekä vaaratapahtumien raportointijärjestelmään kertyvät ilmoitukset ovat havahduttaneet organisaation jäsenet kuitenkin huomaamaan, miten erilaisia käytäntöjä organisaatioissa vallitsee ja miten vähän tilannekohtaisen toiminnan onnistumista varmistetaan yhteisillä sopimuksilla, säännöillä ja ohjeilla.

Toiminnan rajaamisen rinnalla myös **toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistäminen** on kuitenkin ollut keskeistä Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuden johtamisessa alusta alkaen. Toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistäminen on käytännössä tarkoittanut puhumista, sähköpostien lähettämistä ja erilaisten

turvallisuuteen liittyvien kokousten järjestämistä ja ihmisten yhteen saattamista. Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuusasiantuntija kuvasi oman työnsä alkua seuraavasti:

*"Minä rupesin heti alusta luomaan omaa verkostoa tuonne "etulinjaan", koska minulla ei ollut sitä aseman tuomaa [valtaa]. ... Esimerkiksi jos minä olisin ollut ylihoitaja, minulla olisi ollut tietyt osastot, joissa minulla olisi ollut säännölliset kokoukset. Niin minä loin oman verkoston ja minulla oli kaikki yksiköt jollain tavalla mukana siinä toiminnassa. Että ensimmäiseksi minä loin esimerkiksi meidän lääkehoitovastaavat[-ryhmän]. Me sovittiin että nähdään kuuden viikon välein ja sitten meillä on kaksi kertaa vuodessa kehittämispäiviä. ... Aina kuuden viikon välein toin niille sitä tietoa mitä minä olin oppinut ja saanut, tai mitä organisaatiossa oli. Niitten tehtävä oli siellä yksiköissä puhua siitä ja tarvittaessa minä menin vielä auttamaan niitä sinne yksikköön puhumaan siitä. Ja sitten tavallaan näitä asiantuntijoita on kasvanut jokaiseen yksikköön. Nyt meillä on niitä lääkehoitovastaavia, mutta sitten meillä on myös potilasturvallisuudessa tällöinen asiantuntijaryhmä, jotka saa enemmän koulutusta. Ne ei ole vastuussa siitä asiasta, mutta niillä on tehtävänä pitää meteliä siitä asiasta ja auttaa ja tukea sitä omaa yksikköä siinä turvallisuuden kehittämisessä."*

Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuusasiantuntija kuvasi vuorovaikutuksen edistämistyötä myös näin:

*"Puhuminenhan tässä on se [tärkeä] elementti. No, sähköposti on kyllä hyvä myös, sähköpostia paljon kyllä hyödyntää. ... Eri kokouksissa yritän tuoda esille niitä [potilasturvallisuuteen liittyviä] asioita ja positiivisia esimerkkejä, että tämän avulla päästään tämmöiseen lopputulokseen ja tämä on ammatillaisen ja potilaitten näkökulmasta parempi ja turvallisempi toimintatapa."*

Toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistäminen on tarkoittanut toisinaan myös tasapainoilua erilaisten voimien ja eri toimijoiden tarpeiden välillä. Eräs potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuva johtaja kuvasi omalta osaltaan potilasturvallisuuden johtamista tekemisenä näin:

*"Aika paljon on hankalia tilanteita, joissa pitää miettiä, mikä ratkaisu on paras. ... Sitä satsaa omaa aikaansa siihen. On prosessissa tiettyjä ongelmia jotka pitää ratkaista. ... On eturistiriitoja. Röntgenille tietty homma olisi parempi ja tietyille lääkäreille tai muille lääkäreille joku homma olisi parempi. Täytyy pitää neuvotteluita ja miettiä mikä olisi kokonaisuuden kannalta paras."*

Toisinaan potilasturvallisuuden johtamistyössä on jouduttu tasapainoilemaan myös henkilöstön ja potilaiden näkemysten välillä. Potilasturvallisuusasiantuntija kuvasi tätä tasapainoilua POTILASTURVA-projektia varten pitämässään työpäiväkirjassa seuraavasti:

*"Potilas halusi kertoa minulle kokemuksistaan hoidostaan meidän sairaalassa. Pysin kuuntelemaan häntä avoimesti toisaalta sen takia, että hän*

*voisi taas luottaa meidän sairaalaan ja toisaalta sen tähden, että saisin tietää mitä on tapahtunut ja miten hän potilaana kokee hoitomme. Istuin potilaan sängyn vieressä ja kuuntelin mitä hän sanoi. Kartoitin täytyisikö tätä tapausta tarkemmin lähteä selvittämään ja voisinko jotain tehdä, jotta potilas luottaisi sairaalaamme. Meillä oli ihan hauskaa potilaan kanssa ja tuntui hyvältä, koska hän oli todella iloinen, että sai kertoa tuntemuksensa. Ajattelin, että minun täytyy tämä asia viedä eteenpäin, jos voisimme edes jotain oppia hoitovirheestä joka hänelle on meidän sairaalassa tapahtunut. Olin lähdössä potilaan luota kun osastonhoitaja halusi jutella kanssani. Sain kuulla, että henkilökunta on hermostunut hoitamaan potilasta, jota olin tapaamassa. Hän on niin aktiivinen tuomaan turvallisuusasioita esiin ja hermostuttaa muitakin potilaita. Toin esiin sitä, että potilas ei luota meidän sairaalaamme, koska on kokenut vakavan hoitovirheen. Yritin saada osastonhoitajan viestittämään sitä henkilökunnalle ja rauhoittelemaan heitä ja hoitamaan potilasta kuten muita ja jos hän kyseenalaistaa asioita niin perustelevaan tekemisiä. Toisaalta puolustin potilasta ja toisaalta yritin rauhoittaa henkilökuntaa. Sovittiin, että tulen osastotunnille puhumaan henkilökunnan kanssa. Ymmärsin kovasti osastonhoitajaa ja hänen huoltaan ja toisaalta mietin, eikö henkilökunta kestä aktiivista potilasta, joka varmistaa oman hoitonsa turvallisuutta.”*

**Yhteisen turvallisuustahtotilan muodostumista** on edistetty aktiivisesti Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuustyössä esimerkiksi koulutuksissa ja yhteisissä tilaisuuksissa nostamalla esiin potilasturvallisuutta erityisenä arvona, jonka halutaan ohjaavan kaikkien organisaation jäsenten toimintaa. Yhteisen tahtotilan muodostumista on edistetty myös nimeämällä erityisiä vastuuhenkilöitä eri puolilta organisaatioita ja allukoimalla heille resursseja potilasturvallisuustyöhön. Organisaation johdossa on myös esiintynyt ajatusta, että potilasturvallisuuteen panostaminen on organisaatiolle kilpailuvaltti ja investointi tulevaisuuteen. Näkyvän panostuksen potilasturvallisuuteen on esimerkiksi ajateltu houkuttelevan asiakkaita sekä osaavaa työvoimaa organisaatioon. Vahvassa panostuksessa turvallisuuteen erityisenä toimintaa ohjaavana arvona piilee kuitenkin myös vaaransa. Jatkossa Vaasan keskussairaalassa on tärkeää tuoda entistä painokkaammin esiin myös sitä, että potilasturvallisuuden varmistamiseksi tarvitaan muutakin kuin ”potilasturvallisuustyötä”. Potilasturvallisuuden edistäminen tulee nähdä tiiviimmin osana organisaation perustehtävää, asiana joka huomioidaan jatkuvasti kaikessa tekemisessä ja päätöksenteossa. Potilasturvallisuuden varmistaminen ei voi olla ainoastaan potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden harteilla, vaan sen tulee olla arvo kaikessa toiminnassa.

Potilasturvallisuuden kehittämisessä edettiin sairaalassa etenkin aluksi pienten muutosten ja kokeiluiden kautta pala palalta -strategialla. Kokonaisvaltaisempaa ja tavoitteellisempaa **organisaation toiminnan ohjaamista** on johtamiseen tullut vähitellen, kun toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistämisessä on päästy alkuun. Vaasan keskussairaalan turvallisuusasiantuntija kuvasi potilasturvallisuuteen liittyvien pienten muutosten aikaansaamista ja laajenemista omassa organisaatiossaan näin:

*”Minusta se oli hyvä että me aloitettiin jostain tietystä yhdestä palasesta. Jos minä olisin ollut hyvä asiantuntija potilasturvallisuudessa kun aloitin, ja minulle olisi sanottu että kehitä sitä, niin minusta tuntuu että minun olisi ollut toisaalta hankalampi lähteä [liikkeelle ja päättää], että mistä nurkasta sitä nyt rupeaa rakentamaan. Kun minulle sanottiin, että ”tämä turvallinen lääkehoito-opas realismiksi”, niin se oli helppoa. Siinä oli selkeä prosessi mitä piti lähteä kehittämään ja selkeä alue missä sitä lähdettiin kehittämään. Ja sitten tavallaan, oikeastaan jo kun vuosi oli sitä tehty, ruvettiin tajuamaan, että ... tämä koskeekin koko tätä potilasturvallisuutta ja laatua. ... Että esimerkiksi kun otettiin HaiPro käyttöön, se rupesikin tuottamaan tietoa kaikesta muustakin kuin lääkähoidosta. Siis me ollaan pala palalta rakennettu [tätä potilasturvallisuuden johtamistapaa].”*

*”Me kehitetään sitä meidän prosessia ja sitä meidän turvallisuutta että ei tapahtuisi haittatapahtumia ja että leikattaisiin monta potilasta päivässä. Mutta samalla pitäisi jonkun miettiä, että nouseeko niiden potilaiden elämänlaatu sen jälkeen kun ne on leikattu ja kannattaako niitä leikata. Tai mitä meidän pitäisi tehdä ettei sitä tarvetta sille leikkaukselle edes olisi? ... Että ei vaan tehdä ilman että mietitään miten sen voisi jo siellä aikaisemmassa vaiheessa jotenkin estää koko sen tilanteen syntyminen. Minun mielestä tätä pitäisi ajatella ihan niin laajana asiana. Ei [pitäisi] vaan keskittyä myöskään siihen potilasturvallisuuteen, että tehdään näin ja näin turvallisia prosesseja, jos sitten itse se asia mitä tehdään, ei olekaan tarpeellinen ja hyvä potilaan näkökulmasta. Minä itse usein mietin sitä, että mitä ne potilaat haluaa... Että nimenomaan arvioitais sitä, että kannattaako jokainen selkä ja jokainen vaiva leikata ja miten paljon tätä resurssia kannattaisi käyttää nimenomaan siihen terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn, eikä vaan pyrkiä tuottamaan mahdollisimman turvallista ja tehokasta palvelua.”*

**Toimijoiden tilannekohtaisen itseorganisoitumiskyvyn edistäminen** on saanut Vaasan keskussairaalan potilasturvallisuuden johtamisessa vähemmän painotusta. Sitä ei tietoisesti ole toiminnan rajaamista painottavassa potilasturvallisuuden johtamisessa pyritty tekemään. Enemmän on painotettu työkäytäntöjen yhtenäistämistä eli toiminnan rajaamista. Jos turvallisuutta halutaan aidosti edistää, on kuitenkin tärkeää myös pitää huolta siitä, että tuetaan henkilöstön ymmärrystä työstään ja siihen liittyvistä vaaroista ja lisätään heidän mahdollisuuksiaan reagoida yllättäviin tilanteisiin joustavasti ja turvallisesti. Samoin on tarpeen tukea potilaiden itseorganisoitumista, esimerkiksi viestimällä heille selkeästi niistä perusteista, joille hoito rakentuu.

Ajatus siitä, että turvallisuuden johtamisen tarkoittaisi mahdollisuuksien tarjoamista toimijoiden itseorganisoitumiselle, on ollut uudenlainen Vaasan keskussairaalassa. Käytännössä Vaasan keskussairaalaan koulutuksissa ja epämuodollisissa keskusteluissa on kuitenkin ollut monia tilanteita, joissa on käsitelty niitä riskejä, joita työssä voi tulla vastaan, ja sitä kautta lisätty henkilöstön valmiutta toimia eteen tulevilla yllättävissä tilanteissa luovasti ja turvallisesti. Tästä kertoo esimerkiksi seuraava katkelma potilasturvallisuusasiantuntijan päiväkirjasta:

*”Aloitin pitämään osastotuntia kuntoutusyksikön työntekijöille. Olivat pyytäneet minua puhumaan HaiProsta, mutta pyrin esityksessäni valaisemaan potilasturvallisuuden laajuudesta ja puhuin paljon muutakin. Yritin saada heidät arvioimaan omasta toiminnastaan riskejä potilasturvallisuudelle ja toisaalta ymmärtämään, mitä kaikkea on tehty ja miten voivat itse vaikuttaa turvallisuuteen. Tilaisuus oli keskustelevalta ja löysimme paljon riskitekijöitä heidän toiminnastaan.”*

Eräässä POTILASTURVA-projektin työpajassa Vaasan keskussairaalan pilottiyksikössä keskusteltiin siitä, miten turvallisuus käytännössä varmistetaan tilanteessa, jossa yksikössä ei ole saatavilla riittävästi kielitaitoisia lääkäreitä. Henkilöstön edustajat saivat nostaa esiin omia henkilökohtaisia strategioitaan, joilla he selviytyivät näistä vaativista poikkeustilanteista turvallisesti. Yhdessä käsiteltiin sitä, millaisia mahdollisia riskejä tilanteeseen voi liittyä. Todettiin, että asia on otettava pitkän tähtäimen kehittämistavoitteeksi: organisaation on panostettava kielitaitoisen osaavan työvoiman saamiseen tälle erityisalueelle. Samaan aikaan oli kuitenkin tärkeää nostaa avoimesti esiin se, että asia on ongelmallinen, ja muistuttaa henkilöstöä siitä, että tältä osin toimitaan eräänlaisessa kriisitilanteessa, johon liittyy erityisiä riskejä. Sen sijaan, että ongelmaa peiteltäisiin, sitä tuli korostaa, jotta henkilöstö säilyttäisi valppautensa. Henkilöstön oli myös tärkeää jakaa keskenään ajatuksia siitä, minkä he näkivät turvallisimmaksi mahdolliseksi tavaksi toimia poikkeustilanteessa.



## 6. Työkaluja potilasturvallisuuden johtamisen tueksi

Potilasturvallisuuden kehittämisessä on painotettu vahvasti innovatiivisten potilasturvallisuustyökalujen kehittämistä ja käyttöönottoa. Yksi esimerkki laajalle levinneestä työkalusta on kirurginen tarkistuslista. Tämänkaltaisista työkaluista on hyötyä monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän vaarojen hallinnassa siinä mielessä, että ne yksinkertaistavat monimutkaisuutta ja auttavat järjestelmän toimijoita selviytymään siinä. Samaan aikaan on kuitenkin tärkeää pitää mielessä, että työkalut tosiaan yksinkertaistavat todellisuutta eivätkä yksin voi ratkaista monimutkaisia turvallisuusongelmia.

Monimutkaisen adaptiivisen järjestelmään vaikuttamiseen ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa työkalua. Laadunkehittämisestä tunnetuissa huippusairaaloissa on havaittu, ettei laadun parantamisessa ole kysymys niinkään tietystä menetelmästä, vaan enemmänkin inhimillisestä toimijuudesta (Bate ym., 2008). Usein olennaisempaa kuin se, mitä työkalua käytetään, on se, miten sitä käytetään ja mihin tarkoitukseen.

Kaikissa työkaluissa on sisäänrakennettuna käsityksiä turvallisuudesta ja sen johtamisesta. Työkaluun sisäänrakennetut käsitykset eivät kuitenkaan yksinään suoraan määrää sitä, mitä työkalulla saadaan aikaan. Siihen vaikuttavat myös työkalun käyttäjän omat taustaoletukset ja taidot käyttää työkalua. Työkalun käytöstä ei saa tulla itsetarkoitus. Työkalujen ei myöskään tule lisätä toiminnan monimutkaisuutta – ainakaan kohtuuttomasti.

Adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista tukevat työkalut voivat olla moninaisia. Ne voivat olla esimerkiksi ajattelua ja toimintaa jäsentäviä teoreettisia työkaluja, tiedonkeruutyökaluja tai teknisiä työkaluja. Tässä luvussa esittelemme lyhyesti joitakin potilasturvallisuuden johtamisen tueksi tarkoitettuja työkaluja ja käsittelemme sitä, miten ne voivat tukea potilasturvallisuuden adaptiivista johtamista.

## 6.1 Potilasturvaportti-verkkopalvelu

Arto Helovuori, Huperman Oy

*”Potilasturvallisuuden johtaminen on sääntöjen, normien, työvälineiden ja foorumeiden luomista vuorovaikutukselle. Se on tietovirtojen hallintaa.”*

Potilasturvaportti on Huperman Oy:n kehittämä verkkopohjainen palvelukokonaisuus, joka tarjoaa työkalut potilasturvallisuuden johtamiseen. Sen ensisijaisena päämääränä on tiivistää prosesseja, joiden kautta henkilöstö, asiakkaat ja potilaat sekä organisaation johto yhdessä luovat potilasturvallisuuden kehittämiseksi tavoitteita ja suunnitelmia, tunnistavat ja hallitsevat toiminnan riskejä sekä kehittävät ymmärrystä potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Potilasturvaportti on työntekijöille ”ikkuna” potilasturvallisuuden johtamiseen. Sen kautta voidaan helposti hahmottaa potilasturvallisuuden johtamisen kokonaisuus, vastuut ja prosessit, joilla hoidon laatua ja turvallisuutta kehitetään. Samoin sen kautta voidaan jatkuvasti ylläpitää tietoisuutta potilasturvallisuuden tilasta, muutoskehityksestä ja ajankohtaisimmista asioista. Tietosisällöt voidaan palvelussa kohdentaa siten, että käyttäjä kokee sisällön mielekkääksi oman työnsä kannalta. Palvelun avulla rakennetaan vuorovaikutuskanavia eri toimijoiden ja verkostoiden välille sekä organisaation sisäisesti että sen ulkopuolisten toimijoiden kanssa. (Kuva 4.)

