

**POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN TERVEY-
DENHUOLLON ORGANISAATIOIDEN STRATEGISENA
TAVOITTEENA**

Tarja Sievänen

Pro gradu -tutkielma

Terveyshallintotiede

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen lai-
tos

Kesäkuu 2015

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta,
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveyshallintotiede

SIEVÄNEN TARJA: Potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollon organisaatioiden strategisena tavoitteena

Pro gradu -tutkielma, 74 sivua

Tutkielman ohjaajat: FT Johanna Lammintakanen
TtT Kaija Saranto

Kesäkuu 2015

Avainsanat: Strateginen johtaminen, potilasturvallisuus, strategia, terveydenhuolto

Hoidon laatu ja turvallisuus ovat keskeisiä tekijöitä potilaan hoidossa. Kuitenkin hoidon laadun ongelmat ja niistä aiheutuvat vaaratapahtumat ovat yleisiä terveydenhuollossa. Potilasturvallisuuden edistäminen onkin tunnistettu välttämättömäksi toiminnaksi. Ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013 julkaistiin sosiaali- ja terveysministeriön toimesta tammikuussa 2009. Potilasturvallisuus strategian visio on ankkuroida potilasturvallisuus terveydenhuollon toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin.

Suomessa suuri osa terveydenhuollon palveluista tuotetaan julkisten organisaatioiden toimesta. Sairaanhoidopiirit edustavat julkista terveydenhuoltoa. Niiden strategiat ovat keskeinen osa julkisen terveydenhuollon strategista johtamista ja ilmentävät sitä mitä toiminnassa pidetään tärkeänä.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuinka potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteet ilmenevät sairaanhoidopiirien strategioissa. Tutkimusaineistona on 15 sairaanhoidopiirin strategiatekstit, jotka kokosin sairaanhoidopiirien internet-sivustoilta vuonna 2014. Tutkimus on laadullinen ja tutkimusaineiston analysoin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä arviointikehikkona käytin suomalaisen potilasturvallisuusstrategian potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteita.

Tutkimus osoittaa että sairaanhoidopiirien strategiat sisältävät melko runsaasti potilasturvallisuuden edistämiseen liittyviä tavoitteita. Eniten strategioissa on ilmaisia liittyen potilasturvallisuuden hallintaan ennakoivasti ja oppimalla. Toinen merkittävä tutkimustulos on, että strategioiden välillä on huomattavasti eroja siinä, kuinka laajasti tai suppeasti yksittäinen strategia tuo esille potilasturvallisuuden edistämisen teemoja.

Tämä tutkimus antaa tietoa siitä, kuinka keskeisenä potilasturvallisuuden edistämistä pidetään sairaanhoidopiirien strategioissa. Tutkimustulos kuvaa myös sitä, kuinka tärkeänä tavoitteena hoidon hyvää laatua pidetään sairaanhoidopiireissä.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies

Department of Health and Social Management, Health Management Sciences

SIEVÄNEN TARJA: The promotion of patient safety as a strategic objective of the healthcare organizations

Master's thesis, 74 pages

Advisors: Ph.D. Johanna Lammintakanen

D.Sc. Kaija Saranto

June 2015

Keywords: strategic management, patient safety, strategy, healthcare

The quality and safety of the healthcare are the key factors in patient care. However the problems of care quality and the patient safety incidents they cause are typical in healthcare. Therefore the promotion of patient safety has been deemed imperative. The first Finnish patient safety strategy from 2009 to 2013 was published by the social and health ministry in January 2009. The vision for the patient safety strategy is to consolidate patient safety in the structures and methods of operation.

In Finland most of the healthcare services are produced by public organizations. The hospital districts represent public healthcare. The strategies of these districts are a key part of public health care's strategic management and they embody that which is deemed important in practices.

The purpose of this study is to describe how the objectives of patient safety promotion appear in the strategies of hospital districts. The strategies of 15 hospital districts were collected for research material from their respective web sites in 2014. The approach of this study is qualitative and the research material has been analyzed using content analysis. The objectives in the patient safety promotion of Finnish patient safety strategy were used as an evaluation matrix for the content analysis.

The study shows that the strategies of the hospital districts include quite a lot of the objectives that promote patient safety. In most of these strategies the manifestations of said objectives associate with the management of patient safety both proactively and also by learning. Another key finding of this study is the significant difference of how extensively or restrictively the themes of patient safety promotion present themselves in a single strategy between different districts.

This study provides information of how essential the promotion of patient safety is considered in the strategies of hospital districts. The finding of the study also illustrates of how care's good quality is regarded as an important objective amongst the hospital districts.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
1.1 Tutkimuksen tausta	3
1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	6
2 STRATEGIA JA STRATEGINEN JOHTAMINEN	8
2.1 Strategia	8
2.1.1 Strategian luominen ja toteutus strategiaprosessissa.....	10
2.1.2 Strategian merkitys organisaation toiminnan suuntaajana	14
2.2 Strateginen johtaminen	15
2.2.1 Strategisen johtamisen suuntauksia.....	17
2.2.2 Strateginen johtaminen julkisella sektorilla	19
3 POTILASTURVALLISUUS	25
3.1 Potilasturvallisuuden käsitteitä	25
3.2 Potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollon organisaatioissa ...	28
3.2.1 Potilasturvallisuutta ohjaava kansallinen lainsäädäntö	31
3.2.2 Potilasturvallisuusstrategian tuomat velvoitteet.....	33
3.3 Potilasturvallisuuteen liittyvä tutkimus	36
4 TUTKIMUSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	41
4.1 Tutkimuksen kohde ja aineiston hankinta	41
4.2 Aineiston analysointi.....	43
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	47
5.1 Tutkimusaineiston kuvaus	47
5.2 Potilasturvallisuus strategisena tavoitteena.....	47
5.2.1 Potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen.....	49
5.2.2 Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla	51
5.2.3 Vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan	53
5.2.4 Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin.....	55
5.2.5 Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa.....	56
5.2.6 Hoidon laatu strategisena päämääränä	58
5.3 Strategia potilasturvallisuuden edistäjänä	59

6 POHDINTA.....	63
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	63
6.2 Tutkimustulosten tarkastelua	66
6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	69
LÄHTEET.....	69

KUVIOT

KUVIO 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet.....	27
KUVIO 2. Aineistoon kuuluvien sairaanhoitopiirien strategioiden voimassaoloajat	42
KUVIO 3. Potilasturvallisuuden edistämiseen ja hoidon laatuun liittyvien ilmausten määrä tutkimusaineistossa.....	48
KUVIO 4. Potilaan potilasturvallisuuden edistämiseen osallistumisen –tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa.....	51
KUVIO 5. Potilasturvallisuuden ennakoivan hallinnan –tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa.....	53
KUVIO 6. Vaaratapahtumien raportoinnin ja niistä oppimisen –tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa.....	55
KUVIO 7. Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin –tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa.....	56
KUVIO 8. Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa –tavoitteeseen liittyvien teemojen painottuminen organisaatiossa.....	58
KUVIO 9. Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteiden esiintyminen sairaanhoitopiirien strategioissa tässä tutkimusaineistossa.....	62

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta

Terveydenhuollon organisaatiot ovat turvallisuuskriittisiä organisaatioita ja niiden toiminnan keskeisenä vaatimuksena tulisi olla turvallisuuden hallinta (Reiman & Oedewald 2009, 43). Turvallisuuskriittisten organisaatioiden toimintaan sisältyy, tai ne toiminnassaan käsittelevät, sellaisia vaaroja tai uhkia, jotka voivat huonosti hallittuina aiheuttaa vahinkoa ihmisille tai ympäristölle (Kinnunen 2010, 3-5; Reiman & Oedewald 2008, 17). Organisaatio toteuttaa aina jotain perustehtävää, joka asettaa sen toiminnalle rajoituksia ja vaatimuksia. Se on monimutkainen sosiaalinen kokonaisuus, jonka rakenteet, resurssit ja prosessit vaikuttavat turvallisuuden edellytyksiin. Organisaatiossa ryhmien toiminta ja turvallisuutta koskevat normit ovat turvallisuuden kannalta merkittäviä tekijöitä. Jokaisen työntekijän turvallisuutta edistävä työpanos koostuu siitä, miten hän ymmärtää työnsä sisällön ja kokonaistoimintaan liittyvät vaarat sekä kuinka halukas hän on panostamaan turvallisten toimintatapojen toteuttamiseen. Organisaatioissa johdon ja jokaisen työntekijän tulisi ymmärtää, miten rakenteelliset, sosiaaliset ja yksilökohtaiset tekijät liittyvät kokonaisturvallisuuteen ja miten näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa. (Reiman & Oedewald 2009, 43–45.)

Terveydenhuollon laatu tarkoittaa resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, korkeatasoisesti ja kohdentaen erityisesti eniten hoitoa ja preventiivisiä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin. Hoitoon liittyvillä laatuongelmilla on merkittäviä taloudellisia ja terveydellisiä vaikutuksia. Laatupoikkeamien seurauksia ovat esimerkiksi tarpeettomat kokeet, hoitovirheet, virheellinen lääkitys sekä menetetyt työpäivät. Virheiden ehkäisemisellä välttyttäisiin tarpeettomilta inhimillisiltä kärsimyksiltä ja ylimääräiseltä työltä, jolloin vapautuvat resurssit voitaisiin käyttää muihin hyödyllisiin tarkoituksiin, virheistä aiheutuvien haittojen korjaamisen sijaan. (Snellman 2009, 31–32.) Hannu Vuori (2013, 92–93) arvioi, että Suomessa laatutyön kehitystä ovat ohjanneet sekä ulkomailta että kotimaasta tulleet vaikutteet, mutta 1990-luvun alun syvä lama näyttää luoneen varsinaisesti tilanteen, joka vahvisti muita laatutyötä tukevia tekijöitä. Laman aiheuttamien säästötoimien vaikutusta vahvisti valtionosuusuudistus, joka siirsi terveyden-

huollossa rahoituksen ja päätäntävallan kuntiin. Tämä sai kunnat kiinnostumaan ostamiensa palveluiden laadusta, mikä lisäsi tuottajien välistä kilpailua. (Vuori 2013, 92–93.) Marina Kinnunen ja Pirjo Peltomaa (2009, 13–14) ovat samoilla linjoilla todetessaan, että terveydenhuollon laatutyötä on Suomessa tehty jo pitkään ja potilasturvallisuutta on aktiivisesti lähdetty edistämään 1990-luvun puolivälistä alkaen. Merkittävä edistysaskel oli ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuusstrategian julkaiseminen vuonna 2009. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13–14.)

Yhdysvalloissa Institute of Medicine (IOM) julkaisemassa raportissa ”To Err Is Human, Building a Safer Health System” (1999) arvioitiin tutkimuksiin perustuen että Yhdysvalloissa kuolee vuosittain hoitovirheiden seurauksena 44 000–98 000 ihmistä. Arviolta noin puolet näistä kuolemantapauksista olisi ollut estettävissä paremmalla laadunhallinnalla. (Kohn ym. 1999.) Useissa muissa maissa on julkaistu vastaavanlaisia tutkimustuloksia. Suomen tilanteen voimme olettaa olevan jokseenkin samansuuntainen, jolloin näiden arvioiden mukaisesti maassamme aiheutuisi vuosittain noin 750 - 1500 hoitovahinkoon liittyvää kuolemantapausta ja näistä aiheutuva kustannus olisi noin 440 miljoonaa euroa. (Snellman 2009, 29–31.) Tämän lisäksi hoitovirheet aiheuttavat potilaille ja heidän lähipiirilleen huomattavia ja vaikeasti mitattavissa olevia kärsimyksiä. Jopa noin puolet näistä virheistä olisi ehkäistävissä hyvällä suunnittelulla, hyvillä käytännöillä ja turvallisuutta edistävillä toimintaympäristöillä. (Kinnunen 2010, 3-5; Snellman 2009, 29–31.) Terveydenhuollossa tapahtuneet virheet vaikuttavat potilaaseen ja omaisiin, mutta myös tapahtumassa mukana olevaan työntekijään virheellä on vaikutusta. Virhe sattuu useimmiten työntekijälle, mutta virheen syntymiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten organisaation toimintatavat, prosessit ja resurssien allokointi. Virheistä voidaan oppia, mutta niitä on mahdotonta kokonaan välttää. Vakavia virheitä on mahdollista ennaltaehkäistä, jos johtajat ja työntekijät pitävät vähemmän vakavia virheitä varoitussignaaleina ja oppivat niistä. (Kinnunen 2010, 3-5.)

Hoidossa tapahtuvien virheiden osasyynä on lähes aina toimintayksikön toimintatapoihin liittyviä myötävaikuttavia tekijöitä, joita muuttamalla voitaisiin virheiden ja erehdysten mahdollisuutta vähentää. Potilasvakuutus korvaa vain potilasvahinkoon liittyvän taloudellisen puolen mutta vahinkoihin liittyy myös paljon muita asioita, joita potilaat haluavat ja ovat oikeutettuja tietämään. (Mustajoki ym. 2014a.) Vakavan potilasvahingon sattuessa

tapahtuma selvitetään perusteellisesti. Tarkoituksena on selvittää tarkasti tapahtumien kulku ja erityisesti etsiä vahingon aiheutumiseen myötävaikuttaneita tekijöitä. Virheiden taustalla on hyvin usein toiminnan ja toimintaprosessien heikkouksia, joiden selvittäminen ja toiminnan muuttaminen auttavat ennaltaehkäisemään uusien virheiden syntyä. (Mustajoki ym. 2014b.) Haittatapahtumien sähköisellä raportointijärjestelmällä (Haipro) kerätään tietoa haittatapahtumista ja toimintaa kehittäville johtamistoimilla pyritään edistämään turvallisuuskulttuuria. Kerättyjä tietoja voidaan hyödyntää koulutuksen ja ehkäisevien toimien suunnittelussa ja kohdentamisessa. (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011, 230.) Potilasturvallisuuden edistäminen on kaikkien ammattilaisten yhteinen asia ja hyvällä tiimityöllä sekä selkeällä kommunikaatiolla on mahdollista välttää monet vaaratilanteet (Kinnunen & Peltomaa 2009, 14).

Potilasturvallisuutta edistävän turvallisuuskulttuurin tulee näkyä organisaation kaikilla toiminnan tasoilla ja siihen sitoutuminen on yksilöiden, yhteisöjen sekä koko organisaation yhteinen asia (Potilasturvallisuuden työkalut – valiokunta). Vuonna 2011 voimaan astuneen terveydenhuoltolain (31.12.2010/1326) asettamat velvoitteet ovat keskeisiä potilasturvallisuuden edistämisen kannalta. Turvallisen hoidon antaminen kuuluu lain mukaan kaikille ammattihenkilöille ja edellyttää yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Tämä on suuri haaste organisaatioiden ylimmälle johdolle sekä keskijohdolle ja lähijohdajille. Arto Helovuonon työryhmineen (2012, 57–103) tarkastelee potilasturvallisuuden edistämistä systeemilähtöisesti ja pitää organisaation johdon roolia potilasturvallisuuden edistämisenä keskeisenä. Johdon tehtävänä on määritellä toiminnalle tavoitteet ja menetellytavat miten tavoitteet saavutetaan sekä ilmaista selkeästi kuinka tuloksia mitataan. Potilasturvallisuuden kehittäminen on osa johtamiseen liittyvää toimintajärjestelmän kehittämistä. Tämä edellyttää potilasturvallisuuden huomioimista päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa. (Helovuonon ym. 2012, 57–103.) Strategiassaan organisaatio ilmaisee toiminnan tavoitteet, keskeiset suuntaviivat ja toimintalinjat sekä resurssien kohdentamisen. Tavoitteiden asettamisessa on kyse valinnasta lukemattomien vaihtoehtojen joukosta ja asioiden panemisesta tärkeysjärjestykseen. (Kamensky 2010, 18–19.) Terveydenhuollon organisaatioiden strategioiden voidaan siksi katsoa ilmaisevan sen, kuinka keskeisenä organisaatiot pitävät omassa toiminnassaan potilasturvallisuuden edistämistä.