Potilasturvaportti pohjautuu viimeisimpiin laadun ja potilasturvallisuuden hallintaa koskeviin säädöksiin. Palvelu on kehitetty yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa tarjoamaan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille työkalut täyttää terveydenhuoltolain (1326/2010) asetuksen vaatimukset laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta sekä Valviran määräyksen yksityisen terveydenhuollon palvelun tuottajien omavalvonnasta.

Potilasturvaportin palvelusisällöt pähkinänkuoressa:

- omavalvonnan ja potilasturvallisuuden suunnittelu
- vaaratapahtumista ja poikkeamista ilmoittaminen
- laadun ja potilasturvallisuuden seuranta
- riskien hallinta
- potilas palaute
- verkkokoulutukset
- perehdytyksen työkalut ja osaamisen johtaminen
- tiedottaminen ja palaute
- yhteisöt ja asiantuntijaverkostot.



**Potilasturvaportti**

[Etunimi, Sukunimi], [Organisaation nimi]  
 > Omat tiedot ja asetukset > Raportit  
 > Opsikehystö > Kirjaudu ulos

VSHP | Opiskelu | Katsaukset | Potilaan näkökulma | Vaaratapahtumat | Riskien hallinta | Mitarit | Yhteisö

**Oppimistehtävät**  
 > Potilasturvallisuuden lähtökohtia  
 > Systemiajattelu potilasturvallisuus...  
 > Vaaratapahtumista oppiminen  
 > Katso kaikki

**Osallistu ja vaikuta**  
 > Potilasturvallisuuskysely  
 > Riskikartoitus 2012

**Pikalinkit**  
 > Tee potilasturvallisuusaloite  
 > Ilmoita turvallisuusriskistä  
 > Ilmoita vaaratapahtumasta

**Katsaukset**

**Potilaan tarina**

**Vaaratapahtumat**

**Tiedotteet**  
 4.10.2012 Potilasturvaportin käyttäjämäärä y...  
 Potilasturvaportti palvelu on laajentunut sosiaali...  
 1.8.2012 Potilasturvallisuutta taidolla-verk...  
 Potilasturvallisuutta taidolla - verkkokoulutus Pot...

**Avainmittarit**  
 Jatkossa näet tässä mittaritietoa potilasturvallisuuden toteutumisesta.

5000	3200	2400
8/2012	9/2012	10/2012

**Lisää potilasturvallisuusosaamistasi – Tutustu kursseihin**

Timothy potilasturvallisuuden varmistajana  
 Vaaratapahtumista oppiminen  
 Potilasturvallisuus tavaksi toimia  
 Infektio, lääkitys ja kajoavat toimenpiteet potilasturvallisuusshaasteina

**Potilasturvaportti**  
 Potilasturvaportti on digitaalinen toimintaympäristö, joka tarjoaa työkalut järjestelmälliseen potilasturvallisuuden kehittämiseen. Se tarjoaa tietoa potilasturvallisuuden keskeisistä periaatteista ja käytännöistä sekä työkalut organisaation potilasturvallisuusjärjestelmän toimeenpanoon. Potilasturvaportti on Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteistyössä kehitetty palvelu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille.

**Sisällöt**  
 > Opiskelu  
 > Turvallisuuskatsaukset  
 > Vaaratapahtumat  
 > Potilaan näkökulma

**Tuki**  
 > Apua  
 > Lähetä palaute  
 > Käyttöohjeet ja rekisteriseloste

**Palvelun tarjoaja**  
 superman

Kuva 4. Potilasturvaportti-palvelun etusivu.

Seuraavassa on tarkasteltu oleellisia Potilasturvaportin palvelusisältöjä adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen näkökulmista.

### ***Potilasturvallisuuden suunnittelu ja yhteisen tahtotilan muodostaminen***

Vaatimukset laadun ja potilasturvallisuuden toimeenpanosuunnitelmista korostavat henkilöstön, potilaiden ja asiakkaiden mahdollisuuksia saada tietoa toimintayksiköiden suunnitelmista ja vaikuttaa niiden sisältöön. Näiden vaatimusten täyttämiseksi Potilasturvaporttiin on kehitetty helppokäyttöiset työkalut suunnitelmien laatimiseen, päivittämiseen ja niistä viestimiseen. Palvelun kautta suunnitelma ja siihen liittyvät ohjeet ovat helposti saatavilla henkilöstölle, ja suunnitelmassa määritellyt menettelytavat voidaan suoraan linkittää sähköisiin työkaluihin, joita niiden toteuttamisessa tarvitaan. Näin henkilöstö oppii näkemään oman organisaationsa potilasturvallisuuden johtamisen kokonaisuuden kaikkine elementteineen ja rajapintoineen.

Potilasturvaportin tarjoamilla työkaluilla suunnitelma ei myöskään jää staattiseksi asiakirjaksi, vaan se on helposti päivitettävissä, ja palvelun tarjoamia tiedotuskanavia käyttäen suunnitelmiin ja ohjeisiin tehdyistä muutoksista voidaan viestiä henkilöstöä välittömästi. Tarvittaessa on myös mahdollista kontrolloida sitä, että jokainen työntekijä käy tutustumassa muuttuneeseen sisältöön suunnitelmassa. Heille voidaan tarjota mahdollisuus kommentoida suunnitelmia, esittää tarkentavia kysymyksiä niiden sisällöstä ja saada arvokasta lisätietoa toimintaohjeiden taustoista ja tavoitteista. Ymmärryksen lisääminen lisää myös sitoutumista yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin.

Potilasturvaportin avulla laadun ja potilasturvallisuuden toimeenpanosuunnitelmat saadaan myös elämään. Suunnitelmien sisältämiin dokumenttikokonaisuuksiin voidaan palvelussa liittää täydentävää lisämateriaalia, kuten verkkokoulutuksia, toimintaohjeita, videoita tai muita mediaelementtejä, joiden avulla tuetaan suunnitelman toimeenpanoa. Lisämateriaalin avulla henkilöstölle voidaan viestiä esimerkein siitä, miten suunnitelmassa mainittuja periaatteita ja vaatimuksia tulisi käytännössä toteuttaa. Potilasturvaportin perehdytystyökaluilla voidaan suunnitelman toimeenpanemiseksi koostaa perehdytysohjelmia, jotka ovat käytössä myös uuden henkilöstön perehdytykseen.

Suunnitelmien, ohjeiden ja vastuurakenteiden määrittelyn tehtävänä on luonnollisesti ohjata ja rajata toimintaa, mutta suunnittelua ei tule nähdä ainoastaan mekaanisena tavoitteiden asettamisena ja työn ohjaamisena, vaan kyse on myös potilasturvallisuuden esiin nostamisesta organisaatiossa tunnistettuna arvona. Johdon näkyvä esiin tuleminen säännöllisesti potilasturvallisuutta koskevissa asioissa on tärkeä signaali henkilöstölle heidän sitoutumisestaan yhteiseen päämäärään kehittää hoidon laatua ja turvallisuutta. Johdon videotervehdyksillä, puheenvuoroilla tai vaikka vain vastuuhenkilömäärittysten yhteydessä julkaistuilla kasvokuvilla, saadaan kasvatettua viestinnän tehoa. Johdon sitoutuminen ei jää vain allekirjoitukseksi, vaan henkilökohtaisilla esiintuloilla johtajat osoittavat, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo organisaatiossa. Organisaation arvojen esiin tuominen henkilökohtaisella tasolla on voimakas viesti koko muulle henkilöstölle.

### ***Tiedon ja ymmärryksen lisääminen kohdennetuilla tietosisällöillä***

Potilasturvaportin tärkeimpiä toiminnallisuuksia on kohdennettujen tietosisältöjen jakaminen. Niiden avulla on tarkoitus lisätä ymmärrystä oman työpaikan potilasturvallisuuskysymyksistä ja tarjota näkökulmia potilasturvallisuuden tarkasteluun myös muiden käyttäjien tarjoaman informaation kautta. Palvelussa jaettavia tietosisältöjä ovat muun muassa organisaation potilasturvallisuustiedotteet, vaaratapahtumaesimerkit ja potilaiden ja asiakkaiden kertomukset omista hoitokokemuksistaan. Ne auttavat ymmärtämään potilasturvallisuutta eri toimijoiden näkökulmista ja reflektoimaan kussakin yksikössä toimintaa muiden kokemusten kautta. Näin mahdollistuu myös oppiminen yli organisaatorajojen.

Positiivisen muutosvoiman ylläpitämiseksi tarvitaan myös jatkuvaa viestintää siitä, mikä yksikön laadunhallinnassa ja potilasturvallisuudessa on keskeistä ja tärkeää, mikä on sen tila ja mihin suuntaan se on kehittymässä. Potilasturvaportin kautta henkilöstön käytössä ovat tätä tarkoitusta varten muun muassa:

- katsaukset ajankohtaisiin potilasturvallisuusaiheisiin
- oman yksikön ”ilmoitustaulu”, johon akuutit potilasturvallisuusasiat voidaan nostaa
- potilasturvallisuuden avainmittareiden seurantatieto
- raportteja kehittämishankkeista ja niiden tuloksista
- kuvaukset työkaluista ja parhaista käytännöistä.

Potilasturvaportin tarkoituksena ei ole ainoastaan yksisuuntaisesti välittää tietoa, vaan tarjota foorumi vuorovaikutukselle. Jokaisella käyttäjällä on mahdollisuus kommenttityökalujen avulla käydä muiden työntekijöiden kanssa keskustelua, herättää kysymyksiä ja oppia ymmärtämään eri ammattiryhmien näkökulmia. Sen lisäksi, että jokaisella työntekijällä on palvelun kautta mahdollisuus henkilökohtaisesti perehtyä saatavilla olevaan potilasturvallisuustietoon, voidaan Potilasturvaportin tietosisältöjä käyttää myös henkilöstökokousten tukimateriaalina ja keskustelun herättäjinä. Organisaatiossa voidaan myös johdetusti ohjata vuorovaikutusta esimerkiksi julkaisemalla viikoittain Potilasturvateema, joka osastokokouksissa voidaan käsitellä esimiesjohtoisesti keskustellen. Näin voidaan mielekkäällä tavalla yhdistää organisaatiotason ohjaus ja toimijoiden omaehtoinen potilasturvallisuuden kehittämistoiminta.

### ***Potilasturvallisuusosaamisen kehittäminen ja työkalut perehdytyksen hallintaan***

Turvallinen hoito edellyttää luonnollisesti hyvää kliinistä ammattitaitoa ja riittävää kokemuspohjaa, mutta tämän lisäksi tarvitaan erityisiä potilasturvallisuuden hallinnan tietoja ja taitoja. Potilasturvallisuuden riskien ja niiden hallinnan perusteiden tunteminen auttaa työntekijöitä ymmärtämään, miksi potilasturvallisuuden vuoksi on toimittava tietyllä tavalla. Yksittäisten toimintaohjeiden jakaminen ilman riittävää taustatietoa aiheuttaa helposti muutosvastarintaa ja heikentää sitoutumista ohjeis-

tettuihin käytäntöihin. Myös riskien tunnistaminen ja hallinta edellyttävät ymmärrystä haittatapahtumien synnystä ja niiden estämisestä. Tätä varten tarvitaan ”potilasturvallisuusosaamista”, jonka Suomalainen potilasturvallisuusstrategia (STM, 2009) aikanaan nosti esille yhtenä keskeisenä kansallisena kehittämisalueena).

Potilasturvaportti tarjoaa uudenaikaiset digitaalisen oppimisen mahdollisuudet potilasturvallisuusosaamisen kehittämisen tueksi. Tähän sisältyvät potilasturvallisuuden verkkokoulutussisällöt, opintopolut, teemakurssit ja muu informaationsisältö, jonka avulla lisätään ymmärrystä ja kehitetään tietoja ja taitoja. Potilasturvaportin kautta on käytettävissä myös Hupermanin yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa kehitetty Potilasturvallisuutta taidolla -verkkokoulutuskokonaisuus, joka tarjoaa perustiedot potilasturvallisuuden keskeisistä periaatteista ja käytännöistä. Koulutus on suunnattu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, ja sen sisältö perustuu WHO:n määrittelemään potilasturvallisuuden koulutusohjelmaan, joka kokoaa yhteen potilasturvallisuuden keskeiset opetussisällöt. Sen kautta voidaan luoda yhteinen tietopohja organisaation sisäiselle kehittämiselle. Sisältöjä on myöhemmässä vaiheessa mahdollista käyttää myös uuden henkilöstön perehdytyksessä tai täydennyskoulutuksessa. Koulutukseen voidaan liittää tapahtumaesimerkkejä organisaation omista kokemuksista ja sitä voidaan täydentää organisaatiokohtaisilla koulutussisällöillä. Verkkopohjaisilla oppimiskursseilla potilasturvallisuuskoulutus voidaan saattaa jokaisen työntekijän ulottuville. Lisäksi Potilasturvaportin hallinnointityökalujen avulla sisältöjen jakaminen ja suorituksen seuranta voidaan systematisoida siten, että jokaisen työntekijän osallistuminen potilasturvallisuuskoulutukseen määräajoin voidaan varmistaa.

Potilasturvallisuuden varmistamisen yhtenä tärkeänä osana on henkilöstön perehdytys. Organisaatioilla on lakisääteinen velvoite huolehtia henkilöstön perehdyttämisestä ja työtehtäviin liittyvästä neuvonnasta. Työntekijöiden liikkuvuus organisaatioiden välillä ja niiden sisällä aiheuttaa suuren haasteen riittävän perehdytyksen varmistamiselle. Erityisesti organisaation sisäiset henkilöstösiirrot voivat olla hyvinkin nopeita ja lyhytaikaisia, jolloin tarvitaan tehokkaita ja joustavia perehdytysratkaisuja yksiköiden ja osastojen toimintatapojen omaksumiseen. Potilasturvaportin kohdennettujen oppimispolkujen avulla voidaan helposti luoda organisaatio- ja yksikökohtaisia perehdyttämisohjelmia, joilla työnhallinnan kannalta oleellisten tietojen saaminen voidaan varmistaa. Perehdytysohjelmien avulla jokainen työntekijä oppii myös näkemään, miten potilasturvallisuus on yhteydessä niihin tehtäviin, joihin hän on siirtymässä. Henkilökohtaisen opintorekisterien avulla yksittäisten työntekijöiden perehdytyksen seuranta voidaan toteuttaa systemaattisesti koko organisaatiossa.

### ***Palaute ja verkostot muutosvoimaksi***

Potilasturvallisuustyötä tehdään potilaita varten. Potilasturvallisuuden johtamisessa potilaiden ja heidän läheistensä kanssa käytävä vuoropuhelu ja heiltä saatu palaute on voimavara, joka usein jää hyödyntämättä toiminnan kehittämisessä. Myös terveydenhuoltolaki edellyttää organisaatioilta menettelytapoja, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden

puutteista. Potilasturvaportin Potilaan näkökulma -osio tarjoaa työkalut potilaiden, omaisten ja henkilöstön väliseen tiedonkulkuun. Potilasturvaportissa jaetut asiakkaiden ja potilaiden kertomukset antavat arvokasta tietoa henkilöstölle oman toiminnan ja työpaikan toimintatapojen tarkasteluun. Organisaatiolla on mahdollista palvelun kautta välittää potilaiden palautetta omalle henkilöstölleen tapausesimerkkien ja muun palautetiedon muodossa.

Potilasturvaportti tarjoaa organisaatiolle uusia tapoja oppia laatu- ja potilasturvallisuuspoikkeamista ja vaaratapahtumista. Palvelun Vaaratapahtumat-osiossa jaetut esimerkkitapaukset tarjoavat hyödyllisiä näkökulmia toiminnan kehittämiseen. Organisaatiolla on mahdollista palvelun kautta julkaista myös omia tapahtumaesimerkkejä omille työntekijöilleen tai kohdennetusti vain osalle heistä. Tämä mahdollisuus on ainutlaatuinen tapa varmistaa, että työpaikan ilmoittamis- ja palautejärjestelmien kautta tuleva tieto kanavoituu toiminnan kehittämiseksi.

Myös turvallisuuspalautejärjestelmät voidaan keskittää Potilasturvaportissa saman käyttöliittymän alle. Useiden erillisten raportointijärjestelmien sijaan vaaratapahtumista ilmoittaminen, riskikartoitukset, turvallisuuskyselyt ja muut keskeiset laadun ja turvallisuuden raportointikanavat voidaan tuoda yhden palvelun piiriin, jolloin palautekynnys madaltuu käytön helpottuessa. Kaikki organisaation turvallisuuden kehityksestä kertova tieto voidaan käsitellä kootusti eikä työntekijän tarvitse käyttää aikaa erillisiin järjestelmiin kirjautumiseen antaakseen palautetta.