1.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tässä tutkimuksessa tarkastelen potilasturvallisuuden edistämistä organisaation strategisen johtamisen näkökulmasta. Potilasturvallisuustutkimusta on tehty runsaasti liittyen esimerkiksi potilasturvallisuuskulttuuriin, lääkitysturvallisuuteen, hoidon turvallisuuteen ja potilastiedon hallintaan. Tutkimuksissa on tarkasteltua potilasturvallisuutta pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta mutta viimeaikoina on tullut tutkimuksia lisääntyvästi myös potilaan näkökulmasta tarkasteltuna. Strategisen johtamisen näkökulmasta potilasturvallisuustutkimusta on vielä varsin vähän ja ne keskittyvät pääasiassa jonkin yksittäisen toimintayksikön toimintaa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuinka potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteet ilmenevät sairaanhoitopiirien strategioissa. Päämääränäni on kuvata millaisia potilasturvallisuutta edistäviä teemoja strategioissa esiintyy ja kuinka suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteen näkyvät sairaanhoitopiirien strategioissa. Tutkimuksen tarkoitusta voidaan kuvata neljällä eri piirteellä. Tarkoitus voi olla kartoittava, selvittävä, kuvaileva tai ennustava. Samalla tutkimuksella voi olla yhtäaikaisesti myös useammanlaisia tarkoituksia. Tutkimukseni tarkoitus on ensisijaisesti kuvaileva.

Tutkimustehtävänä on etsiä vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten potilasturvallisuuden edistämisen kansalliset tavoitteet ilmenevät sairaanhoitopiirien julkisissa strategioissa?
2. Mitä potilasturvallisuutta edistäviä teemoja yksittäiset strategiatekstit tuovat esille?

Ensimmäiseen tutkimustehtävään vastaan tarkastelemalla tutkimusaineistoa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Käytän tarkastelukehyksenä suomalaisen potilasturvallisuusstrategian asettamia tavoitteita potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tavoitteenani on kuvata kuinka potilasturvallisuuden edistämisen teemat näkyvät aineistossa. Toisen tutkimustehtävän kohdalla tarkastelunäkökulma on enemmän strategiateksteihin painottuva ja tarkasteluni painottuu siihen, kuinka potilasturvallisuuteen liittyvät tavoitteet ilmenevät yksittäisissä strategiateksteissä.

Tutkimukseni on teoreettiselta lähtökohdaltaan hallintotieteellinen, koska organisaatioiden johtaminen liittyy olennaisesti hallintotieteen tutkimusalaan. Terveysjohtamisella ja

-johtajuudella tarkoitetaan organisaatioiden hallinnollista todellisuutta. Jari Vuoren (2005a, 22–23) mukaan tarkastelun kohteena on esimerkiksi se, millaisia resursseja terveydenhuollon organisaatioissa tarvitaan toivottuihin tavoitteisiin pääsemiseen. Arvioinnin kohteena ovat myös johtajan ja työntekijän keskinäiset prosessit, toiminta sekä ilmapiiri ja kulttuuri. Vuori (2005b, 46–47) tarkentaa että, mikrotasolla johtajuus tarkoittaa niitä toimintoja, joiden kautta johtajat mahdollistavat, ohjaavat, tukevat ja arvioivat henkilöstön kykyä toimia asiakassuhteissa vaikuttavasti. Strategisen johdon tehtävä on yllä-
tasolla suunnata toiminnat organisaation tavoitteiden suuntaisesti. Tutkimuksessani tarkastellaan sairaanhoitopiirien strategisen johtamisen aluetta ja siten tutkimukseni asemoituu julkishallintotieteeseen ja siinä terveyshallintotieteen alueelle.

2 STRATEGIA JA STRATEGINEN JOHTAMINEN

2.1 Strategia

Strategia käsitteen määrittely on haasteellista ja käsitteelle on kirjallisuudessa annettu erilaisia merkityksiä (Parviainen ym. 2005, 40; Kamensky 2010, 13). Mika Kamenskyn (2010,13) käsityksen mukaan strategia on johtamisen ja kehittämisen alueella eniten väärin käytetty käsite. Henry Mintzbergin työryhmän (1998, 15) mukaan strategian merkitystä ei voida määrittellä lyhyen yksiselitteisesti, koska kyse on moniulotteisesta käsitteestä ja eri koulukunnilla on toisistaan poikkeavia näkemyksiä strategian merkitysisällöstä. Strategialle onkin syytä antaa monia toisiaan täydentäviä merkityksiä (Juuti & Luoma 2009, 25; Kamensky 2010, 13).

Pauli Juutin ja Mikko Luoman (2009, 25–28) mukaan strategia on organisaation pitkän tähtäyksen suunta, joka mahdollistaa menestyksen. Lisäksi se on resurssien hyödyntämisen tapa muuttuvassa toimintaympäristössä, ainutlaatuisuuden, kilpailuedun ja ylivoimaisuuden lähde sekä organisaation tapa täyttää markkinoiden ja sidosryhmien odotukset. Organisaatiot tarvitsevat strategioita menestyksensä mahdollistamiseen. Menestys ei kuitenkaan ole itsenäinen muuttuja, jota organisaatiot hallitsevat, vaan menestys on seuraus toimimisesta oikeiden muuttujien suhteen. (Juuti & Luoma 2009, 25–28.)

Petri Parviaisen työryhmän (2005, 40–43) mukaan organisaation strategia ilmentää tehtyjä valintoja siitä, ketkä ovat asiakkaita ja mikä on organisaation tehtävä. Se sisältää myös päätöksiä siitä millaista arvoa organisaatio haluaa asiakkaalleen tuottaa. Strateginen päätöksenteko sisältää eri vaihtoehtojen arviointia ja niistä aiheutuvien seurausten punnitsemista. Strategisen päätöksenteon vaikeus on siinä että valintojen seurauksia ei tiedetä täysin etukäteen ja jonkin valinnan tekeminen aiheuttaa usein toisesta vaihtoehdosta luopumista. Strategian tavoitteena on mahdollisuuksien ja uhkien tunnistaminen, toiminnan selkeä suuntaaminen sekä joustavuus vastata toiminnan ja toimintaympäristön muutoksiin. Pitkän aikavälin tavoitteet, toimintaympäristön ymmärtäminen, resurssianalyysi sekä tehokas toimeenpano ovat strategian keskeisiä alueita. Strategiaa tulee aktiivisesti muokata suurten organisaation toiminta aluetta muuttavien muutosten tapahtuessa. Strategia perustuu organisaation ainutlaatuisiin ja arvokkaisiin toimintoihin, sekä organisaa-

tion aseman määrittelyyn muihin alan toimijoihin nähden. Liike-elämässä strategian mukaisella toiminnalla pyritään saavuttamaan etua kilpailijoihin nähden joillakin markkinoilla. Strategian menestystä voidaan silloin arvioida liikevoiton, markkinaosuuden tai kasvun kaltaisilla mittareilla. (Parviainen ym. 2005, 40–43.)

Henry Mintzbergin työryhmä (1998, 15–17) näkee strategiassa mahdollisuuden mutta myös uhan organisaation toiminnan kannalta. Heidän käsityksensä mukaan strategian voidaan ajatella määrittävän organisaation kehityssuunnan, suuntaavan toimintoja, määrittävän organisaation perusolemuksen ja luovan toiminnallista yhtenäisyyttä. Strategiasta on hyötyä organisaation toiminnalle, mutta siitä voi olla myös haittaa. Selkeän strategisen suunnan määrittely voi hämärtää näkemästä organisaation potentiaalisia uhkia tai mahdollisuuksia. Organisaation merkitys voidaan strategiassa määrittää liikaa yksinkertaistaen, parhainkin strategia vain edustaa todellisuutta, mutta se voi myös antaa organisaation todellisuudesta vääristyneen kuvan. Strategian tehtävä on määrittää organisaation suuret linjat, jolloin henkilöstölle jää pienten yksityiskohtien suunnittelu ja toteuttaminen. (Mintzberg ym. 1998, 15–17.)

Risto Harisaloon (2009, 238–240) mukaan strategia on koko organisaation kattava dynaaminen suunnittelu- ja kehittämisprosessi, joka yhdistää organisaation eri osat mahdollisimman saumattomaksi kokonaisuudeksi. Strategia auttaa organisaatiota hallitsemaan monimutkaisuutta yhtenäistämällä ja suuntaamalla eri yksiköiden toimintaa ja voimavarojen käyttöä organisaation tarkoituksen kannalta keskeisimpiin toimintoihin. Päämääränä on erottaa vähemmän tärkeät toiminnot tärkeistä ja saada organisaation toimintaa yhtenäistettyä sovittujen päämäärien saavuttamiseksi. Strategia auttaa organisaatioita käsittelemään, hallitsemaan ja käyttämään muutoksia hyväkseen. Muutostrendit saavat merkityksiä kun niitä suhteutetaan organisaation valitsemaan strategiaan. (Harisalo 2009, 238–240.)

Harva yritys tulee toimeen nykyään vain yhdellä strategialla. Suurilla yrityksillä on, esimerkiksi johtamisfunktioihin liittyvinä, markkinointistrategia, tuotantostrategia, henkilöstöstrategia, tietohallintostrategia, hankintatoimen strategia ja yhteiskuntasuhteiden strategia. (Juuti & Luoma 2009, 24.) Yritystoiminnassa strategiat ovat olleet pisimpään

käytössä ja niitä luokitellaan kysyntä-, markkina- ja resurssipohjaisiin strategioihin. Resurssipohjainen strategia sopii hyvin asiantuntijaorganisaatioiden johtamiseen ja toiminnan kehittämiseen. (Parviainen ym. 2005, 43.) Robert Kaplanin ja David Nortonin (2002, 2-76) mukaan strategiat ovat kestävä ja ainutlaatuinen tapa luoda organisaatiolle lisäarvoa. Organisaation arvonluonti tapahtuu yhä useammin hallitsemalla aineellisen pääoman sijaan tietopohjaisia, aineetonta pääomaa koskevia strategioita. Nämä strategiat koskevat asiakassuhteita, innovatiivisia tuotteita sekä palveluita, laadukkaita ja reagointikykyisiä toimintaprosesseja, tietotekniikkaa ja tietokantoja sekä työntekijän kykyjä, taitoa ja motivaatiota. (Kaplan & Norton 2002, 2–76.)

Peter Druckerin (2000, 57–58) mukaan organisaatio toimii aina johonkin liiketoiminnalliseen teoriaan perustuen. Organisaatiolla on käsitys siitä mikä on sen liiketoiminta, mitkä ovat sen tavoitteet, miten tulokset määritellään, ketkä ovat sen asiakkaita ja mitä he arvostavat sekä mistä asiakkaat ovat valmiita maksamaan. Strategian avulla organisaatio muuntaa liiketoiminnallisen teorian suoritteiksi. Tavoitteena on mahdollistaa organisaation haluamien tulosten saavuttaminen ennakoimattomassa ympäristössä. Strategia mahdollistaa organisaation toimimisen tarkoituksellisen opportunistisesti. Strategian avulla organisaatio pystyy määrittämään mahdollisuutensa ja arvioimaan, mikä johdattaa organisaation kohti sen toivomia tuloksia, sekä mikä toiminta on ajanhukkaa ja resurssien tuhlaamista. (Drucker 2000, 57–58.)

2.1.1 Strategian luominen ja toteutus strategiaprosessissa

Strategiaprosessin toteuttamisessa optimaalisten työskentelyolosuhteiden mahdollistaminen tarkoittaa sitä, että strategiaprosessi voidaan toteuttaa tarkoituksenmukaisella projektilla ja aikasyklillä. Huomiota tulee erityisesti kiinnittää strategiaprosessin organisoitumiseen prosessina. Strategian ymmärrettävyyttä ja hyväksyttävyyttä lisää se, että sen tekemiseen on osallistunut mahdollisimman iso joukko. Strategian laadinta edellyttää luovuutta ja ideointia, sekä niitä mahdollistavia olosuhteita. (Virtanen & Stenvall 2010, 133–134.) Sari Rissasen ja Anneli Hujalan (2011, 102) mukaan strategian suunnittelu on perinteisesti ollut johdon tehtävä ja strategia on annettu henkilöstölle tiedoksi toteutusta varten. Nykyään strategian suunnittelussa pyritään huomioimaan käytännön lähtökohdat

ja strategia syntyy eri toimijoiden vuorovaikutuksen tuloksena. Tavoitteena on strategia-prosessiin osallistumisen avulla saada parannettua eri toimijoiden sitoutumista strategian toteutukseen. Henkilöstön osallistaminen strategian luontiin voi olla organisaation toiminnalle yhtä merkityksellistä kuin aikaansaatu strategiadokumentti. (Rissanen & Hujala 2011, 102.)

Charles Hillin ja Gareth Jonesin (2001, 5-7) mukaan organisaation strategiaprosessin tulee perustua organisaation missioon. Missiossa organisaatio ilmaisee selkeästi miksi se on olemassa ja mikä on sen tehtävä. Toisena perustana strategiaprosessille on organisaation yleinen tavoite toiminnalle pitkällä aikavälillä eli mikä on organisaation tulevaisuuden suunta. (Hill & Jones 2001, 5–7.) Petri Parviaisen työryhmä (2005, 41–42) pitää organisaation missiota, visiota ja arvoja strategiatyöskentelyn keskeisinä taustatekijöinä. Heidän määrittelynsä mukaan missio kuvaa organisaation olemassaolon perimmäistä tarkoitusta ja sitä on vain harvoin tarpeen tarkentaa tai tulkita uudella tavalla. Visio kuvaa käsitystä organisaation tulevasta tilasta. Arvot ovat organisaation toimintaa ohjaavia periaatteita ja ne ovat keskeisiä mission toteutumisen kannalta. Tavoitteet ovat sanallisia ja numeerisia kuvauksia organisaation päämääristä ja ne auttavat toiminnan suuntaamisessa oleellisiin asioihin. (Parviainen ym. 2005, 41–42; Kaplan & Norton 2002, 80–81.)

Varsinaisesti strategiaprosessi alkaa toimintaympäristön analyysillä. Tällöin tarkastelu kohdistuu sekä organisaation sisäisiin että ulkoisiin tekijöihin ja oleellista tässä vaiheessa on tarkastelun aikajänteen hahmottaminen. (Hill & Jones 2001, 7-8; Virtanen & Stenvall 2010, 127.) Mika Kamenskyn (2010, 131) mukaan toimintaympäristön analyysi voidaan jakaa kansantalouden eli makrotalouden analyysiin ja yritystason analyysiin. Toimintaympäristöanalyysissä käydään läpi organisaation toimintaan vaikuttavat keskeiset muutostekijät. Tavoitteena on tehdä näkyväksi se miten mainitut muutostekijät heijastuvat organisaation toimintaan ja miten organisaation olisi uudistuttava pystyäkseen tulevaisuudessa hoitamaan tehtäviään menestyksellisesti. (Virtanen & Stenvall 2010, 127.) Toimintaympäristön analyysin tavoitteena on, että organisaatio pystyy valitsemaan ympäristönsä, sopeutumaan siihen sekä muokkaamaan ja vaikuttamaan siihen. Tämä edellyttää ympäristön ja sen muutosten tuntemista ja ymmärtämistä. (Kamensky 2010, 131.)