Toimintayksikköorganisaatiot toimivat myös yhdessä muiden toimintayksiköiden kanssa. Yksittäisen potilaan hoito tapahtuu usein useiden organisaatioiden muodostamassa verkostossa, jotka kaikki voivat myös osaltaan osallistua potilasturvallisuuden johtamiseen. Usein yksittäisessä toimintayksikössä resurssit potilasturvallisuuden edistämiseen saattavat olla hyvin rajalliset, mutta laajemmassa yhteisössä voimavarat saadaan valjastettua paremmin. Pirstaleisen kehittämisen sijaan verkostoilla saadaan aikaan vaikuttavuudeltaan merkittäviä kehitysaskelia. Potilasturvaportin yhteisö- ja verkostopalvelut tarjoavat mahdollisuuden organisoida tehokkaasti yhteistoiminta sekä organisaation sisällä että ulkopuolisten toimijoiden kanssa. Asiantuntijafoorumit tarjoavat alustan vuoropuhelulle ja tiedonvaihdolle yli organisaatorajojen, aina kansallisiin asiantuntijaverkostoihin asti.

### ***Riskien ja muutosten hallinta***

Potilasturvallisuuden johtamisessa olennaista on aktiivinen viestintä vaaramekanismeista, jotta toimijat voivat huomioida ne jokapäiväisessä työssään. Usein sykli riskin tunnistamisesta sen hallintaan tarvittavaan muutokseen saattaa kestää pitkiä aikoja. Samoin riskin hallinnan kannalta tärkeää on säilyttää kontrolli siihen, että muutos tavoittaa koko henkilöstön. Tähän tarvitaan joustavia ja tehokkaita keinoja kanavoida tieto tunnistetuista riskeistä muutokseksi toiminnassa. Potilasturvaportin kautta tieto tunnistetuista riskeistä tai sattuneista vaaratapahtumista ja muu omaa työyksikköä koskeva potilasturvallisuustieto voidaan jakaa ajantasaisesti työyhteisön sisällä. Käyttäjät voivat aktivoida sähköposti- tai mobiiliviestit automaattisesti heitä koskevista asioista, jolloin tieto saavuttaa oikeaan aikaan oikeat ihmiset.

Potilasturvaportin avulla voidaan parantaa myös muutosten hallintaa, joka tyyppillisesti on organisaatioissa tunnistettu haaste. Terveystieteiden muutosten tahti aiheuttaa niiden hallinnalle erityisiä haasteita. Muutokset laitteissa, toimintatavoissa tai esimerkiksi tietojärjestelmissä saattavat aiheuttaa merkittäviä riskejä potilasturvallisuudelle, ellei muutosprosesseissa kyetä riittävällä tavalla vastaamaan toimijoiden tarpeisiin ymmärtää muutoksen taustoja ja saada tietoa sen sisällöstä. Muutosjohtamisen tulisi olla esimiesten ja henkilöstön jatkuvaan vuorovaikutukseen perustuvaa. Toimintaa ei voida kehittää ilman, että kunnioitetaan ammattilaisten tarvetta ymmärtää muutoksen taustat ja olla mukana sen tekemisessä. Sitoutuminen muutokseen on mahdollista saada aikaan toimivilla vuorovaikutuskanavilla. Potilasturvaportin verkkopohjaisilla työkaluilla voidaan varmistaa, että jokainen on saanut tarvittavat tiedot ennen muutoksen toteuttamista, sekä tarjota kanavat lisätiedon hankintaan ja ohjaukseen muutoksen jälkeisessä vaiheessa. Lisäksi Potilasturvaportin kautta voidaan jatkuvasti kerätä seurantatietoa muutoksen etenemisestä ja saada henkilöstöltä jatkuvaa palautetta muutosjohtamisen tueksi.

### ***Potilasturvaportti adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen tukena***

*”10% resursseista tulisi ohjata tiedon keräämiseen ja 90% sen hyödyntämiseen toiminnan kehittämisessä”*

Richard Cook (2011)

Potilasturvaportti on kehitetty organisaation tarvitsevan muutosvoiman tuottajaksi ja johtamisen työkaluksi. Tiedon hankinta- ja käsittelyprosessit ovat tärkeä osa potilasturvallisuuden johtamisen kokonaisuutta, mutta ne eivät ole itseisarvoisia, vaan palvelevat aina jonkinlaisia potilasturvallisuuden edistämisen päämääriä. Potilasturvaportti tarjoaa työkalut vuorovaikutuksessa tapahtuvaan organisaation oppimiseen. Jatkuva oppiminen on yksi kehittyneen potilasturvallisuuskulttuurin kulmakivistä, joka korostuu erityisesti adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteissa.

Alla on esitetty tiivistettynä adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteet sekä niiden toteutumista tukevat Potilasturvaportin toiminnallisuudet (taulukko 6).



**Taulukko 6.** Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteet sekä niiden toteutumista tukevat Potilasturvaportin toiminnallisuudet.

Adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteet	Periaatteiden toteutumista tukevia Potilasturvaportin toiminnallisuuksia
Edistää yhteisen turvallisuustahdtilan muodostumista	Potilasturvaportti tarjoaa mahdollisuuden viestiä aktiivisesti organisaation potilasturvallisuustyöstä ja tavoitteista. Tiedotus- ja turvallisuussuunnittelu-toimintojen avulla voidaan tuoda potilasturvallisuus esiin tärkeänä toimintaa ohjaavana arvona.
Edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta	Potilasturvaportin turvallisuussuunnittelu-toiminnot mahdollistavat sääntöjen ja normien mukaisen toiminnan ohjauksen. Yhteisötoimintojen avulla voidaan luoda erilaisia foorumeja toimijoiden väliselle vuorovaikutukselle.
Edistää toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisoitumiseen	Potilasturvaportin tiedostustoiminnot, vaaratapahtumaosio ja riskien hallinnan toiminnot tarjoavat mahdollisuuden viestiä aktiivisesti turvallisuuden tilasta ja mahdollisista vaaramekanismeista, jotta toimijat osaavat joustaa oikealla tavalla.
Rajattaa toimintaa	Potilasturvaportin turvallisuussuunnittelu-toimintojen avulla voidaan tehokkaasti viestiä asiat, jotka ovat pakollisia tai kiellettyjä, sekä määritellä toimijoiden vastuut ja velvollisuudet. Perehdytyksen työkaluilla voidaan varmistaa, että kaikki pysyvät tietoisina näistä asioista.
Ohjattaa organisaatiota tavoitteellisesti	Potilasturvaportin koulutus- ja perehdytystyökalujen kautta muutosta voidaan ohjata organisaatiossa johdonmukaisesti ja tehokkaasti. Muutoksen toteutumista voidaan mitata seuranta-työkaluilla ja tarjota välitön palaute henkilöstölle muutosvoiman vahvistamiseksi kohti yhteisesti asetettuja tavoitteita.

Tutustu palveluun osoitteessa [www.potilasturvaportti.fi](http://www.potilasturvaportti.fi)

## 6.2 HaiPro-vaaratapahtumien raportointimenettely ja SPro-suunnitelmatyökalu

*Jarkko Wallenius, Awanic Oy*

HaiPro on vaaratapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu, joka perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyllistämättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Järjestelmällisen ja helpokäyttöisen raportointimenettelyn avulla pyritään hyödyntämään vaaratapahtumista saatavat opit, löytämään tapahtuman syntyyn myötävaikuttavia tekijöitä sekä saamaan tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista.

HaiPro-järjestelmä vastaa kattavasti terveydenhuoltolain asetuksessa (341/2011) kuvattuihin velvoitteisiin. Asetuksen mukaan terveydenhuollon toimintayksikön suunnitelmassa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta on kirjattava, miten organisaatiossa toteutetaan vaaratapahtumien tunnistaminen ja

raportointi sekä mitkä ovat korjaaviin toimenpiteisiin liittyvät menettelytavat. Suunnitelmassa on kuvattava myös kanavat, joita hyödyntämällä henkilökunta, potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden puutteista. Menettelytavat turvallisuus- ja laatuongelmien ennakointiin sekä turvallisuusriskien tunnistamiseen ja hallintaan tulee myös olla kirjattu.

Kuten tässä julkaisussa aiemmin on todettu, adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen ei ole vain ylimmän johdon asia, vaan monien toimijoiden vuorovaikutteinen tapahtuma. HaiPro-järjestelmää voidaan hyödyntää tästä näkökulmasta monella tavalla. Seuraavassa esitellään HaiPro-järjestelmän keskeisiä toiminnallisuuksia sekä hankkeen aikana kehitettyä, HaiPron yhteyteen liitettävissä olevaa SPro-suunnitelmatyökalua ja kuvataan, miten ne voivat tukea adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista.

### ***Tiedon jakaminen vaaratapahtumista ja vaaratapahtumista opituista asioista***

HaiPro-vaaratapahtumien raportointijärjestelmässä sekä henkilökunnan että potilaiden tai läheisten on mahdollista ilmoittaa havaitsemistaan potilasturvallisuuden ja laadun poikkeamista tai vaaratapahtumista. HaiPro-menettelyssä vaaratapahtumailmoitusten käsittely on vastuutettu lähiesimiestasolle, jolloin tieto vaaratapahtumasta tavoittaa sen tason organisaatiosta, jossa korjaavat toimenpiteet on todennäköisimmin helpointa määrittää. Vaaratapahtumailmoituksista esille tulleita asioita, järjestelmän tuottamia raportteja ja ilmoitusten pohjalta mahdollisesti syntyneitä uusia toimintatapoja voidaan käsitellä esim. osasto- ja klinikkakokouksissa, jolloin tieto vaaratapahtumasta ja siitä saaduista opeista leviää myös muille kuin tapahtumassa mukana olleille. Ilmoituksen tekijä voi myös itse seurata ilmoituksensa käsittelyä ja nähdä, mihin toimenpiteisiin ilmoitus on johtanut.

Lisäksi hankkeen aikana HaiPro-järjestelmään on kehitetty toiminnallisuus, jonka avulla voidaan julkaista yksittäisiä ilmoituksia koko organisaation luettavaksi. Julkaisuvaiheessa ilmoituksesta poistetaan tunnistetiedot, mutta näytetään tapahtuman kuvaus ja ilmoituksen käsittely tapahtumayksikössä (toimenpiteet, toimenpiteiden toteutus ja tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät). Julkaistavaan ilmoitukseen voidaan myös lisätä huomioitavia asioita ja toimenpiteitä organisaatiossa.

Vaaratapahtumista saatuja oppeja voidaan HaiPron avulla jakaa paitsi organisaation sisällä myös organisaatioiden välillä hyödyntämällä HaiPron sisäisiä sivuja. HaiPron sisäiset sivut ovat kaikkien HaiPro-käyttäjien yhteinen foorumi, jossa voidaan mm. jakaa käytännön ideoita toiminnan parantamiseksi. Käytännön idea voi olla uudistus, onnistunut muutos tai paikallisesti hyväksi havaittu tapa toimia. Ideoita voivat kirjata kaikki vaaratapahtumailmoitusten käsittelijät tai muut henkilöt, joilla on HaiPro-salasana. Kunkin organisaation potilasturvallisuuskoordinaattori hyväksyy idean julkaistavaksi HaiPron sisäisillä sivuilla.

### ***Korjaavien toimenpiteiden määrittely hajautetusti eri organisaatiotasolla***

HaiPro-menettelyssä annetaan jo ilmoituksen tekijälle mahdollisuus kertoa oma näkemyksensä toimenpiteistä, joilla vaaratapahtuman toistuminen voitaisiin estää. Näin ilmoituksen käsittelijä saa oman toimenpidemäärittelynsä (kuva 5) tueksi tietoa suoraan henkilöltä, joka on ollut vaaratapahtumaa havainnoimassa. Ilmoituksen käsittelijä puolestaan voi siirtää ilmoituksen käsiteltäväksi ylemmälle tasolle, jos esimerkiksi kokee, että korjaavana toimenpiteenä voisi olla koko organisaatiota koskevan uuden toimintatavan käyttöönotto.

<b>Ehdotus toimenpiteiksi, joilla tapahtuman toistuminen estetään (*)</b>	Suunnitellaan kehittämistoimenpide koskien
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Toimintatapaa ja menettelyitä</b>
	<input type="checkbox"/> Tietoteknisiä ja teknisiä järjestelmiä, laitteita ja tarvikkeita
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Tiedonvälitystä ja yhteydenpitoa</b>
	<input type="checkbox"/> Koulutusta
	<input type="checkbox"/> Johtamista
	<input type="checkbox"/> Muu kehittämistoimenpide
	Kirjaa toimenpide-ehdotus tai perustelee miksi toimenpiteitä ei tarvita

**Kuva 5.** Toimenpiteiden määrittely.

### ***Tilannekuvan luominen laatu- ja potilasturvallisuustilanteesta***

Tilanneraportointi on HaiPron osio, johon voidaan kirjata raportointijakson (esim. puolivuotiskauden) aikana eri osa-alueilla tunnistettuja riskejä tai kehitettäviä asioita, niihin liittyviä toimenpiteitä sekä taho, joka on vastuussa asian eteenpäin viemisestä. Tarkasteltavat osa-alueet voivat vaihdella organisaatiosta riippuen, mutta kaikilla arviointi sisältää vähintään seuraavat kokonaisuudet: itsearviointi ja laatu-auditointi, potilasturvallisuusriskit ja vaaratapahtumat sekä potilaspalaute. Tilanneraportointiin voidaan linkittää myös taustatiedoksi indikaattoritietoa järjestelmän muista osista. Tästä esimerkkinä on potilasturvallisuusriskit ja vaaratapahtumat -osio (kuva 6), jossa näytetään kirjaavan yksikön vaaratapahtumien ilmoitusaktiivisuus raportointijaksolta ja kahdelta edelliseltä jaksolta, sekä läheltä piti -ilmoitusten osuus kaikista ilmoituksista.

## 6. Työkaluja potilasturvallisuuden johtamisen tueksi

Etusivu Lista Raportti Tilanneraportointi Kirjauus Raportti Ohje Kirjauus ulos In English | P3 svenska

**Laatu- ja potilasturvallisuustilanteen raportointi**

Yksikkö tai alue: .Sairaala 2  Näytä myös alemmilla tasoilla kirjatut  
Ajanjakso: tammikuu 2012 - kesäkuu 2012  Näytä myös aikaisemmin kirjatut

[Itsearviointi ja laatuauditointi](#) [Potilasturvallisuusriskit ja vaaratapahtumat](#) [Potilasalaute](#) [Yhteenveto](#)

Tarkastele HaiPro-aineistoa. Kirjaa taulukkoon raportointikauden aikana ilmoitusten pohjalta tunnistetut keskeiset riskialueet ja kehittämissuunnitelmanne. Ota huomioon myös ehdotukset, jotka ovat tulleet esille henkilöstön kanssa käydyissä keskusteluissa potilasturvallisuustilanteesta. Pohdi myös näitä:  
- Ilmoitusaktiivisuuden kehitys? Nouseva/laskeva/sama. Tarvitaanko jotain aktivointitoimia? Mita?  
- Läheltä piti –tapahtumien osuus ilmoitetuista tapahtumista? Enemmän/vähemmän/sama?  
- Ilmoitettujen tapahtumien tyyppien määrämukset? Mistä kertoo? Mita toimia mahdollisesti edellyttää?

Ilmoitusaktiivisuus	Läheltä piti %	Kommentit
tammikuu 2012 - kesäkuu 2012	119	
heinäkuu 2011 - joulukuu 2011	63	
tammikuu 2011 - kesäkuu 2011	93	

Pvm	Tunnistettu riski/kehittävä asia	Miten asiaa viedään eteenpäin ja seurataan?	Vastuuhenkilö ja aikataulu
Havaittu: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Henkilön nimi <input type="text"/>
Kirjattu: 21.10.2012	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hae

Kuva 6. Tilanneraportointi: Potilasturvallisuusriskit ja vaaratapahtumat.

Kirjaus voidaan tehdä millä organisaatiotasolla tahansa ja järjestelmä huolehtii tiedon koostamisesta ylemmille organisaatiotasolle. Näin ollen esimerkiksi osastotasolta kirjatut kehittämiskohteet näkyvät ylimmälle johdolle, mutta myös ylin johto voi määrittellä omalle organisaatiotasolleen kehittämiskohteita, jotka koskettavat laajemmin koko organisaatiota. Tietoa viedään siis alhaalta ylöspäin, mutta myös ylhäältä alaspäin: Osastotason kirjaaja pääsee näkemään oman organisaatiohaaranasa kehittämiskohteet ja toimenpiteet vertikaalisesti ylimmälle organisaatiotasolle asti.

### ***SPro – potilasturvallisuussuunnitelman laatimisen ja toimenpanon seurannan sähköinen apuväline***

Laatu- ja potilasturvallisuus kilpailuvaltiksi -hankkeen puitteissa kehitettiin myös potilasturvallisuussuunnitelman laatimista ja toimeenpanon arviointia tukeva työkalu, SPro. Työkalun avulla luodaan otsikkoihin ja alaotsikkoihin perustuva, muokattavissa oleva suunnitelman runko ja tallennetaan kuhunkin otsikkoon liittyvä sisältö. Otsikkoihin voidaan kytkeä väittämiä, joiden perusteella työkalu luo automaattisesti kyselylomakkeen lähtötilanteen ja suunnitelman toimeenpanon kartoittamiseksi. SPro-sovellus on itsenäinen kokonaisuus, mutta se on integroitavissa HaiPron käyttäjä- ja organisaatiotietoihin. Näin ollen organisaation potilasturvallisuustilanne ja suunnitelman toimeenpanon taso voidaan kartoittaa kyselylomakkeen avulla eri organisaatiotasolla, HaiPron organisaatiopuuhun tallennettuun organisaatorakenteeseen tukeutuen. Toimeenpanon arvioinnissa havaituille kehittämiskohteille voidaan määrittellä tarvittavat toimenpiteet ja toimenpiteille vastuuhenkilö sekä aikataulu.

SPro-työkalun avulla organisaation johto voi tarkastella reaaliajassa potilasturvallisuussuunnitelman toimeenpanon tasoa, muokata suunnitelmaa sekä tarvittaessa tarjota tukea tai kohdistaa toimenpiteitä yksikötasolle. Näin pyritään varmistamaan, että suunnitelma tarjoaa jatkuvasti ajantasaisia suuntaviivoja potilasturvallisuuden kehittämiseksi organisaatiossa.

### ***Vaaratapahtumatiedosta adaptiiviseen potilasturvallisuuden johtamiseen***

HaiPro-järjestelmää käytetään yleisesti vaaratapahtumatiedon tuottamiseen ja vaaratapahtumista oppimiseen. Kuten edellä on kuvattu, HaiProa voidaan kuitenkin hyödyntää varsin laajasti myös adaptiivisen potilasturvallisuusjohtamisen näkökulmasta. Järjestelmän tuottamia raportteja voidaan käyttää organisaation tavoitteellisessa ohjaamisessa päätöksenteon tukena ja tilanneraportointi-osiota tai sisäisiä sivuja voidaan käyttää eri organisaatiotasolla olevien toimijoiden vuorovaikutuksen mahdollistajana. Vaaratapahtumailmoitusten käsittelijän määrittelyistä toimenpiteistä voidaan löytää toiminnan rajaamiseen liittyviä elementtejä, kun taas sisäisten sivujen ”Käytännön ideoita toiminnan parantamiseksi” -osio tukee itseorganisoitumista.

Yksi HaiPro-järjestelmän kulmakivistä on alusta lähtien ollut järjestelmän jatkuva kehittäminen käyttäjien ehdoilla ja käyttäjien kanssa yhteistyössä, parasta mahdollista tutkimustietoa hyödyntäen. Tätä hyväksi havaittua periaatetta on noudatettu myös tämän hankkeen aikana, kun järjestelmään on kehitetty edellä kuvattuja, adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista tukevia rakenteita.

### **6.3 Käytännönläheinen toimintamalli potilasturvallisuusjärjestelmän kehittämiseksi**

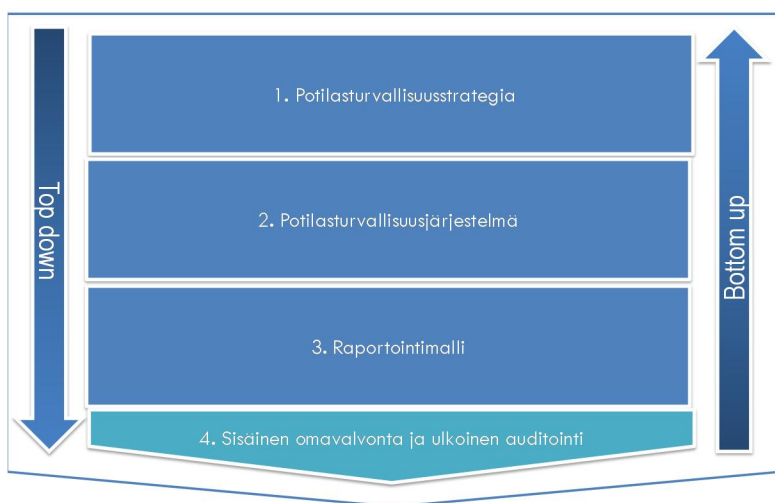
*Pirjo Berg ja Aila Korpi, NHG Audit*

Potilasturvallisuus on osa laadunhallintaa, jonka tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Sen avulla turvataan, että potilas saa tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Vaatimukset laadun ja potilasturvallisuuden toimeenpanosuunnitelmista korostavat johdon roolia ohjata toimintaa tavoitteellisesti ja lisätä eri toimijoiden välistä vuorovaikutusta. Tärkeänä pidetään myös henkilöstön, potilaiden ja heidän läheistensä sekä muiden sidosryhmien mahdollisuuksia saada tietoa laadun ja potilasturvallisuuden toimeenpanosuunnitelmista ja vaikuttaa niiden sisältöön.

NHG Audit Oy:n luoman käytännönläheisen toimintamallin avulla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot voivat tunnistaa potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan nykytilan, johtaa ja kehittää niitä systemaattisesti sekä ankkuroida ne osaksi organisaation strategiaa, rakenteita ja toimintatapoja. Toimintamalli pohjautuu adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen periaatteisiin.

Käytännönläheinen toimintamalli potilasturvallisuusjärjestelmän kehittämiseksi sisältää strategian, sen pohjalta laaditun suunnitelman, seurannan ja arvioinnin sekä laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kytkemisen osaksi toimintayksikön johtamisjärjestelmää. Liittymät strategiseen ja operatiiviseen johtamiseen ovat tärkeitä, jotta laatu ja potilasturvallisuus eivät jäisi muusta toiminnasta irrallisiksi. Toimintamalliin liittyvät kiinteänä osana QESS (Quality, Environment, Safety and Security) -arviointityökalu ja koulutus- ja kehittämishanke, jotka toimivat apuvälineinä järjestelmän rakentamisessa.

Toimintamallin rakenne on esitetty kuvassa 7 ja sitä seuraavassa tekstiosuudessa.



**Kuva 7.** NHG Audit Oy:n käytännönläheinen toimintamalli potilasturvallisuusjärjestelmän kehittämiseksi.

### ***Vaihe 1: Potilasturvallisuusstrategia***

Tämä vaihe sisältää vallitsevan tilanteen ja olemassa olevien hyvien käytäntöjen kartoittamisen sekä nostaa esiin potilasturvallisuuden tärkeänä toimintaa ohjaavana arvona.

Selvityksen tarkoituksena on auttaa organisaatiota hahmottamaan ja ymmärtämään potilasturvallisuuden nykytila ja helpottaa yhteisen tahtotilan muodostamista turvallisuuteen liittyvistä asioista. Tämän vaiheen aikana tunnistetaan turvallisuuteen liittyvät omat säännöt ja normit sekä luodaan ja kuvataan yhdessä toimintamallit ja foorumit, joilla potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa ohjataan ja priorisoidaan kohti tavoitetilaa. Samalla organisaation nykytilaa ja tavoitteita verrataan kansallisiin ja kansainvälisiin potilasturvallisuusstrategioihin. Selvityksen pohjalta laaditaan **oman organisaation potilasturvallisuusstrategia** yhdessä johdon ja henkilökunnan kanssa ottaen huomioon potilaiden ja sidosryhmien toiveet.

Strategia painottaa pieniä muutoksia, jotka johtavat jatkuvaan kehittämiseen. Se hyödyntää eri tekniikoita, kuten omavalvontaa, sisäisiä auditointeja, itsearviointeja, riskikartoituksia sekä haittatapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden raportointia etsittäessä kehittämisen painopisteitä. Sen tarkoituksena ei ole syyllistää, vaan haastaa oppimaan omasta toiminnasta ja kannustaa luomaan rakenteita, jotka mahdollistavat rooleissa joustamisen ja itseorganisoitumisen. Strategian avulla määritellään keinot, joiden avulla asetetut tavoitteet saavutetaan ja joka toimii kannustimena onnistumisesta.

Vaiheen 1 tuloksena syntyy terveydenhuoltolain ja -asetuksen edellyttämä **laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma**, joka sisältää valta- ja vastuusuhteet, tehtävät ja resurssit ja joka toimii perustana potilasturvallisuusjärjestelmän luomiselle.

Vaikka terveydenhuoltolain ja -asetuksen edellyttämät vaatimukset laadunhallinnalle ja potilasturvallisuudelle ovat kaikille toimintayksiköille samat, on kunkin organisaation pohdittava siihen liittyviä periaatteita ja menettelytapoja omasta näkökulmastaan.

### **Vaihe 2: Potilasturvallisuusjärjestelmä**

Tämä vaihe sisältää potilasturvallisuusjärjestelmän luomisen ja kytkemisen osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön johtamisjärjestelmää, prosessien hallintaa ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa.

Potilasturvallisuusjärjestelmän avulla luodaan perusta laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvän *yhteisen tahtotilan muodostamiselle ja tavoitteiden asettamiselle*. Tämä kaikki toimii pohjana yhteisille keskusteluille niin hallinnollisten yksiköiden johtajien ja esimiesten, eri toimijoiden ja rajapintojen, poliittisten päätöksentekijöiden kuin oman henkilöstön kanssa. NHG Audit Oy:n luoman toimintamallin avulla terveydenhuollon toimintayksikön johto voi viestiä, mikä yksikön laadunhallinnassa ja potilasturvallisuudessa on keskeistä ja tärkeää, mikä on sen tila ja mihin suuntaan se on kehittymässä. Se mahdollistaa myös laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvän *johtamisvastuun jakamisen* useammalle tasolle ja tähän liittyvien seuranta-käytäntöjen luomisen.

NHG Audit Oy:n mallin mukaisesti organisaatiolle luodaan räätälöityjä perehdyttämis-, koulutus- ja kehittämispaketteja, joiden avulla järjestelmä tuodaan osaksi operatiivista toimintaa ja johtamisjärjestelmää. Perehdyttämis- ja koulutusteemat nousevat esille organisaatiolähtöisesti yhdessä tehtyjen arviointien ja riskikartoitusten pohjalta. Esimerkkiteemoja ovat:

- tavoitteet ja niiden seuranta sekä tuloksista oppiminen
- haittatapahtumat ja läheltä piti -tilanteet, raportointi ja tuloksista oppiminen
- lääkehoidon toteuttamisen arviointi
- kirjaamisen arviointi
- omahoitajuuden toteutuminen
- palveluntuottajien ohjaus
- omavalvonta, itsearviointi ja sisäiset auditoinnit sekä niistä oppiminen
- erilaiset mallikäytännöt
- valta, vastuu ja tehtävät
- perehdyttäminen; vakituinen, sijainen ja opiskelija
- rekrytointiprosessi
- laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät kustannukset.

Yhteisten kehittämistilaisuuksien tavoitteena on opetella ymmärtämään, että epävarmuus on järjestelmän pysyvä olotila, joka edellyttää improvisointia ja joustavuutta. Yhdessä harjoitellaan hakemaan tilanteen mukaista tasapainoa säännön-mukaisen ja tilannekohtaisen mallin välillä.

Vaiheen 2 tuloksena saadaan potilasturvallisuusjärjestelmälle implementointisuunnitelma, viestintäsuunnitelma, palkitsemismalli sekä implementoinnin tueksi luotuja koulutus- ja perehdyttämisspaketteja, jotka räätälöidään organisaation toimintaan sopiviksi.

### ***Vaihe 3: Raportointimalli***

Tässä vaiheessa päätetään millaista seurantatietoa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta tarvitaan päätöksenteon tueksi ja miten tarvittava tieto tuotetaan, analysoidaan ja raportoidaan.

Potilasturvallisuusjärjestelmään kuuluu keskeisenä osana turvallisuuden tilan jatkuva seuranta ja arviointi. NHG Audit Oy:n luoman raportointimallin avulla määritellään keskeiset toiminnan ohjausta tukevat raportointitavat ja -kanavat sekä menettelytavat tiedon käsittelemiseksi ja analysoimiseksi. Tietoa potilasturvallisuuden tilasta voidaan raportoida eri intressitahoille sopimuksen mukaan. Tavoitteena on tuottaa toimintayksikölle systemaattista seurantatietoa sen omasta tilasta ja kehityksestä sekä vertailla sitä muihin. Tähän liittyy mm. vaara- ja haittatapah- tumien tai läheltä piti -tilanteiden kokonaismäärän ja syiden seuranta sekä niiden estettävyyden, kustannusten, haittojen ja haitan suuruuden arviointi.

### ***Vaihe 4: QESS-arviointi<sup>4</sup>: Sisäinen omavalvonta ja ulkoinen auditointi***

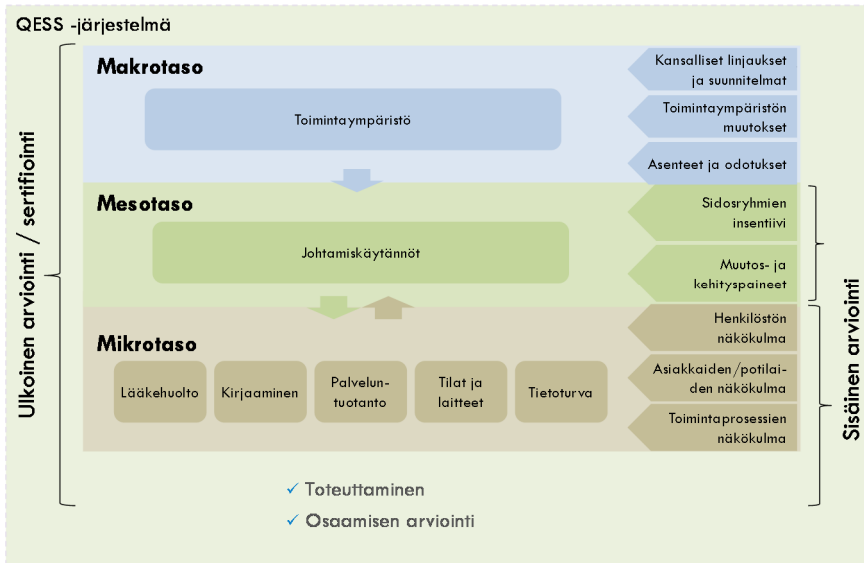
Tässä vaiheessa päätetään, miten potilasturvallisuusjärjestelmän kyky täyttää sille asetetut vaatimukset varmistetaan ja osoitetaan ulkopuolisille.

**Sisäinen omavalvonta, ulkoinen auditointi ja kansallinen potilasturvallisuussertifiointi** ovat työkaluja, joiden avulla terveydenhuollon toimintayksiköt voivat suunnata potilasturvallisuuden johtamista kohti sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden kehityssuuntia. Niiden avulla toimintayksiköt pystyvät osoittamaan myös kykynsä täyttää laadunhallinnalle ja potilasturvallisuudelle normeissa, määräyksissä, ohjeissa ja suosituksissa asetetut vaatimukset (esim. omavalvontaan liittyvät vaatimukset ja kuvantamisen kliiniset auditoinnit).

---

<sup>4</sup> QESS (Quality, Environment, Safety, Security) on NHG Auditin kehittämä sähköinen arviointialusta).





**Kuva 8.** Potilasturvallisuussertifiointi ja muut potilasturvallisuuteen liittyvät arviointipalvelut osana NHG Audit Oy:n terveydenhuollon yksiköille suunnattua tuoteperhettä. (QESS = Quality, Environment, Safety, Security on NHG Auditin kehittämä sähköinen arviointialusta.)

Arvioinnit voivat kattaa organisaation toiminnan kokonaisuutena, johtamisjärjestelmän tai yksittäisen turvallisuuskriittisen toiminnon kuten esim. lääkehoito. Lääkehoito on oleellinen osa potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon asiakkaan saamaa laatua. Lääkehoidon toteuttaminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä ja sen toteuttaminen vaatii hoitohenkilöstöltä lääkehoidon eri vaiheiden ja kokonaisuuksien hallintaa. Jokaisen lääkehoitoa toteuttavan tulisi ymmärtää: miksi lääkettä annetaan, mitä lääkettä annetaan ja kuinka paljon, mitä antoreittiä ja miten lääkettä annetaan ja miten lääkkeen odotetaan vaikuttavan (Tokola, 2010).

Lääkehoidossa laadun ja potilasturvallisuuden ohjauksen ytimessä ovat prosessikuvaus ja lääkehoitosuunnitelma sekä niiden toteutustapa, muutokset toimintaympäristössä ja lääkehoidon riskeihin liittyvät suojausmekanismit. Kriteereinä NHG Audit Oy:n tekemälle arvioinnille toimivat organisaation omat asiakirjat, viranomaisvaatimukset ja suositukset, kansallisesti ja kansainvälisesti määritellyt yleiset lääkehoitoon liittyvät hyvät käytännöt ja keskeiset lääkitysturvallisuuteen vaikuttavat seikat (esim. Taam-Ukkonen & Saano, 2010; Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2002). Arviointi toteutetaan haastatellen, asiakirjoja ja dataa analysoiden sekä tekemällä sähköinen kysely vastuuhenkilöille. Arvioinnin avulla kuvataan olemassa oleva prosessi ja annetaan kehittämissuosituksia lääkehoidon toteuttamiseen liittyen. Organisaation kehitystyötä voidaan tukea jatkossa joko sisäisellä tai ulkoisella koulutuksella.