Toisena vaiheena, toimintaympäristön analyysin jälkeen, strategiaprosessissa on erilaisen strategisten vaihtoehtojen selvittäminen. Tässä vaiheessa arvioidaan realistisesti organisaation strategista liikkumavaraa. Strategisten vaihtoehtojen selvittämistä seuraa varsinaisten strategisten valintojen tekeminen. Strategisia valintoja tehtäessä joudutaan päättämään mistä vaihtoehdoista luovutaan eli mitä organisaatio ei tee ja mihin se ei lähde mukaan. Strategisilla valinnoillaan organisaatio viestii tavoitteistaan. Sisäinen strategian viestintä selkiyttää kaikille työntekijöille mitä organisaatio toiminnallaan tavoittelee. Ulkoisessa viestinnässä strategia ilmaisee palveluja käyttäville asiakkaille ja organisaation sidosryhmäkumppaneille mitkä ovat organisaation toiminnan tavoitteet. (Virtanen & Stenvall 2010, 127–128.) Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen (2011, 50–51) tuovat esille, että strategian luontiin liittyvät läheisesti valta ja vallan käyttö. Vallan merkitys korostuu silloin, kun valintatilanteisiin liittyy toisistaan poikkeavia intressejä. Organisaation julkilausutun strategian rinnalla voi olla olemassa myös piilostrategia, joka heijastaa eri sidosryhmien vallankäyttöä ja heikentää julkilausutun strategian toteutumismahdollisuuksia. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 50–51.)

Strategisten valintojen tekoa seuraa pohdinta siitä, miten organisaatio saavuttaa strategiasaan asettamansa tavoitteet. Merkittävä tähän liittyvä kysymys on, miten organisaation rakennetta tulee muuttaa tavoitteiden saavuttamiseksi, koska organisaation rakenteen tulee edistää strategian toteuttamista. Organisaatorakenteen muuttaminen on iso haaste ja edellyttää johdolta muutosjohtamisen taitoja. Organisaation strategisten valintojen tulee olla aitoja ja organisaatiolla tulee olla keinot päästä asetettuihin tavoitteisiin. Tavoitteiden tulee olla kunnianhimoisia ja tavoittelemisen arvoisia mutta realistisia. Itsestään selvät tavoitteet eivät ole innostavia ja epärealistiset tavoitteet ovat mahdottomia saavuttaa tai niiden saavuttamiseen ei voi välttämättä vaikuttaa organisaation omalla toiminnalla. (Virtanen & Stenvall 2010, 128–133.) Strategia tulee kuvata, ennen kuin sitä voidaan toteuttaa. Strategian kuvaamiseen ei ole olemassa yleisesti hyväksytyjä malleja, vaan strategian malleja on yhtä monta kuin on strategian asiantuntijoita, kuvaamistavat vaihtelevat strategiateoreetikon ja käytetyn menetelmän mukaan. (Kaplan & Norton 2002, 73–74). Strategian kuvaamisen vaiheessa organisaatiossa pitää pystyä käsitteellisesti miettimään, missä määrin organisaatio pystyy omalla toiminnallaan aidosti edistämään kyseistä strategista päämääräänsä tekemällä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Käytännössä

tämä ilmenee siinä, miten organisaatiossa kyetään laatimaan validit ja tarkoituksenmukaiset tulosmittarit yksilöidyille strategisille päämäärille ja varsinaisille konkreettisille tavoitteille ja miten mittarit mittaavat organisaation aikaansaannoksia. (Virtanen & Stenvall 2010, 129–130.)

Strategiaprosessin kriittisin kohta on strategian toteutus. Mikäli organisaation strategiaa ei kyetä jalkauttamaan ohjaamaan käytännön toimintaa, eikä tavoitteisiin sitouduta, voidaan koko strategiatyön merkitys kyseenalaistaa. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 48.) David Hungerin ja Thomas Wheelen (2011, 136) mukaan strategian laatijoiden tulee ennen strategia toteutusta pohtia kolmea kysymystä; Keiden tehtävä strategian toteutus on? Mitä pitää tehdä, jotta strategia saadaan toteutettua? Kuinka pystytään tekemään tarvittavat toimenpiteet? (Hunger & Wheelen 2011, 136.) Mika Kamenskyn (2000, 167) mielestä strategian toteutus on organisaatiolle suuri haaste. Strategian toteutumisen esteet tulevat sekä organisaation sisältä että sen ympäristöstä. Strategioiden suunnitteluvaiheessa tulisi miettiä niitä keinoja, joiden avulla voidaan edistää strategioiden toteutumista. (Kamensky 2000, 167.) Vuorovaikutuksellisuus on tärkeä tekijä strategisessa ajattelussa ja varsinaisen strategiaprosessin toteuttamisessa. Strategia tulee viestiä ja sen toteutus vaatii vuorovaikutteisen toimintatavan, jotta organisaation sisällä syntyisi tavoitteiden suuntaista toimintaa. Strategisten päämäärien ja tavoitteiden tulee olla sanallistettavissa. Strategian tulee olla selkeä, ymmärrettävä ja konkreettinen ollakseen vuorovaikutuksellinen. Strategiaprosessin toteutus on pääasiallisesti organisaation ylimmän johdon tehtävä, mutta mitä osallistavampi prosessi on, sitä suuremmalla todennäköisyydellä keskeiset tahot myös sitoutuvat strategian toteutukseen. Henkilöstön näkökulma strategiaprosessiin on hyvin merkityksellinen. (Virtanen & Stenvall 2010, 130–131.)

Strategian toteuttamisen edellytyksenä on, että kaikki liiketoimintayksiköt, tukitoiminnot ja työntekijät toimivat strategian mukaisesti ja ovat osa sitä. Strategiaa on koko ajan muotoiltava sekä toteutettava aktiivisesti muuttuvan lainsäädännön, tekniikan ja kilpailutilanteen mukaisesti. Organisaatiot muodostuvat liiketoiminta- ja tulosityksiköistä, joilla on oma strategiansa. Organisaation eri yksiköiden strategiat on integroitava yhteen, jotta organisaation toimintakyky olisi suurempi kuin osiensa summa. (Kaplan & Norton 2002, 3–14.) Strategiaprosessin tulisi olla mahdollisimman tehokas ja suunnitelmallinen. Poh-

dittaessa sitä, miten johto hahmottaa organisaation kyvyn edistää organisaation itse itselleen asettamia strategisia päämääriä, on tärkeätä tehdä ero strategisen päämäärän ja varsinaisen strategisen tavoitteen välille. Strateginen päämäärä on strategista tavoitetta yleisempi tavoite ja organisaatio voi toiminnallaan vaikuttaa päämäärän toteutumiseen vain omalta osaltaan. Strategian toteutumista tulee seurata, sillä ilman seuranta ja raportointia strategian toteutumista ei voida arvioida. Strategian toteuttamisen vaiheessa palautteen antaminen tavoitteiden toteutumisesta on olennaista ja se vaatii luottamuksellista ilmapiiriä (Virtanen & Stenvall 2010, 129–134).

2.1.2 Strategian merkitys organisaation toiminnan suuntaajana

Petri Virtanen ja Jari Stenvall (2010, 134–135) painottavat strategisen johtamisen laaja-alaisuutta. Heidän mukaansa kokonaisuusien hallinta liittyy vahvasti strategiseen johtamiseen ja johdon tulee kyetä ymmärtämään strategia kokonaisuudessaan. Organisaation strategian on oltava riittävän kokonaisvaltainen ollakseen uskottava ja sen tulee koskea organisaation kaikkia toiminnallisia kokonaisuuksia. Kokonaisuusien hallinnassa on tärkeää, että yksilöivät strategiset päämäärät konkretisoidaan riittävän yksityiskohtaisiksi tavoitteiksi, joita voidaan mitata. Strategiset tavoitteet pitää voida hahmottaa konkreettisten toimenpiteiden kautta. (Virtanen & Stenvall 2010, 134–135.)

Organisaation strategia on vahvasti tulevaisuutta suuntaava. Risto Harisalon (2009, 238–240) näkemyksen mukaan strategia antaa johtajille tiedon siitä mihin asioihin yksikössä tulee pyrkiä, mikä on kehityssuunta, mitä on painotettava ja mitä pitää välttää. Samalla se antaa myös mahdollisuuden seurata strategian mukaisen toiminnan toteutumista ja mahdollistaa johtamisen, ohjauksen ja valvonnan kehittämisen. Strategia antaa johtajille suunnan ohjata, vaatia ja valvoa yksiköiden ja niiden henkilökunnan työtä. Strategia auttaa tunnistamaan organisaation tahtotilan kannalta tärkeitä syy- ja seuraussuhteita, olennaisia riippuvuuksia ja merkityksiä. Organisaatioiden ylimmällä johdolla on vastuu strategisesta johtamisesta, strategioiden muotoilusta, hylkäämisestä ja uudelleen muotoilusta. Ylimmän johdon tehtävä on varmistaa, että organisaatio noudattaa valittuja strategisia linjauksia. Strategia muodostaa organisaation yleisen viitekehyksen, jonka avulla yksittäiset tekijät voidaan suhteuttaa laajempaan kokonaisuuteen. (Harisalo 2009, 238–240.) Strategia täytyy toteutuakseen siirtää organisaation johtoryhmästä jokaisen työntekijän

arkeen ja siihen tarvitaan jokaisen työntekijän työpanosta. Kyse ei ole, ylhäältä alaspäin tapahtuvasta johtamisesta, vaan strategian viestimisestä. (Kaplan & Norton 2002, 14–15.)