Lääkehoidon arviointi voidaan toteuttaa joko sisäisenä tai ulkoisena arviointina. Ulkoinen arviointi tuo uuden ja objektiivisen näkökulman toimintayksikössä käytävään keskusteluun sekä potilasturvallisuuden johtamiseen ja kehittämiseen, kun arviointitiedon kerääjinä, analysoijina ja raportoijina ovat asiaan perehtyneet ulkopuoliset asiantuntijat.

Kansallinen potilasturvallisuussertifiointi voidaan toteuttaa organisaation johtamisjärjestelmälle tai sen osalle. Sertifioinnilla tarkoitetaan tässä varmennetta tai todistusta siitä, että arvioitava terveys- tai hyvinvointipalvelu täyttää terveyden ja turvallisuuden osalta ennakkoon sovitut kriteerit. Kriteereinä voivat toimia esim. OHSAS 18001 -standardi tai viranomaisvaatimus, esim. asetus 423/2000, kliinisestä auditoinnista kuvantamistoiminnalle.

### ***Käytännönläheinen toimintamalli potilasturvallisuusjärjestelmän kehittämiseksi***

NHG Audit Oy:n kehittämän käytännönläheisen toimintamallin tavoitteena on tarjota terveydenhuollon tai sosiaalipalveluiden toimintayksiköille kehityspolku, jonka avulla ne voivat edetä toimintansa laadun ja potilasturvallisuuden systemaattisessa kehittämisessä joko yksin tai yhdessä muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Toimintamalli auttaa toimintayksikköä luomaan oman laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmansa ja -järjestelmänsä ja antaa keinot sen implementointia, koulutusta, ylläpitämistä ja kehittämistä varten.

Toimintamalli voidaan toteuttaa joko yhden tai useamman toimintayksikön yhteisenä, noin vajaan vuoden kestoisena hankkeena. Se mahdollistaa *eri ammattiryhmien mukaan ottamisen* pitkäjänteiseen kehittämistyöhön ja heidän keskinäisen *vuoropuhelunsa* laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä. Samalla se *synnyttää muutosvoiman*, joka edistää toimintayksikössä olevaa kykyä ja halua ymmärtää toimintaan liittyviä uhka- ja vaaratilanteita ja vastata niihin. Vuoropuhelun ohella se auttaa osallistujia muodostamaan kokonaiskuvan laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvistä tekijöistä ja heidän omasta roolistaan siinä sekä lisäämään toimintayksikön osaamis- ja tietopääomaa, kun eri ammattiryhmät oppivat uutta ja jakavat jo olemassa olevaa osaamistaan ja kokemuksiaan muille.

Useamman toimintayksikön yhteisenä hankkeena toteutettaessa toimintamalli mahdollistaa edellisen lisäksi *toimintayksiköiden keskinäisen verkottumisen* ja aiheeseen liittyvien *hyvien käytäntöjen jakamisen toimintayksiköiden välillä*. Edellisen lisäksi toimijoiden yhteisten prosessien kehittäminen ja prosesseihin liittyvien tavoitteiden asettaminen laadun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta mahdollistuu.

Edellä kuvatun toimintamallin lisäksi NHG Audit Oy on kehittänyt *koulutuspalveluja potilasturvallisuuden kriittisille osa-alueille*, kuten lääkehoito ja kirjaaminen, ja tarjonnut *tukea johtamis-/toimintajärjestelmän kehittämiseen* eri kansainvälisten viitekehysten (esim. ISO-standardi, EFQM-malli, CAF) pohjalta.

## 6.4 DISC-malli

*Elina Pietikäinen, Teemu Reiman ja Jouko Heikkilä, VTT*

VTT:n kehittämä DISC-malli (Design for Integrated Safety Culture) (kuva 9) on teoreettinen työkalu. Se on ideaalimalli turvallisuuden näkökulmasta hyvin toimivasta organisaatiosta. Siinä kuvataan yleisiä hyvän turvallisuuskulttuurin tai turvallisuuspotentiaalin omaavan organisaation kriteereitä sekä funktioita, joiden avulla organisaatiossa voidaan saada aikaan näitä kriteereitä. DISC-mallia on kehitetty ja hyödynnetty useissa tapaustutkimuksissa erilaisilla turvallisuus kriittisillä aloilla (terveydenhuolto, ydinvoimateollisuus, raideliikenne) (Reiman ym., 2009, 73; Reiman ym., 2012; Oedewald ym., 2011b). POTILASTURVA-projektissa DISC-mallia käytettiin apuna Vaasan keskussairaalan turvallisuuskulttuurin arvioinnissa.

Seuraavassa kuvataan tarkemmin kuutta organisatorista kriteeriä, joiden tulisi DISC-mallin mukaan täytyä turvallisuuden näkökulmasta hyvin toimivassa organisaatiossa (muokaten Reiman ym., 2009, 73; Reiman ym., 2012; Oedewald ym., 2011b).

1. *Turvallisuus on tärkeä arvo, joka otetaan huomioon päivittäisessä toiminnassa ja päätöksenteossa*

DISC-mallin mukaan turvallisuuden tulisi ilmetä organisaation rakenteissa, käytännöissä, dokumenteissa ja keskusteluissa sekä yksittäisten ammattihenkilöiden, potilaiden ja omaisten käsityksissä merkityksellisenä ja tärkeänä asiana.

2. *Turvallisuus ymmärretään monimutkaiseksi ja systeemiseksi ilmiöksi*

DISC-mallin mukaan organisaatiossa tulee vallita ymmärrys siitä, että turvallisuus syntyy yksittäisten potilaiden, omaisten, terveydenhuoltohenkilöstön, teknologian, yksiköiden ja organisaatioiden yhteistoiminnassa. Jokainen monimutkaisen adaptiivisen järjestelmän toimija vaikuttaa potilasturvallisuuteen (vaikkakin tämän vaikutuksen suuruutta tai suuntaa on monimutkaisessa järjestelmässä käytännössä vaikea ennustaa). Jokaisen organisaation toimijan tulee ymmärtää ja osata kuvata, miten hänen työnsä tai tehtävänsä ovat yhteydessä potilasturvallisuuteen. Myös aktiivisen ja omaaloitteisen potilaan tai enemmän tukea tarvitsevan potilaan läheisten on hyvä ymmärtää, miten turvallisuus hänen hoitoonsa osallistuvien toimijoiden yhteistyössä syntyy. Organisaatiossa tulee myös olla ymmärrystä siitä, että potilasturvallisuus dynaamisena ilmiönä vaatii jatkuvaa panostusta. Turvallisuutta ei tule yksinkertaistaa liikaa. Se on tarpeen nähdä vaara- tai haittatapahtumia laajempänä ilmiönä. On myös tärkeää, että organisaatiossa ymmärretään, ettei potilasturvallisuutta voida arvioida tai varmistaa minkään yksittäisen tekijän avulla, vaan kyse on useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta.

### 3. *Vaarat ja perustehtävän vaatimukset ymmärretään hyvin*

On tärkeää, että organisaatiossa vallitsee hyvä ymmärrys sen perustehtävästä ja sen vuoksi korostuvista potilasturvallisuutta vaarantavista tekijöistä. Tämän tulee heijastua organisaation rakenteisiin ja käytäntöihin. Alati muuttuvassa järjestelmässä on mahdotonta toimia tarkalleen ennakkosuunnitelman mukaisesti. Siksi on olennaista, että henkilöstö keskustelee siitä, mille ydinperiaatteille hoito rakentuu ja millaisia vaaroja siihen tyypillisesti liittyy. Näin tilanteeseen osataan adaptoitua turvallisuuden kannalta oikealla tavalla. Sama koskee myös potilasta ja hänen läheisiään; myös heillä tulee olla ymmärrystä siitä, mille periaatteille hoito perustuu, jotta he voivat tarvittaessa joustaa oikeissa kohdissa vaarantamatta turvallisuutta.

### 4. *Toiminnan epävarmuuksista ollaan tietoisia ja riskejä kohtaan valppaita*

Potilasturvallisuuden johtamisessa on pyrittävä ennakoimaan, minkälaisen vaarojen kanssa organisaatiossa ollaan jatkossa tekemisissä. Samaan aikaan on pidettävä mielessä, että vaaroja ei monimutkaisessa adaptiivisessa järjestelmässä voida koskaan täysin ennustaa. Organisaatiossa tuleekin olla valppautta ja nöyryyttä tätä toiminnan ennustamattomuutta kohtaan. Organisaatiossa tulee siis pyrkiä varautumaan myös sellaisiin tapahtumiin, joita ei voida (yksilöiden) ennakoida.

### 5. *Vastuu kannetaan koko järjestelmän toiminnasta*

Toiminnan monimutkaisuuden jäsentämiseksi on tärkeää, että muodolliset tehtäväkuvaukset ja vastuut on selkeästi määritelty ja ymmärretty ja että niitä toteutetaan käytännössä. Järjestelmässä, joka on vaikeasti rajattava ja joka muuttuu jatkuvasti, potilasturvallisuuden varmistaminen voi kuitenkin toisinaan myös edellyttää muodollisten tehtävärajojen ylittämistä. Organisaation toimijoiden tulee kokea, että he voivat vaikuttaa ja myös ovat velvollisia vaikuttamaan koko järjestelmän turvallisuuteen, ei vain omien tehtäviensä tai omien potilaidensa turvallisuuteen. Vastuun kantaminen koko järjestelmän toiminnasta tarkoittaa myös sitä, että toimijat pyrkivät aktiivisesti vaikuttamaan siihen, mihin suuntaan järjestelmä kehittyy.

### 6. *Toiminta on organisoitu hallittavalla tavalla*

DISC-mallissa korostetaan myös, että organisaation toiminta on organisoitu hallittavalla tavalla ja että organisaatiossa tulee olla riittävästi resursseja toteuttaa työt laadukkaasti ja suunnitelmien mukaisesti.



**Kuva 9.** DISC-malli (Design for Integrated Safety Culture) kuvaa turvallisen organisaation ideaalitilaa sekä funktioita, joita toteuttamalla organisaatio voi lähestyä tätä tilaa (Reiman ym., 2012).

DISC-mallissa on myös kuvattu turvallisuustutkimusten pohjalta tunnistettuja yleisiä organisatorisia tehtäviä tai funktioita, joista tulee huolehtia hyvin, jotta organisaatiota voidaan viedä turvallisempaan suuntaan. Nämä funktiot on esitetty kootusti kuvan 9 ulkokehällä. Seuraavassa esittelemme lyhyesti kunkin funktion.

*Työn edellytysten hallinta* tarkoittaa työhön liittyvistä fyysisistä olosuhteista (esim. työtilat, valaistus), rakenteellisista edellytyksistä (esim. työkalut, ohjeet) sekä resursseista huolehtimista.

*Työprosessien hallinta* puolestaan viittaa kommunikaation, tiedonkulun ja yhteistyön hallintaan.

*Turvallisuusjohtaminen* viittaa tässä yhteydessä turvallisuusnäkökohtien käsittelyyn päätöksenteon yhteydessä, toimintaa koskevan palautetiedon keräämiseen sekä toimintaa koskevien odotusten ja vaatimusten luomiseen ja viestimiseen organisaation jäsenille. Se tarkoittaa myös (sekä positiivisista että negatiivisista) turvallisuusasioista viestimistä organisaation jäsenille.

*Esimiestuki turvalliselle toiminnalle* tarkoittaa henkilöstön välittömän työympäristön organisointia, positiivisen palautteen antamista turvallisuustietoisesta toiminnasta sekä alaisten selviytymiskyvyn, jaksamisen ja taitotason seurantaa.

*Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen* on käytännössä vaaratapahtumatietojen ja muiden palautetietojen hyödyntämistä organisaation ohjaamiseen. Se on myös ennakoivien indikaattoreiden seurantaa ja toiminnan jatkuvaa kehittämistä.

*Vaarojen hallinta* viittaa tunnettujen riskien toteutumisen estämiseen. Se tarkoittaa toiminnan raamittamista erilaisten esteiden (esim. varajärjestelmät, fyysiset esteet, laadunhallinta, tarkistuslistat) avulla. Vaarojen hallinta tarkoittaa myös vaarojen tunnistamista sekä riskien arviointia ja hallintaa.

*Osaamisen hallinta* tarkoittaa organisaation osaamistarpeiden tunnistamista ja henkilöstön – sekä yhä enemmän myös potilaiden ja omaisten – osaamisen ja taitojen kehittämistä ja ylläpitämistä. Osaamisen hallintaan liittyy myös uusien tulokkaiden perehdyttäminen organisaatioon ja tiedon siirto kokeneilta työntekijöiltä kokemattomammille.

*Muutosten hallinta* tarkoittaa organisatoristen, teknologisten ja käytäntöihin liittyvien muutosten suunnittelua, toteutusta ja seurantaa.

*Ulkopuolisten toimijoiden hallinnassa* on kysymys organisaation palveluksessa toimivan vuokrahenkilöstön ja muiden hallinnollisesti toiseen toimintayksikköön kuuluvien työntekijöiden valinnasta, heidän perehdyttämisestään turvallisuuden kannalta keskeisiin asioihin ja heidän osaamisensa varmistamisesta. Se voi tarkoittaa myös rekisterin pitämistä organisaatiossa työskentelevistä ulkopuolisista toimijoista heidän suoriutumisensa seuraukseksi ja heitä koskevan päätöksenteon tueksi. Se tarkoittaa myös palautteen keräämistä ja organisaation oppimista vuokratyöntekijöiltä sekä vuokratyöntekijöiden oman työssä oppimisen tukemista.

*Strateginen johtaminen* tarkoittaa organisaation toimintaedellytyksistä huolehtimista pitkällä tähtäimellä sekä taloudellisen elinkykyisyyden varmistamista.

Teoreettinen DISC-malli ei luonnollisesti itsessään johda turvallisuutta. Olennaista on, miten sitä hyödynnetään osana turvallisuuden johtamista. DISC-mallia voidaan käyttää apuna **organisaation tavoitteellisessa ohjauksessa**. Malli auttaa ottamaan huomioon laajasti potilasturvallisuuden kannalta tärkeät organisaation toiminnot ja kiinnittämään huomiota siihen, millaisia piirteitä turvallisuuden johtamisella on hyvä pyrkiä luomaan organisaatioon. Peilaamalla oman organisaationsa tavoitteita ja toimintaa DISC-mallissa esitettyihin kriteereihin ja funktioihin potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuvat toimijat voivat arvioida, miten kattavia organisaation potilasturvallisuuspyrkimykset ja -toimet ovat. Mallin yksi tarkoitus on auttaa priorisoimaan, mihin organisaation kehittämisessä tulisi erityisesti panostaa tulevaisuudessa.

DISC-mallin funktiot ja hyvän turvallisuuskulttuurin kriteerit sisältävät sekä toimintaa kontrolloivia ja rajoittavia (vaarojen hallinta, vastuiden määrittely, työn organisointi hallittavalla tavalla) että toimintaedellytyksiä luovia (turvallisuuden ennakoiva kehittäminen, perustehtävän ymmärtäminen, systeeminen turvallisuuskäsitys) piirteitä. Näin ollen DISC-malli pyrkii tuomaan esille turvallisuuden johtamisen sekä **rajoituksia luovaa** että **itseorganisoidumista tukevaa** puolta. DISC-mallin ensimmäisenä hyvän turvallisuuskulttuurin kriteerinä on se, että turvallisuus on organisaatiossa aito arvo. Turvallisuusjohtamisen ja esimiesten toiminnan on pyrittävä luomaan **yhteistä turvallisuustahtotilaa** organisaatioon. DISC-malli sinänsä ei suoraan edistä näitä, mutta sen käyttäminen organisaation turvallisuuden kehittämisen apuna auttaa huomioimaan ja edistämään hyvän turvallisuuskulttuurin eri puolia.

DISC-mallia voidaan myös jossain määrin käyttää **edistämään toimijoiden välistä vuorovaikutusta**, sillä se tarjoaa yhteisen, puolueettoman, organisaatiosta tai eri intressiryhmistä riippumattoman viitekehyksen, jonka avulla keskustella ja arvioida organisaation toimintaa. DISC-mallin käyttöä turvallisuuskulttuurin arvioinnissa on kuvattu tarkemmin teoksessa ”A guidebook for evaluating organisations in the nuclear industry – an example of safety culture evaluation” (Oedewald ym., 2011b).

### 6.5 TUKU-turvallisuuskulttuurikysely

*Elina Pietikäinen ja Teemu Reiman, VTT*

Turvallisuuskriittisillä aloilla on pitkään käytetty turvallisuuskulttuurikyselyitä antamaan kuvaa organisaation toiminnan tilasta turvallisuuden näkökulmasta. TUKU-turvallisuuskulttuurikysely on aineistonkeruutyökalu joka on tarkoitettu organisaation turvallisuuskulttuurin tilan kartoittamiseen. TUKU-kysely perustuu luvussa 6.5. kuvattuun DISC-malliin. Kyselyn nykyisessä versiossa on 66 henkilöstön omaa työtä, potilasturvallisuutta ja organisaation toimintaa koskevaa väittämää, yksi avoin kysymys sekä vastaajan taustatietoja koskevia kysymyksiä. Vastaajat arvioivat väittämien paikkansapitävyyttä asteikolla 1 (ei lainkaan) – 6 (erittäin hyvin).

TUKU-kysely on nähtävillä ja vapaasti käyttöön otettavissa tämän julkaisun liitteestä A. Sen mittausmalli löytyy liitteestä B. Kysely on myös saatavilla HaiPro-järjestelmän käyttäjille sähköisenä versiona Awanic Oy:stä. VTT kerää TUKU-kyselyllä koottua aineistoa yhteiseen tietokantaan, jota voidaan käyttää vertailuaineistona ja jonka avulla tutkitaan yleisemmin turvallisuuskulttuuriin kuuluvia ilmiöitä.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Halutessasi luovuttaa organisaatiossasi kerätyn turvallisuuskulttuurikyselyaineiston tutkimuskäyttöön voit ottaa yhteyttä VTT:n asiakaspalveluun (info@vtt.fi, p. 020 722 7070) tai suoraan tämän julkaisun kirjoittajiin Elina Pietikäiseen (elina.pietikainen@vtt.fi) tai Teemu Reimaniin (teemu.reiman@vtt.fi).

TUKU-kyselyn ensimmäinen versio on kehitetty vuonna 2008 (Pietikäinen ym., 2008), tämän jälkeen kyselyä on kehitetty ja validoitu, viimeksi POTILASTURVA-projektissa Vaasan keskussairaalassa. TUKU-kyselyä on käytetty useilla turvallisuuskriittisillä aloilla osana laajempaa turvallisuuskulttuurin arviointia antamaan yleiskuva organisaation toiminnasta turvallisuuden näkökulmasta (katso esim. Oedewald ym., 2011b). Terveydenhuollossa TUKU-kyselyä on testattu lähinnä sairaalaympäristössä, joten joitakin organisaationimikkeitä sekä joitakin kyselyn väittämiä voidaan joutua muokkaamaan muunnaisissa toimintaympäristöissä käytettäessä.

TUKU-turvallisuuskulttuurikysely, kuten myös muut turvallisuuskulttuurikyselyt, voivat oikein käytettyinä auttaa **ohjaamaan organisaatiota tavoitteellisesti**. Turvallisuuskulttuurikysely voi auttaa saamaan mahdollisimman todellisuudenmukaisen kuvan siitä, missä monimutkaisessa organisaatiossa mennään turvallisuuden suhteen. Oikein toteutetussa kyselytutkimuksessa organisaation toimijat voivat tuoda esiin näkemyksensä organisaationsa kulttuurista pelkäämättä henkilöllisyytensä tulevan ilmi tai joutuvansa syytetyksi esimerkiksi virallisesta linjasta poikkeavista lausunnoistaan. TUKU-kyselyn kaltaiset strukturoidut kyselyt myös mahdollistavat aineiston kvantitatiivisen eli määrällisen tarkastelun. Määrällinen tieto turvallisuuskulttuurista on tärkeää esimerkiksi silloin, kun halutaan seurata kulttuurin muutosta vaikkapa kehittämishankkeen yhteydessä. Määrällisistä tuloksista voi olla hyötyä myös tarkasteltaessa potilasturvallisuuden tasoa ennakoivasti säännöllisin väliajoin tehtävinä turvallisuuskulttuurin mittauksina. TUKU-kyselyn käyttö voi myös **edistää yhteisen turvallisuustahtotilan muodostumista**, sillä sen avulla voidaan viestiä organisaation jäsenille siitä, että organisaatiossa ollaan kiinnostuneita tietyistä turvallisuuteen liittyvistä asioista.

Kysely itsessään ei kuitenkaan johda turvallisuutta. Olennaista on, miten sitä käytetään. Kyselymenetelmien analysointi- ja käyttöosaaminen on tarpeen, jotta kyselystä saadaan täysi hyöty turvallisuuden johtamiseen. Yleensä kyselytuloksia on hyvä täydentää muilla turvallisuuskulttuurista kertovilla aineistoilla, kuten haastattelemalla henkilöstöä, analysoimalla vaaratapahtumailmoituksia. Kyselytuloksia on aina hyvä käsitellä yhteisesti organisaation toimijoiden kanssa. TUKU-kysely yhdistettynä tulosten yhteiseen käsittelyyn auttaa **toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistämisessä**. Kysely voi esimerkiksi auttaa nostamaan esiin arkaluontoisia asioita ja henkilöstön huolia, joista on muuten vaikea keskustella organisaatiossa. TUKU-kyselyä voi käyttää myös osana DISC-mallin mukaista turvallisuuskulttuurin kehittämistä.



## 7. Yhteenveto ja jatkotutkimustarpeet

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on monimutkainen, itsenäisesti toimivista yksiköistä ja asiantuntijoista muodostuva kokonaisuus joka on jatkuvasa muutoksessa. Perinteinen ylhäältä alaspäin suuntautuva toiminnan rajaamiseen ja valvontaan perustuva johtaminen ei pelkästään riitä takaamaan turvallisuutta. Tässä julkaisussa olemme kuvanneet uudenlaista, järjestelmän luonteen ja toiminnan sekä tilanteen mukaan mukautuvaa turvallisuuden johtamisen tapaa, jota kutsumme adaptiiviseksi potilasturvallisuuden johtamiseksi. Siinä keskeistä on, että organisaation turvallisuuden johtaminen ymmärretään laajasti jaettuna muutosvoimana organisaatiossa – jaettuna johtajuutena, johon osallistuvat viime kädessä kaikki henkilöt organisaatiossa. Potilasturvallisuuden johtamista tapahtuu myös organisaatiosta ulospäin – potilasturvallisuus luodaan yhteistyössä useiden organisaatioiden kanssa, jotka voivat joskus jopa olla useista eri maista.

Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen tiivistyy viiteen keskeiseen periaatteeseen: 1) edistää yhteisen turvallisuustahtotilan muodostumista, 2) edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta, 3) edistää toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisointiin, 4) rajatkaa toimintaa ja 5) ohjatkaa organisaatiota tavoitteellisesti. Yhteisen turvallisuustahtotilan muodostuminen voi käytännössä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että potilasturvallisuutta nostetaan esiin positiivisena arvona virallisissa puheissa sekä koulutuksissa ja muissa yhteisissä tilaisuuksissa. Se voi tarkoittaa myös sitä että potilasturvallisuuden kannalta hyvin menneistä asioista palkitaan työntekijöitä. Johdon ja kaikkien muidenkin näkyvällä toiminnalla – esimerkiksi näkyvillä resurssipanostuksilla turvallisuuteen – on vaikutusta myös yleiseen turvallisuustahtotilaan. Toimijoiden välisen vuorovaikutuksen edistäminen voi tarkoittaa esimerkiksi sellaisen tietoteknisen työkalun käyttöönottoa, joka edesauttaa tiedonvaihtoa ja vuorovaikutusta. Se voi tarkoittaa myös sitä, että avoimeen vuorovaikutukseen potilaan ja häntä hoitavan moniulotteisen organisaation välillä kiinnitetään aktiivisesti huomiota – kannustetaan siihen, luodaan sille tilaisuuksia ja annetaan siitä palautetta. Toimijoiden tilannekohtaisen itseorganisoinnin edistäminen puolestaan voi olla käytännössä esimerkiksi viestimistä poikkeustilanteista ja vaaroista, jotta toimijat osaavat tarvittaessa joustaa työssään oikealla tavalla. Toiminnan rajaaminen tarkoittaa esimerkiksi vastuiden ja velvollisuuksien määrittelyä ja yksinkertaisten ohjeiden ja toimintaperiaatteiden määrittelyä. Organisaation tavoitteellinen ohjaaminen puolestaan voi tarkoittaa esimerkiksi

turvallisuusindikaattoreiden, mittareiden tai raportoinnin käyttämistä siten, että saadaan kokonaiskuva organisaation tilanteesta turvallisuuden suhteen ja voidaan asettaa kehittämistavoitteita organisaatiolle.

Tässä julkaisussa esitetty uudenlainen potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli kuvaa sitä, millaisia erilaisia – ja osittain keskenään ristiriitaisia – tekemisiä potilasturvallisuuden johtaminen käytännössä edellyttää. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää tämänkaltaista niin sanottua turvallisuuden perustutkimusta, jotta potilasturvallisuutta ilmiönä ja potilasturvallisuuden johtamista toimintana ymmärrettäisiin paremmin. Erityisen tärkeää olisi jatkossa pureutua syvällisemmin organisaatioverkostojen toimintaan potilasturvallisuuden varmistamisen näkökulmasta. Miten esimerkiksi kansallisia rajoja ylittävien hoitokokonaisuuksien potilasturvallisuutta tällä hetkellä varmistetaan ja miten sitä tulisi varmistaa? Entä miten viranomaisyhteistyö tukee potilasturvallisuutta sosiaali- ja terveydenhuoltoorganisaatioissa ja miten sitä voitaisiin kehittää?

Jatkossa on tarpeen edelleen pureutua tarkemmin kuhunkin yksittäiseen adaptiivisen johtamisen periaatteeseen sekä siihen, millä tavoin niitä voidaan toteuttaa käytännössä parhaiten. Erityisesti kiinnostava kysymys on, miten voidaan parhaiten tukea toimijoiden tilannekohtaista itseorganisoitumiskykyä niin, että he pystyvät toimimaan mahdollisimman joustavasti ja turvallisesti vaihtelevissa tilanteissa. Joustavuuden merkitys turvallisuuden varmistamisessa on viimeaikaisessa turvallisuustutkimuksessa tunnistettu tärkeäksi asiaksi, mutta toistaiseksi on vain vähän tietoa siitä, miten sitä voidaan tukea parhaiten. Miten esimerkiksi tunnistaa, koska joustaminen ja tilannekohtainen adaptoituminen on hyvästä ja milloin se on turvallisuuden kannalta huono asia?

Paras tapa tasapainoilla potilasturvallisuuden johtamisperiaatteiden välillä vaatii edelleen lisää tutkimusta. Luvussa 5 esitetty Vaasan keskussairaalan kertomus tarjoaa yhden esimerkin periaatteiden onnistuneesta yhdistämisestä potilasturvallisuuden johtamisessa. Vaasan keskussairaala aloitti perinteisellä turvallisuusjohtamisen tavalla, pyrkien aluksi rajaamaan ja ohjeistamaan toimintaa. Onko tämä aina suositeltava tapa? Voidaanko tunnistaa erilaisia kehitystarinoita, joissa on lähdetty liikkeelle jostain muusta näkökulmasta?

Tärkeä kysymys tutkittavaksi jatkossa on myös se, miten organisaatio voi tunnistaa, milloin kukin periaate toteutuu tarkoituksenmukaisella tavalla. Samoin on tärkeää ymmärtää paremmin, mitä tämä tarkoittaa missäkin kontekstissa. Kuinka tärkeää tilannekohtaisen itseorganisoitumisen tukeminen on esimerkiksi leikkausosalissa verrattuna vanhusten pitkäaikaishoitoon?

Tässä julkaisussa on esitelty joitakin lupaavia potilasturvallisuuden johtamisen työkaluja ja pohdittu sitä, miten ne voisivat tukea adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista. Tulevaisuudessa on tärkeää jatkaa tutkijoiden ja käytännön ratkaisujen kehittäjien välistä vuoropuhelua ja pyrkiä arvioimaan työkalujen vaikuttavuutta potilasturvallisuuteen tieteellisesti. Erilaisia potilasturvallisuuden johtamisen työkaluja on jatkossa tarpeen tarkastella myös yhdessä. Kiinnostavaa on esimerkiksi se, miten Potilasturvaportti-palvelun, HaiPro- vaaratapahtumien raportointimenettelyn tai Laatu- ja potilasturvallisuus osana terveydenhuolto-yksikön toimintaa – koulutus ja kehittämisohjelman käyttö näkyy henkilöstön kokemuksissa työstään ja

turvallisuudesta TUKU-kyselyllä mitattuna. Tai miten johtamiseen osallistuvat henkilöt tai ryhmät integroivat eri työkaluilla saamaansa tietoa tai tekemiään kehitystoimia? Millä tavoin työkalut voivat täydentää toisiaan? Entä mitä olemassa olevat työkalut eivät vielä kata? Tämänkaltaiset tarkastelut tuottaisivat tietoa sekä menetelmien toimivuudesta ja käytettävyydestä että potilasturvallisuudesta ilmiönä.

## Lähdeluettelo

- 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.
- 423/2000. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus säteilyn lääketieteellisestä käytöstä.
- 710/1982. Sosiaalihuoltolaki.
- 1134/2002. Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta.
- 1326/2010. Terveystuotolaki.
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2007). Constructing mystery: empirical matters in theory development, 32, 1265–1281.
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. & Barach, P. (2005). Five system barriers to achieving ultrasafe healthcare. *Annals of Internal Medicine*, 142, 756–764.
- Anderson, R. A. & McDaniel, Jr. R. R. (2000). Managing Health Care Organisations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Management Review*, 25 (1), 83–92.
- Aronkytö, T. (2010). Terveystuotojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa. Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia. Sitran selvityksiä 16. Helsinki: Sitra.
- Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2002). Safety and Quality Council Second National Report on Patient Safety, Improving Medication Safety. Canberra, Australia.
- Bate, P., Mendel, P., Robert, G. (2008). Organizing for quality. The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States. Oxon, Iso-Britannia: Radcliffe Publishing.
- Beresford, P. (2000). Service users' knowledges and social work theory: conflict or collaboration? *British journal of social work*, 30, 489–503.
- Butter, M., Rensma, A., van Boxsel, J., Kalisingh, A., Schoone, M., Leis, M., Delderblom, G. J., Cremers, G., de Wilt, M., Kortekaas, W., Thielmann, A., Cuhls, K., Sachinopoulou, A. & Korhonen, I. (2009). Robotics in healthcare. Final report. European commission.

- Cameron, K. S. & Quinn, R. E. (2011). Diagnosing and changing organizational culture. Based on the Competing Values framework, 3. painos, San Francisco: Jossey-Bass.
- Cook, R. (2005). Lessons from the war on cancer. The need for basic research on safety. *Journal of patient safety*, 1, 7–8.
- Cook, R. (2011). The complexity of health care system. Potilasturvallisuuskonferenssi, Helsinki, 8.9.2011.
- Degeling, P., Kennedy, J. & Mill, M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management – the central challenge in hospital reform. *Health Services Research*, 14, 36–48.
- Dixon-Woods, M., McNicol, S. & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality & Safety*. doi:10.1136/bmjqs-2011-000760.
- Entwistle, V. A. (2007). Differing perspectives on patient involvement in patient safety. *Quality and safety in health care*, 16, 82–83. doi: 10.1136/qshc.2006.020362.
- Gotcheva, N. Oedewald, P., Reiman, T. & Pietikäinen, E. (2012). Enhancing Network Safety through Network Governance, Shared Understanding and Interfirm Heedfulness. PSAM conference, Helsinki, 25.6.–29.6.2012.
- Gronn, P. (2002) Distributed Leadership as a unit of analysis. *Leadership Quarterly*, 13 (4), 423–51.
- Hamel, G. & Prahalad, C. K. (2006). *Kilpajuoksu tulevasta*. Helsinki: Talentum.
- Heikkilä, J., Kupila, K. & Riikonen, H. (2005) Verkottunut toiminta laitoksen elinkaaren eri vaiheissa. TUKES-julkaisu 1/2005. Helsinki: Turvatekniikan keskus.
- Holden, L. M. (2005). Complex adaptive systems: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 651–657.
- Hollnagel, E. (2009). *The ETTO principle: efficiency-thoroughness trade-off*. Farnham, Iso-Britannia: Ashgate.
- Honka, A., Kaipainen, K., Hietala, H. & Saranummi, N. (2011). Rethinking health: ICT-enabled services to empower people to manage their health. *IEEE Reviews in biomedical engineering* 4.

- Jorm, C. M., Dunbar, N., Sudano, L., Travaglia, J. F. (2009). Should patient safety be more patient centred? *Australian Health Review*, 33, 390–399.
- Karkulehto, S. & Virta, A.-M. (2006). Johtamisesta mahdollistamiseen. Muuttunut yhteiskunta, luovat toimialat ja uudet johtamismallit. Teoksessa: Inkinen, S. & Karkulehto, S. & Mäenpää, M. & Timonen, E. (toim.). *Minne matka, luova talous?* Jyväskylä: Rajalla Oy, 139–164.
- Kivisaari, S., Kokkinen, L., Lehto, J. & Saari, E. (2009). Sosiaali- ja terveydenhuollon systeemisen innovaation johtaminen. Kahden tapaustutkimuksen opetuksia. VTT Tiedotteita 2504. Espoo: VTT. Saatavilla: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2009/T2504.pdf>.
- Kuusamon kaupunki (2012). Aikuissosiaalityö. <http://www.kuusamo.fi> > Perhe- ja sosiaalipalvelut > Sosiaalityö > Yhteystiedot (1.11.2012).
- Kuusi, O., Ryyänen, O.-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakainen, J. (2006). Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Teknologian arvioinnin peruseräraportti. Tulevaisuusvaliokunta: Teknologian arviointeja 24.
- Kvist, T. (2004). Hoidon laatu – potilaan ja henkilöstön yhteinen asia. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Leistikow, I. P., Kalkman, C. J. & Bruijn, H. (2011). Why patient safety is such a tough nut to crack. *BMJ*, 342:d3447 doi: 10.1136/bmj.d3447.
- Lichtenstein, B. B., Uhl-Bien, M., Marion, R., Seers, A., Orton, J. D. & Schreiber, C. (2006). Complexity leadership theory: An interactive perspective on leading in complex adaptive systems. *Emergence: Complexity and Organization*, 8, 2–12.
- Locke, K., Golden-Biddle, K. & Feldman, M. S. (2004). Imaginative theorizing in interpretive organizational research. *Academy of management best conference paper*, RM, B1–B6.
- Lyons, M. (2007). Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. *Quality and Safety in Health Care*, 16, 140–142. doi: 10.1136/qshc.2006.018861.
- Magnussen, J., Vrangbaek, K. & Saltman, R. B. (toim.) (2009). Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. *European Ob-*

servatory on Health Systems and Policies Series. McGrawHill, Open University Press.