Strategia voi perusolemukseltaan olla joko laajentuva tai supistuva. Laajentaminen voi olla toiminnan volyymin kasvattamista euromääräisesti tai henkilömäärällä mitaten. Laajentuvaa strategista orientaatiota voidaan myös kutsua ekspansiiviseksi strategiaksi. Niukkojakin palveluja voidaan tuottaa laadukkaasti ja henkilöstöön panostaen. Volyymitään laaja-alaisin palveluita voidaan tuottaa laadukkaasti tai huonolaatuisesti sen mukaan millainen huomio kohdistetaan palveluja tuottavaan henkilöstöön. (Virtanen & Stenvall 2010, 133–134.) Risto Harisalon (2009, 238–240) näkemyksen mukaan strategisella johtamisella voidaan toimia johdonmukaisesti niukkojen voimavarojen vallitessa. Organisaation on menestyäkseen käytettävä niukat voimavarat huolellisesti harkittuihin tarkoituksiin. Strateginen johtaminen edellyttää niukkojen henkisten ja aineellisten voimavarojen käytön jatkuvaa harkintaa. Strategia auttaa valitsemaan sen toiminnallisen painopisteen, joka edistää parhaiten organisaation toimintaa. (Harisalo 2009, 238–240.)

2.2 Strateginen johtaminen

Strateginen johtaminen muodostaa perustan organisaation kehittämiseksi. Organisaation strategian perusteella johdetaan resurssien käyttöä, prosesseja, laatua, osaamista, työyhteisöjä, innovatiivisuutta, verkostoja, muutoksia, viestintää ja suorituksia. Strateginen johtaminen pitää sisällään strategisen ajattelun ja strategian laatimisen. (Virtanen & Stenvall 2010, 122.) Michael Hitt kumppaneineen (2005, 376) kuvaa strategisen johtamisen kyvyksi ennakoida ja nähdä vaihtoehtoja sekä ylläpitää joustavuutta. Strategiseen johtamiseen liittyy lisäksi taito valtuuttaa myös toisia toimijoita aikaansaamaan tarvittavia strategisia muutoksia. (Hitt ym. 2005, 376.) Pentti Sydänmaanlakka (2001, 214–215) kuvaa strategisen johtamisen jatkuvana prosessina. Strategian suunnittelu, toteuttaminen, testaaminen ja kehittäminen ovat hänen mukaansa organisaatiossa jatkuvaa toimintaa. Strategisilla valinnoilla johdatetaan organisaatiota nykyhetkestä tulevaisuuden visioon. Organisaation strategisia virheitä ei voida korvata operatiivisella tehokkuudella. (Sydänmaanlakka 2001, 214–215.)

Käsitteellisesti on tärkeää tehdä ero strategiaproessin johtamisen ja strategisen ajattelun välille. Strategiaproessin toteuttaminen tarkoittaa organisaation strategian laatimista. Strategia laaditaan määräajaksi ja sitä ylläpidetään sekä täsmennetään aina tarvittaessa. Strategian laadinta on luonteeltaan kertaluontoista ja toistuvaa mutta strategista ajattelua edellytetään johtamistyötä tekeviltä koko ajan. Strateginen ajattelu on olemukseltaan kokonaisvaltainen ja johtamistyö edellyttää strategista otetta oikeastaan kaikissa asioissa, riippumatta johtamisen tasosta. (Virtanen & Stenvall 2010, 125–126.) Yksi keskeisimmistä organisaation strategisen ajattelun tavoitteista on toimintojen ja strategian yhteensovittaminen ainutlaatuisen aseman saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi. (Parviainen ym. 2005, 41–42.)

Risto Harisaloon (2009, 237–238) mielestä strateginen johtamismalli on vahvasti tulevaisuuteen suuntaava ja se pyrkii varmistamaan organisaation menestymisen lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä. Strateginen johtaminen mahdollistaa organisaation erottumisen kilpailijoistaan ja verrokeistaan. Organisaation tulevaisuus nähdään avoimena erilaisille mahdollisuuksille mutta myös uhkille, jotka tulisi tunnistaa ajoissa. Organisaatiota analysoidaan toimintaympäristön tulevan kehityksen näkökulmasta ja strategisella johtamisella pyritään ennakoimaan tulevat muutokset organisaation toimintaympäristössä sekä reagoimaan niihin ennakkoon parhaalla mahdollisella tavalla. Johtamisen perustana on tiedostaa organisaation olemassaolon perusteet, arvot ja päämäärät sekä arvioida niiden edistämisen vaihtoehtoja. Organisaatioon kuuluvat esimerkiksi organisaation ansaintalogiikka, olemassaolon tarkoitus, työnjako, teknologia ja henkiset voimavarat. Strateginen johtaminen pyrkii vaikuttamaan organisaation toimintaan kokonaisuutena eikä yksittäisten osatekijöiden näkökulmasta. Strategisessa johtamisen teoriassa on kysymys ennen kaikkea ajattelutavoista ja ajatteluun vaikuttamisesta. Strategioteoria hyödyntää järjestelmäteoreettista ajattelua ja vahvistaa organisaatioteorioita korostamalla voimakkaasti tulevaisuutta ja organisaatiota kokonaisuutena. Strategioteorioita voidaan pitää päätös- ja järjestelmäteorioiden kehittyneinä jatkumoina. (Harisalo 2009, 237–238.)

Sirkka Sinkkosen ja Helena Taskisen (2005, 84–88) mielestä strateginen johtaminen on osa muutosten hallintaa ja se edistää organisaation kykyä reagoida ennen kaikkea ulkoisen toimintaympäristön mutta myös organisaation sisäisiin muutoksiin. Keskeisiä muu-

tostarpeita luovat palvelutarpeen kysynnän määrälliset ja laadulliset muutokset sekä käytävissä olevien aineellisten ja inhimillisten voimavarojen muutokset. (Sinkkonen & Taskinen 2005, 84–88.) Strateginen johtaminen edellyttää käsitteellistä ajattelukykyä, vuorovaikutusta, tavoitteellisuutta, kokonaisuuksien hallintaa, periaatteellisuutta sekä uudistamista ja muutoksen aikaansaamista. (Virtanen & Stenvall 2010, 125.)

2.2.1 Strategisen johtamisen suuntauksia

Strategiateorioiden juuret ovat kaukana historiassa, mutta erityisen suosituiksi ne ovat tulleet 1970-luvulta alkaen. Strategiateoriat ovat kehittäneet ajattelutapojaan sekä menetelmiään, nykyään ne muodostavat laaja-alaisen sekä monipuolisen kokonaisuuden. (Harrisalo 2009, 238–240.) Strategisesta johtamisesta on kirjoitettu runsaasti ja sen kehityksen historiallinen kuvaaminen on haasteellista. Ilmiönä se on elänyt vuorovaikutussuhteessa ympäröivän yhteiskunnan kanssa ja yhteiskunta sekä talouselämä ovat antaneet sille uusia näkökulmia ja strateginen johtaminen on myös muokannut organisaatioita ja niiden ympäristöä. Strateginen johtaminen on kehittynyt käytännön yrityselämän seurauksena, useita eri tieteenaloja edustavien alan tutkijoiden ja konsulttien toimesta. Se on moniulotteinen ja alati kehittyvä ilmiö. (Juuti & Luoma 2009, 14–21.)

Henry Mintzberg kumppaneineen (1998, 5-366) jaottelee strategisen johtamisen suuntauksia kymmeneen eri koulukuntaan, jotka tarkastelevat strategiaprosessia eri näkökulmista. Nämä suuntauksia he ryhmittelevät strategian tekemisen lähtökohtien perusteella suunnittelulähtöisiin, visionääriisiin ja oppimislähtöisiin koulukuntiin. Strategiakoulukuntien eroja voidaan arvioida sen perusteella kuinka kontrolloitu strategiaprosessin pitäisi niiden mukaan olla, kuka tai mikä on toimijana strategiaprosessissa ja kuinka yleinen tai yksityiskohtainen strategian pitäisi olla. Eroja on myös siinä kuinka pysyvänä tai uudistuvana strategia nähdään. Lähtökohtaisesti strategian perusoletus on pysyvyyden aikaansaaminen, eikä niinkään muutoksen. (Mintzberg ym. 1998, 5–366.)

Mika Kamensky (2010, 25–27) jaottelee strategisen johtamisen kehityksen viiteen, ajallisesti peräkkäiseen vaiheeseen. Kehitysvaiheet eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan kyse on jatkuvasta kehityksestä strategiatyöskentelyn jatkumolla. Ensimmäisenä kehi-

tysvaiheena hän pitää siirtymistä pitkän tähtäimen suunnitteluun, jossa hallitsevana johtamisjärjestelmänä oli budjetointi. Suomalaisessa yritysmaailmassa tähän siirryttiin 1960- ja 1970-luvulla. Toisena kehitysvaiheena oli strateginen suunnittelu, jossa painopiste siirtyi talouspainotteisesta suunnittelusta enemmän toiminnan sisällön suunnitteluun. Suunnittelu tehtiin yleisesti yhtiötasolla, hyvin pienen ydinjoukon toimesta. Ongelmaksi nousikin suunnitelmien ja käytännön välillä oleva ristiriita. Kolmas vaihe oli strategisen johtamisen vaihe, jolloin toiminnan painopiste siirtyi johtamiseen ja toiminnan kohdentaminen yhtiötasolta liiketoimintatasolle. Neljäntenä vaiheena oli strategisen ajattelun vaihe, joka painotti strategisen osaamisen tärkeyttä. Keskeistä oli kyseenalaistaa olemassa olevat käytännöt sekä itsestäänselvyudet ja kehittää uudenlaisia toimintatapoja. Viidettä eli strategisen vuorovaikutusjohtamisen vaihetta Kamensky kuvaa johtamisfilosofiaksi ja ajattelutavaksi, jonka mukaan kyky nähdä, ymmärtää, kehittää ja hallita yhä monimutkaistuvia vuorovaikutussuhteita on tulevaisuudessa yhä keskeisempi menestystekijä yrityksen strategisessa johtamisessa. Tämä strategisen johtamisen malli on erityisesti syntynyt vastaamaan organisaation ulkoisen ja sisäisen maailman vuorovaikutussuhteiden johtamishaasteisiin ja soveltuu käytettäväksi monialaisissa johtamis-ympäristöissä osaavan organisaation johtamisessa. Kamenskyn mukaan osa edistyksellisimmistä yrityksistä on siirtynyt strategisen vuorovaikutusjohtamisen vaiheeseen 2010-luvulla. (Kamensky 2010, 25–27.)

Strategiaprosessilla ja strategian toteuttamisella on monimuotoisessa organisaatiossa merkittävä asema. Modernissa strategisessa johtamisessa organisaatio nähdään yksilö- ja ihmislähtöisesti. Systeemiajattelun sijaan strategisen ajattelun keskiöön nousevat prosessit, yksilöt ja organisaation toiminta. (Tirronen 2014.) Kaikissa strategiaprosesseissa on yhteen liittyneenä eri strategiakoulukuntien menettelytapoja. Suuri virhe strategisessa johtamisessa voidaan tehdä silloin, kun jokin yksittäinen näkökulma nostetaan toisten yläpuolelle. Tärkeintä on nähdä eri koulukuntien tarjoamat vaihtoehdot ja mahdollisuudet kokonaisuutena, joka antaa parhaan perustan johtamistyölle. (Mintzberg ym. 1998, 367–369.)

2.2.2 Strateginen johtaminen julkisella sektorilla

Terveydenhuoltopalveluista valtaosan tuotetaan julkisten organisaatioiden, valtion, kuntien ja sairaanhoitopiirien toimesta. Julkinen organisaatio joutuu toiminnassaan ja sen suunnittelussa ottamaan huomioon eri sidosryhmien asettamat vaatimukset, jotka ovat ajoittain ristiriidassa keskenään. (Parviainen ym. 2005, 66.) Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjataan ja kehitetään monien toimijoiden yhteistyönä. Kuntien kautta toteutuva sosiaali- ja terveydenhuollon valtionohjaus on osa julkista politiikkaa ja pyrkimyksenä on ohjata hallintoa toimimaan valitun politiikan tai ohjelman tavoitteiden mukaisesti. Kuntiin kohdistuva valtionohjaus jaetaan tyypillisesti normiohjaukseen, resurssiohjaukseen ja informaatio-ohjaukseen. Informaatio-ohjauksessa on ohjelmaohjauksen käyttö ohjausmuotona lisääntynyt ja keskeisinä ohjausvälineinä ovat olleet hallitusohjelmat, poikkihallinnolliset politiikkaohjelmat, sosiaali- ja terveydenhuollon strategiat sekä kehittämisohjelmat. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 53–54.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita pidetään yleisesti asiantuntijaorganisaatioina. Näissä organisaatioissa erikoisasiantuntemukseen, korkeaan koulutukseen, arvostukseen ja ammatin harjoittamisen rajoittamiseen perustuvilla professionilla on merkittävästi valtaa. Johtamisen ongelmaksi on tunnistettu professionien haluttomuus tulla johdetuksi ja tarkastella toimintatapojaan esimerkiksi toiminnan organisoinnin näkökulmasta. (Lammintakanen & Rissanen 2011, 52.) Laajat, monimutkaiset ja erilaisista asiantuntijoista koostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatiot ovat johtamisen kannalta haastavia ja vaikeita ympäristöjä (Sinkkonen ym. 2011, 126–127).

Jarkko Tirronen (2014) on katsauksessaan tarkastellut strategisen johtamisen merkityksiä ja toteutusta Suomen yliopistoissa. Johtamisen haasteena hän näkee sen, onko asiantuntijayhteisöä ylipäätään mahdollista ohjata ja miten se tulisi toteuttaa. Keskeistä on, että johtamis- ja päätöksentekokulttuuri on yhteisön näkökulmasta riittävän legitiimi. Strateginen johtaminen ja päätöksentekoprosessit asiantuntijayhteisöissä edellyttävät eri näkökulmien yhteensovittamista, sekä kokonaisvaltaista näkökulmaa organisaation toimintaan. Johtamisen on organisaation eri osien jaettua hallintaa, sitoutumista ja toimintojen välistä horisontaalista koordinaointia. (Tirronen 2014.) Terveydenhuollon organisaatioissa voidaan olettaa olevan samansuuntaisia strategiseen johtamiseen liittyviä haasteita.

Julkishallinnon organisaatiot pyrkivät aina yhteisen hyvän tuottamiseen riippumatta siitä, millaisesta julkisesta hallinnosta tai palveluista puhutaan. Julkisen toiminnan strategiatyön lähtökohdaksi ovat juridiset normit ja organisaatio ei esimerkiksi voi asettaa strategiseksi päämääriseksi tavoitteita, jotka eivät kuulu sen toimialaan. (Lindroos & Lohivesi 2006, 143; Virtanen & Stenvall 2010, 136; Parviainen ym. 2005, 41–42.) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden strategioiden tulisi perustua valtakunnallisen ja alueellisen politiikan tavoitteille (Lammintakanen & Rissanen 2011, 43). Strategisen johtamisen avulla pyritään hyvään asiakaspalveluun ja tuottamaan julkisia palveluja tehokkaasti. Strategisen johtamisen keinoilla varmistetaan, että julkishallinnon organisaatiot miettivät tapoja oman toimialansa palvelujen järjestämiseen parhaalla mahdollisella tavalla ja pitäen mielessä kansalaisten palveluperiaatteen. (Virtanen & Stenvall 2010, 136.) Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen (2011, 46) toteavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon strategiset valinnat eivät aina ole perustuneet asiakkaiden tarpeisiin, vaan niitä ovat ohjanneet palvelujen tuottajien tai ammattilaisten intressit.