- Marais, K. & Leveson, N. G. (2003). Archetypes for organisational safety. Teoksessa: Proceedings of the Second workshop on the investigation and reporting of incidents and accidents (IRIA), Williamsburg, Virginia, 16.–19.9.2003. Hanover, Maryland: NASA Center for AeroSpace Information.
- McDaniel, R. R. & Driebe, D. J. (2001). Complexity science and health care management. *Advances in Health Care Management*, 2, 11–36.
- Nurmela, T. (2002). Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. *Acta Universitatis Tamperensis* 860. Tampere: Tampere University Press.
- Oedewald, P., Gotcheva, N., Reiman, T., Pietikäinen, E. and Macchi, L. (2011a) Managing safety in subcontractor networks: The case of Olkiluoto3 nuclear power plant construction project. 4. Resilience Engineering International Symposium, Sophia-Antipolis, Ranska, 8.–10.6.2011.
- Oedewald, P., Pietikäinen, E. & Reiman, T. (2011b). A guidebook for evaluating organisations in the nuclear industry – an example of safety culture evaluation. Ruotsi: Strålsäkerhetsmyndigheten. Saatavilla: <http://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/Global/Publikationer/Rapport/Sakerhet-vid-kamkraftverken/2011/SSM-Rapport-2011-20.pdf>.
- OHSAS 18001 (2007). Occupational health and safety assessment specification. Health and safety management systems standard. The British Standards Institution.
- Parviainen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. (2005). Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta. Tampere: Talentum.
- Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. (2008). Turvallisuuskulttuuryö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT Tiedotteita 2456. Espoo: VTT. Saatavilla: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>.
- Plsek, P.E. & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science. The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, 625–628.
- PSHP (2012). TAYS Sydänkeskus Oy. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. <http://www.pshp.fi> > Potilaille & läheisille > Toimintayksiköt > Tays Sydänkeskus Oy (1.11.2012).

- Quinn, R. E., Faerman, S. R., Thompson, M. P., McGrath, M. R. & St. Clair, L. S. (2011). *Becoming a master manager. A competing values approach*. 5. painos. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Reiman, T. (2007). *Assessing organizational culture in complex sociotechnical systems – Methodological evidence from studies in nuclear power plant maintenance organizations*. VTT Publications 627. Espoo: VTT. Saatavilla: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2007/P627.pdf>.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. (2009). *Potilasturvallisuuskulttuuria kehittämällä huomio turvallisen työnteon edellytyksiin*. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.). *Potilasturvallisuus ensin*. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidtajaliitto, 63–76.
- Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P. & Gotcheva, N. (2012). *System modelling with the DISC framework: evidence from safety critical domains*. *Work* 41, 3018–3025.
- Rouse, W. B. (2000). *Managing Complexity. Disease Control as a Complex Adaptive System*. *Information – Knowledge – Systems Management* 2, 143–165.
- Rouse, W. B. (2007). *Health care as a complex adaptive system: implications for Design and Management*. *The Bridge*, 2008, 17–25.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2010). *Potilaan omahoidon tukeminen*. Helsinki: Duodecim, 125, 2351–2359.
- De Savigny, D. & Taghreed, A. (toim.) (2009) *Systems thinking for health systems strengthening*. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO.
- Schwandt, D. R. & Szabla, D. B. (2007). *Systems and Leadership: Coevolution or Mutual Evolution Towards Complexity?* Teoksessa: Hazy, J. K., Goldstein, J. A. & Lichtenstein, B. B. (toim.). *Complex systems leadership theory. New perspectives from complexity science on social and organizational effectiveness*. Mansfield, Massachusetts: ISCE.
- Sexton B., Thomas E. & Helmreich R. (2000). *Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys*. *British medical journal*, 320, 745–749.
- Snowden, D. J. & Boone, M. E. (2007). *A leader's framework for decision making*. *Harvard Business Review*, November 2007, 1–9.



- Sterman, J. D. (2006). Learning from Evidence in a Complex World. *American Journal of Public Health*. 96 (3), 505–514.
- Sulkavan kunta (2012). Avo- ja hoivapalvelut – ikääntyvien palvelut. Saatavilla: <http://www.sulkava.fi/asukkaat/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/avo-ja-hoivapalvelut> (1.11.2012).
- Taam-Ukkonen, M. & Saano, S. (2010). Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki: WSOYpro.
- Tarkkonen, J. (2005). Yhteistoiminnan ehdoilla, ymmärryksen ja vallan rajapinnoilla. Työsuojeluvaltuutetut ja -päälliköt toimijoina, työorganisaatiot yhteistoiminnan areenoina ja työsuojelujärjestelmät kehittämisen kohteina. Oulu: Oulu University Press.
- Tokola, E. (2010). Turvallinen lääkehoito – kotona ja laitoksessa. Helsinki: Tammi.
- VSHP (2012). Hallintosääntö. Vaasan sairaanhoitopiiri. Saatavilla: [http://www.vaa.sankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan\\_sairaanhoitopiiri/Perussopimus\\_ ja\\_saantoja](http://www.vaa.sankeskussairaala.fi/Suomeksi/Vaasan_sairaanhoitopiiri/Perussopimus_ ja_saantoja) (1.11.2012).
- Vincent C. (2006). Patient safety. Lontoo: Elsevier.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011.
- Waring, J., Rowley, E., Dingwall, R., Palmer, C. & Murcott, T. (2010). Narrative review of the UK patient safety research portfolio. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15 Suppl. 1, 26–32.
- Weick, K. & Sutcliffe, K. (2001). Managing the unexpected. Assuring high performance in an age of complexity. San Francisco: Jossey-Bass.
- Weingart, S. N. & Page, D. (2004). Implications for practice: challenges for healthcare leaders in fostering patient safety. *Quality and Safety in health care*, 13(Suppl II):ii52–ii56. doi 10.1136/qshc.2003.009621.
- Winblad, U. & Ringard, Å. (2009). Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens. Teoksessa Magnussen, J., Vrangbaek, K. & Saltman, R.B. (toim.). *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Iso-Britannia: McGrawHill, Open University Press.

- Wismar, M., Palm, W., van Ginneken, E., Busse, R., Ernst, K. & Figueras, J. (2011). The health service initiative: supporting the construction of a framework for cross-border health care. Teoksessa: Wismar, M. Palm, W., Figueras, J., Ernst, K. & van Ginneken, E. (toim.). Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies. Observatory Studies series 22. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Woods, D. D. & Branlat, M. (2011). How human adaptive systems balance fundamental trade-offs: Implications for polycentric governance architectures. 4. Resilience Engineering International Symposium, Sophia-Antipolis, Ranska, 8.–10.6.2011.
- Zuiderent-Jerak, T., Strating, M., Nieboer, A. & Bal, R. (2009). Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvement and 'acting with' quality collaboratives in health care. *Social Science & Medicine*, 69, 1713–1721.

## Liite A: TUKU-turvallisuuskulttuurikysely

Tässä kyselyssä henkilöstöllä on mahdollisuus antaa näkemyksensä oman organisaationsa toimintakulttuurista potilasturvallisuuden näkökulmasta.

**1 Seuraavaksi esitetään lyhyitä väittämiä työstäsi. Merkitse, miten hyvin väittämät pitävät paikkansa sinun kohdallasi ympäröimällä sopiva numero.**

**1 = Ei lainkaan, 6 = Erittäin hyvin**

1.1	Koen että työni on tärkeää	1	2	3	4	5	6
1.2	Koen henkilökohtaista vastuuta työni kokonaisuudesta	1	2	3	4	5	6
1.3	Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti	1	2	3	4	5	6
1.4	Minulla on liikaa töitä	1	2	3	4	5	6
1.5	Joudun usein kiirehtimään työssäni	1	2	3	4	5	6
1.6	Työtehtäväni ovat liian vaativia	1	2	3	4	5	6
1.7	Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa	1	2	3	4	5	6
1.8	Koen henkilökohtaista vastuuta potilaidemme voinnista	1	2	3	4	5	6
1.9	Minua vaivaa jos potilaat eivät voi hyvin	1	2	3	4	5	6
1.10	Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin	1	2	3	4	5	6
1.11	Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo	1	2	3	4	5	6
1.12	Mielestäni on tärkeää että potilasturvallisuutta korostetaan työpaikallani näkyvästi	1	2	3	4	5	6
1.13	Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia	1	2	3	4	5	6
1.14	Tiedän minkälaiset odotukset työyhteisölläni on työtäni kohtaan	1	2	3	4	5	6
1.15	Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä	1	2	3	4	5	6
1.16	Mietin töitä tehdessäni varautumismahdollisuuksia mahdollisiin potilasturvallisuutta uhkaaviin tilanteisiin	1	2	3	4	5	6
1.17	Pyrin olemaan avoin erilaisille tulkintoille ja vasta-argumenteille (esim. koskien potilaan tilaa ja sitä, miten potilaan hoidossa tulisi edetä)	1	2	3	4	5	6
1.18	Kyseenalaistan omia tulkintojani (esim. potilaan tilasta ja tarpeellisista hoitotoimenpiteistä) ja pyrin etsimään tietoa joka haastaa tulkintojani	1	2	3	4	5	6
1.19	<b>Sairaalani</b> potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina	1	2	3	4	5	6
1.20	Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen työhöni	1	2	3	4	5	6
1.21	Potilasturvallisuus ei ole minun työtehtävissäni kovin keskeistä	1	2	3	4	5	6
1.22	<b>Sairaalassamme</b> on työntekijöitä jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen	1	2	3	4	5	6
1.23	Ilmapiiri työyhteisössäni on hyvä	1	2	3	4	5	6
1.24	Ilmapiiri <b>sairaalassa</b> on hyvä	1	2	3	4	5	6
1.25	<b>Sairaalassamme</b> ilmoitetaan vaaratapahtumista avoimesti	1	2	3	4	5	6
1.26	<b>Sairaalassamme</b> syyllistämisen pelko vaikeuttaa omien virheiden myöntämistä	1	2	3	4	5	6
1.27	Voin tehdä itsenäisesti valintoja ja päätöksiä työssäni	1	2	3	4	5	6

**2 Seuraavaksi esitetään sairaala koskevia väittämiä. Merkitse, miten hyvin seuraavat väittämät sinun mielestäsi pitävät paikkansa ympäröimällä sopiva numero. Pyri arvioimaan väittämiä sairaalan kannalta.**

**1 = Täysin eri mieltä, 6 = Täysin samaa mieltä**

2.1	Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	1	2	3	4	5	6
2.2	Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla	1	2	3	4	5	6
2.3	Työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa	1	2	3	4	5	6
2.4	Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta	1	2	3	4	5	6
2.5	Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	1	2	3	4	5	6
2.6	Eri ammattiryhmien (mm. lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät) välinen yhteistyö on sujuvaa sairaalassamme	1	2	3	4	5	6
2.7	<u>Sairaalan</u> yksiköiden välinen tiedonkulku on riittävää	1	2	3	4	5	6
2.8	Sellaisissa töissä joihin osallistuu useampi osasto, töiden koordinointi on toimivaa	1	2	3	4	5	6
2.9	Organisaation työprosessit ja -käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä	1	2	3	4	5	6
2.10	<u>Sairaalassa</u> on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi	1	2	3	4	5	6
2.11	<u>Sairaalan</u> johtamistapa osoittaa että potilasturvallisuus on keskeinen arvo	1	2	3	4	5	6
2.12	<u>Sairaalan</u> johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti	1	2	3	4	5	6
2.13	Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin <u>sairaalan</u> sisäisessä viestinnässä	1	2	3	4	5	6
2.14	Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin	1	2	3	4	5	6
2.15	Esimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	1	2	3	4	5	6
2.16	Jos jokin asia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa	1	2	3	4	5	6
2.17	Meillä on käytössämme oikeanlaiset työtilat potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	1	2	3	4	5	6
2.18	Johto pyrkii varmistamaan että organisaatiolla on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet	1	2	3	4	5	6
2.19	Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakointiseksi	1	2	3	4	5	6
2.20	Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla	1	2	3	4	5	6
2.21	Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta <u>sairaalassamme</u>	1	2	3	4	5	6
2.22	<u>Sairaalassamme</u> työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	1	2	3	4	5	6
2.23	<u>Sairaalassamme</u> huolehditaan siitä että hyvän hoidon tarjoamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista	1	2	3	4	5	6
2.24	Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi <u>sairaalassamme</u>	1	2	3	4	5	6
2.25	Työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella	1	2	3	4	5	6
2.26	Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti <u>sairaalassamme</u>	1	2	3	4	5	6
2.27	Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi	1	2	3	4	5	6

2.28	Käyttämämme potilashaittatapahtumien ehkäisemisen työkalut (tarkistuslistat, tuplavarmistus jne.) ovat toimivia	1	2	3	4	5	6
2.29	<b>Sairaalassamme</b> varmistetaan että henkilöstö on työkykyistä	1	2	3	4	5	6
2.30	Kun organisaatiossamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan hyvin	1	2	3	4	5	6
2.31	<b>Sairaalassamme</b> muutokset toteutetaan hyvin	1	2	3	4	5	6
2.32	Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa	1	2	3	4	5	6
2.33	<b>Sairaalan</b> johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää	1	2	3	4	5	6
2.34	Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti	1	2	3	4	5	6
2.35	<b>Sairaalassamme</b> on varajärjestelmiä (työvälineet, resurssit, varamiehet) yllättävien tilanteiden hoitamiseksi	1	2	3	4	5	6
2.36	<b>Sairaalassamme</b> on potilasturvallisuutta edistäviä laadunhallinta- ja valvontamenetelmiä	1	2	3	4	5	6
2.37	<b>Sairaalassa</b> työskentelevät vuokratyöntekijät (keikkalääkärit, -hoitajat yms.) ymmärtävät miten heidän työnsä vaikuttaa potilasturvallisuuteen	1	2	3	4	5	6
2.38	<b>Sairaalassa</b> työskentelevät vuokratyöntekijät ovat päteviä	1	2	3	4	5	6
2.39	Yhteistyö <b>sairaalan</b> oman henkilökunnan ja vuokratyöntekijöiden (mm. keikkalääkärit) välillä on toimivaa	1	2	3	4	5	6

**2.40 Mitkä ovat mielestäsi sairaalan tärkeimmät kehityskohteet tällä hetkellä?**

---



---



---



---



---



---



---



---

**3 Seuraavaksi kysytään taustatietojasi. Valitse sopiva vaihtoehto ympäröimällä sopiva numero**

**3.1 Sukupuolesi**

- 1 Mies  
2 Nainen

**3.2 Ikäsi**

- 1 alle 25 vuotta  
2 25–35 vuotta  
3 36–45 vuotta  
4 46–55 vuotta  
5 yli 55 vuotta

### 3.3 Henkilöstöryhmä, johon kuulut

- 1 lääkärit
- 2 sairaanhoitajat
- 3 tutkimushenkilöstö (esim. liikuntafysiologi, fyysikko, kemisti, mikrobiologi, psykologi)
- 4 muu hoitohenkilöstö (esim. toimintaterapeutti, fysioterapeutti, perushoitaja, lähihoitaja)
- 5 tutkimusta ja hoitoa avustava henkilöstö (esim. osastonsihtööri, välinehuoltaja)
- 6 hallinto- ja taloushenkilöstö (esim. toimistopäällikkö, toimistosihtööri, suunnittelija)
- 7 huoltohenkilöstö (esim. sairaalahuoltaja, siivoushenkilöstö, keittiöhenkilöstö)

### 3.4 Toimitko esimiestehtävissä?

- 1 Kyllä
- 2 En

### 3.5 Kuinka monta vuotta olet työskennellyt sairaalassa?

- 1 alle 4 vuotta
- 2 4–10 vuotta
- 3 11–20 vuotta
- 4 yli 20 vuotta

### 3.6 Oletko työssäsi tyypillisesti suoraan tekemisissä potilaiden kanssa?

- 1 Kyllä
- 2 En

### 3.7 Osasto, jolla enimmäkseen työskentelet tai jolle tarjoat suurimman osan palveluistasi

### Tähän organisaatiokohtaiset vaihtoehdot, lista osastoista/yksiköistä

### 3.8 Oletko työssäsi viimeisen vuoden aikana ollut osallisena potilasvaaratapahtumassa?

- 1 Kyllä (jos vastasit tähän kyllä, vastaa myös kysymykseen 3.9)
- 2 En

### 3.9 Teitkö tapahtumasta / tapahtumista Haipro-ilmoituksen?

- 1 Kyllä
- 2 En
- 3 Joku muu teki

**Kiitos vastauksistasi!**

## Liite B: TUKU-turvallisuuskulttuurikyselyn mittausmalli

ULOTTUVUUS	VÄITTÄMÄ	VÄITTÄMÄN NUMERO KYSELYSSÄ
<b>Psykologiset ulottuvuudet</b>		
Hallinnan tunne	Minulla ei ole aina mahdollisuuksia tehdä työtäni riittävän huolellisesti (neg.)	1.3
	Minulla on liikaa töitä (neg.)	1.4
	Joudun usein kiirehtimään työssäni (neg.)	1.5
	Työtehtäväni ovat liian vaativia (neg.)	1.6
	Työni on kokonaisuudessaan stressaavaa (neg.)	1.7
Henkilökohtainen vastuuntunne	Koen henkilökohtaista vastuuta potilaidemme voinnista	1.8
	Koen henkilökohtaista vastuuta työni kokonaislaadusta	1.2
	Minua vaivaa, jos potilaat eivät voi hyvin	1.9
Turvallisuusmotivaatio	Kannan vastuuta työni vaikutuksista potilaisiin	1.10
	Potilasturvallisuus on keskeisin omaa työtäni ohjaava arvo	1.11
	Mielestäni on tärkeää, että potilasturvallisuutta korostetaan työpaikallani näkyvästi	1.12
Mindfulness Valppaus	Potilasturvallisuus on minulle henkilökohtaisesti tärkeä asia	1.13
	Pyrin aktiivisesti hahmottamaan potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratekijöitä	1.15
	Mietin töitä tehdessäni varautumismahdollisuuksia mahdollisiin potilasturvallisuutta uhkaaviin tilanteisiin	1.16
	Pyrin olemaan avoin erilaisille tulkinnoille ja vastaargumenteille (esim. koskien potilaan tilaa ja sitä, miten potilaan hoidossa tulisi edetä)	1.17
	Kyseenalaistan omia tulkintojani (esim. potilaan tilasta ja tarpeellisista hoitotoimenpiteistä) ja pyrin etsimään tietoa joka haastaa tulkintojani	1.18
<b>Kontrollimuuttajat</b>		
Työmotivaatio	Koen että työni on tärkeää	1.1
Odotukset työtä kohtaan	Tiedän minkälaiset odotukset työyhteisölläni on työtäni kohtaan	1.14
Työilmapiiri	Ilmapiiri työyhteisössäni on hyvä	1.23
Turvallisuushuoli	Sairaalani potilasturvallisuuden taso on huolestuttanut minua usein viime aikoina	1.19
	Sairaalassamme on työntekijöitä jotka eivät ole riittävän sitoutuneita potilasturvallisuuteen	1.22
Työtyytyväisyys	Kokonaisuudessaan olen tyytyväinen työhöni	1.20
Työtehtävien koettu turvallisuus-kriittisyys	Potilasturvallisuus ei ole minun työtehtävissäni kovin keskeistä (neg.)	1.21
Organisaation ilmapiiri	Ilmapiiri sairaalassa on hyvä	1.24
Raportointi	Sairaalassamme ilmoitetaan vaaratapahtumista avoimesti.	1.25
	Sairaalassamme syyllistämisen pelko vaikeuttaa omien virheiden myöntämistä (neg.)	1.26
Työn autonomia	Voin tehdä itsenäisesti valintoja ja päätöksiä työssäni	1.27

Organisatoriset ulottuvuudet		
Työn edellytysten hallinta	Päivittäisen työn tekemiseen tarvittava tieto on helposti saatavilla	2.2
	Työhön liittyvä ohjeisto tukee työntekoa	2.3
	Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi	2.5
	Meillä on käytössämme oikeanlaiset välineet potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	2.1
	Meillä on käytössämme oikeanlaiset työtilat potilaiden hyvän hoidon takaamiseksi	2.17
Työprosessien hallinta	Sairaalan yksiköiden välinen tiedonkulku on riittävä	2.7
	Tiedonkulun ratkaisut (esim. tietojärjestelmät, palaverikäytännöt) edistävät potilasturvallisuutta	2.4
	Sellaisissa töissä joihin osallistuu useampi osasto, töiden koordinointi on toimivaa	2.8
	Organisaation työprosessit ja –käytännöt tukevat päivittäistä yhteistyötä	2.9
	Eri ammattiryhmien (mm. lääkärit, hoitajat, erityistyöntekijät) välinen yhteistyö on sujuvaa sairaalassamme	2.6
Turvallisuusjohtaminen	Sairaalassa on pitkän tähtäimen suunnitelma potilasturvallisuuden varmistamiseksi	2.10
	Sairaalan johtamistapa osoittaa, että potilasturvallisuus on keskeinen arvo	2.11
	Sairaalan johtamistapa luo hyvät edellytykset työn tekemiselle laadukkaasti	2.12
	Potilasturvallisuuteen liittyviä asioita tuodaan esiin sairaalan sisäisessä viestinnässä	2.13
	Johto pyrkii varmistamaan että organisaatiolla on riittävästi taloudellisia resursseja tehdä kaikki turvallisuuden kannalta tärkeät toimenpiteet	2.18
	Esimiehet antavat myönteistä palautetta, jos näkevät että työ on tehty potilasturvallisuuden kannalta hyvin	2.14
Esimiestuki turvalliselle toiminnalle	Esimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi	2.15
	Jos jokin työasia huolestuttaa, siitä on helppo keskustella esimiehen kanssa	2.16
	Turvallisuuden ennakoiva kehittäminen	Meillä on toimivat käytännöt potilasturvallisuuteen liittyvien riskien ennakoimiseksi
Toimintatapojen ja käytäntöjen toimivuutta arvioidaan oppimista edistävällä tavalla		2.20
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta sairaalassamme		2.21
Potilasturvallisuuden tasoa seurataan säännöllisesti sairaalassamme		2.26
Meillä on toimivat käytännöt vaaratapahtumista oppimiseksi		2.27
Vaarojen hallinta	Käyttämämme potilashaittatahtumien ehkäisemisen työkalut (tarkistuslistat, tuplavarmistus jne.) ovat toimivia	2.28
	Sairaalassamme varmistetaan että henkilöstö on työkykyistä	2.29
	Sairaalassamme on varajärjestelmiä (työvälineet, resurssit, varamiehet) yllättävien tilanteiden hoitamiseksi	2.35



	Sairaalassamme on potilasturvallisuutta edistäviä laadunhallinta- ja valvontamenetelmiä	2.36
Osaamisen hallinta	Sairaalassamme työskentelevillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin	2.22
	Sairaalassamme huolehditaan siitä, että hyvän hoidon tarjoamiseen on käytettävissä tarkoituksenmukaista osaamista	2.23
	Uusia työntekijöitä ohjataan ja perehdytetään riittävästi sairaalassamme	2.24
	Työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammatitaitoaan työn ohella	2.25
Muutosten hallinta	Kun organisaatiossamme tehdään muutoksia, ne suunnitellaan hyvin	2.30
	Sairaalassamme muutokset toteutetaan hyvin	2.31
	Työntekijöiden mielipiteet huomioidaan muutostilanteissa	2.32
	Sairaalan johto on realistinen sen suhteen, kuinka paljon muutoksia organisaatio kestää	2.33
	Muutosten vaikutuksia potilasturvallisuuteen arvioidaan huolellisesti	2.34
Ulkopuolisten toimijoiden hallinta	Sairaalassa työskentelevät vuokratyöntekijät (keikkalääkärit, -hoitajat yms.) ymmärtävät miten heidän työnsä vaikuttaa potilasturvallisuuteen.	2.37
	Sairaalassa työskentelevät vuokratyöntekijät ovat päteviä	2.38
	Yhteistyö sairaalan oman henkilökunnan ja vuokratyöntekijöiden (mm. keikkalääkärit) välillä on toimivaa	2.39



Nimeke	<b>Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen</b>
Tekijä(t)	Elina Pietikäinen, Jouko Heikkilä & Teemu Reiman (toim.)
Tiivistelmä	<p>Potilasturvallisuuden järjestelmällinen parantaminen on tunnistettu välttämättömäksi Suomessa ja kansainvälisesti. Potilasturvallisuuden järjestelmällisen kehittämisen alkuvaiheessa on painottunut yksittäisten työntekijöiden toiminnan ja sen välittömien edellytysten muokkaaminen. Vähitellen potilasturvallisuutta on kuitenkin alettu tarkastella myös palvelujärjestelmään ja sen johtamiseen liittyvänä asiana. Tähän ohjaa myös 2011 voimaan astunut terveydenhuoltolaki. Monista organisaatioista puuttuu kuitenkin yhteinen kokonaisnäkemys siitä, mitä kaikkea potilasturvallisuuden johtaminen tarkoittaa sekä miten ja kenen toimesta sitä tulisi tehdä. Tämä raportti pyrkii selkeyttämään näitä peruskysymyksiä.</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiot voidaan nähdä monimutkaisina adaptiivisina järjestelminä, jotka koostuvat itsenäisesti toimivista yksiköistä ja asiantuntijoista. Perinteinen ylhäältä alaspäin suuntautuva toiminnan rajaamiseen ja valvontaan perustuva johtaminen ei pelkästään riitä takaamaan turvallisuutta. Tarvitaan uudenlaista, järjestelmän luonteen, toiminnan ja tilanteen mukaan mukautuvaa potilasturvallisuuden johtamista. Keskeistä on, että turvallisuuden johtaminen ymmärretään laajasti jaettuna muutosvoimana organisaatiossa. Potilasturvallisuuden johtamiseen osallistuvat viimekädessä kaikki henkilöt organisaatiossa – myös potilas. Potilasturvallisuuden johtamista tapahtuu myös organisaatiosta ulospäin – potilasturvallisuus luodaan useiden organisaatioiden yhteistyössä.</p> <p>Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen tiivistyy viiteen periaatteeseen: 1) edistää yhteisen turvallisuustahdtilan muodostumista, 2) edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta, 3) edistää toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisoitumiseen, 4) rajatkaa toimintaa ja 5) ohjatkaa organisaatiota tavoitteellisesti. Potilasturvallisuuden johtamisessa tasapainoiltaan näiden keskenään osin ristiriitaisten periaatteiden välillä.</p> <p>Vaasan keskussairaala kuuluu järjestelmällisen potilasturvallisuuden kehittämisen edelläkävijöihin. Vaasan keskussairaalan kehitystarina voidaan nähdä laajentumisena kohti adaptiivista potilasturvallisuuden johtamista. Muutaman avainhenkilön käynnistämä muutos on levinnyt vähitellen organisatoriseksi muutosvoimaksi. Myös potilaat on otettu vahvemmin mukaan potilasturvallisuuden johtamiseen. Alkuvaiheessa Vaasan keskussairaalan systemaattisessa potilasturvallisuuden johtamisessa painottui ennen kaikkea toiminnan rajaaminen. Vähitellen myös muut adaptiivisen potilasturvallisuuden johtamisen keskeiset periaatteet ovat alkaneet painottua.</p> <p>Potilasturvallisuuden johtamisen tueksi on olemassa erilaisia työkaluja. Näistä työkaluista tässä raportissa esitellään Potilasturvaportti -verkkopalvelu, HaiPro-vaaratapahtumien raportointimenettely, SPro-suunnitelmatyökalu, Laatu- ja potilasturvallisuus osana terveydenhuolto-yksikön toimintaa -koulutus ja kehittämisohjelma, DISC-malli sekä TUKU-turvallisuuskulttuurikysely.</p>
ISBN, ISSN	ISBN 978-951-38-7888-7 (nid.) ISSN 2242-1211 (nid.) ISBN 978-951-38-7889-4 (URL: <a href="http://www.vtt.fi/publications/index.jsp">http://www.vtt.fi/publications/index.jsp</a> ) ISSN 2242-122X (URL: <a href="http://www.vtt.fi/publications/index.jsp">http://www.vtt.fi/publications/index.jsp</a> )
Julkaisu-aika	Marraskuu 2012
Kieli	Suomi, englanninkielinen tiivistelmä
Sivumäärä	88 s. + liitt. 7 s.
Avainsanat	patient safety, safety management, complex adaptive system
Julkaisija	VTT PL 1000, 02044 VTT, Puh. 020 722 111



Title	<b>Adaptive patient safety management</b>
Author(s)	Elina Pietikäinen, Jouko Heikkilä & Teemu Reiman (Eds.)
Abstract	<p>Systematic patient safety improvement is considered necessary both internationally and in Finland. The effort to improve patient safety has focused mainly on individual care givers and their immediate preconditions of work. Lately the focus has shifted into the whole service system and its management. The Finnish health care law also emphasises the role of the system and its management in ensuring quality and patient safety. However, many organisations are still lacking a shared overall understanding of what patient safety management actually means, what it covers and how and by whom it should be carried out. This report aims to clarify these basic questions. .</p> <p>Social and health care organisations can be understood as complex adaptive systems that consist of semi-autonomous units and experts. Traditional top-down management that emphasises supervision of activities and aims to delimit unwanted behaviours is not sufficient in ensuring safety. New kind of safety management is needed that adapts according to the characteristics of the system, its activities and the situation. It is essential that patient safety management is understood broadly as a dynamic that is distributed across the organisation. Ultimately all the individual agents within the organisation – including the patient – participate in managing patient safety. Patient safety management activities also take place in the interactions between the organisation and other organisations that take part in the care of the patients.</p> <p>Adaptive patient safety management can be condensed into five general principles: 1) promote safety as a guiding principle, 2) build an environment that supports interaction, 3) create capability for agents to self-organize, 4) define system activities and boundaries, 5) steer the system. Patient safety management is about balancing between these partly conflicting principles.</p> <p>Vaasa central hospital is a pioneer in systematic patient safety development. Their development narrative can be seen as a process of expansion towards more adaptive patient safety management. A change that started from the efforts of few key agents has slowly expanded to a more shared organisational dynamic. The patients have also been given a more active role in managing patient safety. In the beginning defining system activities and boundaries was emphasised in Vaasa central hospital. Little by little the other principles of adaptive patient safety management have also gained more ground.</p> <p>There are different tools that can support patient safety management. This report introduces some of them: the Patient safety portal, HaiPro-incident reporting tool and methodology, SPro safety plan design tool, the Model for Training and Development of Quality and Patient Safety in Healthcare organisations, the DISC model and the TUKU safety culture survey.</p>
ISBN, ISSN	ISBN 978-951-38-7888-7 (soft back ed.) ISSN 2242-1211 (soft back ed.) ISBN 978-951-38-7889-4 (URL: <a href="http://www.vtt.fi/publications/index.jsp">http://www.vtt.fi/publications/index.jsp</a> ) ISSN 2242-122X (URL: <a href="http://www.vtt.fi/publications/index.jsp">http://www.vtt.fi/publications/index.jsp</a> )
Date	November 2012
Language	Finnish, English abstract
Pages	88 p. + app. 7 p.
Keywords	Patient safety, safety management, complex adaptive system
Publisher	VTT Technical Research Centre of Finland P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland, Tel. 020 722 111

## Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen

Potilasturvallisuuden järjestelmällinen parantaminen on tunnistettu välttämättömäksi Suomessa ja kansainvälisesti. On katsottu, että potilasturvallisuuden edistämiseksi on tarpeen kiinnittää erityistä huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden johtamiseen. Monista toimintayksiköistä puuttuu kuitenkin yhteinen kokonaisnäkemys siitä, mitä kaikkea potilasturvallisuuden johtaminen tarkoittaa sekä miten ja kenen toimesta sitä tulisi tehdä. Tämä julkaisu pyrkii selkeyttämään näitä peruskysymyksiä.

Julkaisussa esitellään uudenlainen potilasturvallisuuden adaptiivisen johtamisen malli, joka perustuu ajatukseen sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioista monimutkaisina adaptiivisina järjestelminä. Julkaisussa kuvataan potilasturvallisuuden adaptiivista johtamista Vaasan keskussairaalan kokemusten kautta sekä esitellään työkaluja, jotka voivat tukea potilasturvallisuuden johtamista.

Julkaisu on suunnattu ennen kaikkea sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden johtajille ja esimiehille sekä potilasturvallisuusasiantuntijoille. Julkaisusta voi kuitenkin olla hyötyä myös sosiaali- ja terveystieteiden poliittisille päättäjille, potilasjärjestöjen edustajille, viranomaisille sekä kenelle tahansa sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatiossa työskentelevälle ammattilaiselle, joka on kiinnostunut kehittämään oman organisaationsa potilasturvallisuutta. Julkaisu voi lisäksi tarjota uusia ajatuksia alalla toimiville konsulteille, tukipalveluiden tuottajille ja tietojärjestelmien kehittäjille.

ISBN 978-951-38-7888-7 (soft back ed.)

ISBN 978-951-38-7889-4 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

ISSN 2242-1211 (soft back ed.)

ISSN 2242-122X (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