Vertailtaessa julkisen terveydenhuollon palveluntarjoajia keskenään, organisaation kilpailuetu voi selkeimmin realisoitua tehokkaampana toimintana, osaavampana ja vähemmän vaihtuvana henkilökuntana. Resurssipohjainen strategia-ajattelu korostaa kilpailukykyyn aikaansaajana erityisesti organisaation uniikkeja resursseja ja osaamista. Terveydenhuollon organisaation tulee ymmärtää millaisella osaamisella se voi erottua muista toimijoista ja mistä resursseista sen osaaminen syntyy. Organisaation resurssit jaetaan yleensä aineellisiin resursseihin, aineettomiin eli immateriaalituotteisiin ja henkilöstöresursseihin. Resurssit ovat myytäväksi kelpaavia palveluita, tavaroiden ja palveluiden yhdistelmiä, palvelujärjestelmiä sekä niiden suunnitteluun, rakentamiseen ja johtamiseen liittyvää osaamista. Tärkeimpiä aineettomien resurssien muotoja ovat mainepääoma, osaaminen ja teknologia. (Parviainen ym. 2005, 44–47.) Strateginen johtaminen antaa suunnan julkiselle organisaatiolle. Mitä korkeammalla julkisessa organisaatiossa johtaja toimii, sitä paremmat valmiudet hänellä tulee olla strategiseen johtamiseen. Julkishallinnon johtamistyössä tulee pystyä ajattelemaan strategisesti ja tämän lisäksi tulee osata toteuttaa ja johtaa varsinainen strategian laadinta. (Virtanen & Stenvall 2010, 122–125.)

Resurssipohjainen strategia sopii hyvin asiantuntijaorganisaatioihin, joiden toiminta perustuu henkilöstöresurssien erityisosaamiselle ja joiden toimintaa säätelee lainsäädäntö

tai julkinen palvelutehtävä. Kestävän kilpailuedun saavuttamiseksi on resurssien ja kyvykkyyksien oltava arvokkaita, harvinaisia, jäljittelemättömiä ja kestäviä. Resurssien ja kyvykkyyksien tarjoama kilpailuetu ei saa vaarantua esimerkiksi henkilövaihdosten takia. Jäljittelemättömyyttä edesauttaa usein kilpailuedun aineeton ja systeeminen luonne. Ulkoisen ympäristön tuomiin muutoksiin pystyvät parhaiten vastaamaan organisaatiot, jotka perustavat strategiansa sisäisen osaamisen kehittämiseen ja hyödyntämiseen. Strategiatyöskentelyssä tulisi resursseilla ja kyvyillä olla keskeinen rooli, sillä strategia sisältää organisaation resurssien ja osaamisen kohdentamisen yrityksen ulkoisesta ympäristöstä nouseviin mahdollisuuksiin. (Parviainen ym. 2005, 44–47.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat eivät pyri ensisijaisesti kilpailemaan muiden alan toimijoiden kanssa, vaan niiden tehtävänä on tuottaa terveyttä ja hyvinvointia (Lammin-takanen & Rissanen 2011, 45; Parviainen ym. 2005, 42). Strategian toimivuutta ei siksi voida mitata kilpailuun perustuvilla mittareilla. Parviaisen ja kollegojen (2005) mukaan julkisen terveydenhuollon strategisia valintoja voidaan pitää oikeina, jos organisaation missio toteutuu paremmin kuin aikaisemmin. Mission toteutumisen mittaaminen on kuitenkin hankalaa ja julkisen terveydenhuollon asema määräytyykin sen nauttiman yhteiskunnallisen luottamuksen perusteella. Missio julkisella palvelutuotannolla on toteuttaa poliittisesti määritellyllä tavalla tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta. Yksittäisen sairaalan missiona on tarjota apua terveysongelmiin. Julkisen terveydenhuollon tiedostettu missio on ihmisten auttaminen ja olemassaolon tarkoitus on ollut vahva. (Parviainen ym. 2005, 41–43.) Peter Drucker (2002, 24–25) kuvaa kiteytetysti että sairaala on nimenomaan olemassa potilaita varten, ei lääkäreitä tai hoitajia varten. Hänen mielestään potilaiden ainoana toiveena on päästä sairaalasta parantuneena, tarvitsematta koskaan palata takaisin sairaalaan. (Drucker 2002, 24–25.) Jan-Erik Lindroos ja Kari Lohivesi (2006, 145) tuovat esille että nykyään monet julkisen hallinnon organisaatiot ovat kilpailuasemassa yksityisten palveluntuottajien kanssa. Kilpailuasetelma korostaa vision merkitystä organisaation toiminnan kehittämisessä. Hyvällä visiolla voidaan ilmaista selkeästi mihin pyritään, mihin panostetaan ja missä aiotaan olla todella hyviä. Strategiaan tulee sisältyä myös keinoja, joilla vision mukaiset tavoitteet voidaan saavuttaa. Julkisen organisaation tavoitteet voivat olla sekä määrällisiä että laadullisia. Määrällisten suoritettavien rinnalle tarvitaan aina laadullisia tavoitteita, jotka kuvaavat mikä on tuotettujen palvelujen laatutaso

ja mihin tasoon tulee toiminnassa pyrkiä. (Lindroos & Lohivesi 2006, 145.) Terveystuollossa nämä laadulliset tavoitteet konkretisoituvat esimerkiksi strategiaan sisältyvinä hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvinä tavoitteina.

Julkisessa hallinnossa käytetään samoja strategiakäsitteitä kuin yksityisellä sektorilla, erona on kuitenkin varsinaisen kilpailuasetelman ja kilpailustrategian puuttuminen. Yli-voimaisuutta ei Pauli Juutin ja Mikko Luoman (2009, 24) mukaan haeta toisiin toimijoihin nähden, vaan organisaatio pyrkii luomaan ehyttä ja erilaisia sidosryhmiä tyydyttävää liiketoiminnallista kokonaisuutta. Liiketoiminnan kenttänä voi olla esimerkiksi kuntaorganisaation hallintokunnat, sairaanhoitopiirin sairaalat, ministeriön toimialat tai poliisihallinnon yksiköt. (Juuti & Luoma 2009, 24.) Julkisessa hallinnossa strategiseen ajatteluun liittyy olennaisesti strategian saavuttamisen haasteellisuus ja tässä asiassa julkisen hallinnon organisaatiot eivät mitenkään eroa yksityisistä yrityksistä. Tavoitteellisuus konkretisoituu julkishallinnon strategia-ajattelussa nimenomaan strategian kunnianhimoisuuden ja tavoitteiden vaikean saavutettavuuden näkökulmasta. Julkishallinnossa strategiaprosessissa ajatellaan yleisesti melko perinteisesti ja toimintaympäristön analyysistä edetään strategian määrittelyyn melko mekaanisesti ottamatta huomioon toimintaympäristön syvällistä muutosta ja julkishallinnon mahdollisuutta muuttaa toimintaympäristöään. (Virtanen & Stenvall 2010, 131–133.)

Suomessa julkishallinnossa käytetään hyvin yleisesti strategiatyökaluna erilaisia tuloskorttimalleja, joiden tekemiseen liittyvää problematiikkaa ei ehkä kaikilta osin ole täysin tiedostettu. Tämä on osaltaan ehkä ollut johtamassa siihen, että eri kuntien strategiat ovat muotoutuneet hyvin samanlaisiksi, vaikka kuntien taloudellinen tilanne ja toimintamahdollisuudet ovat hyvinkin paljon toisistaan poikkeavia eri puolilla Suomea kunnan koon, väestön sosioekonomisen rakenteen, ikärakenteen, yrityskannan ja muun sellaisen mukaan. (Virtanen & Stenvall 2010, 131–133.)

Julkisten organisaatioiden on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, miten organisaatiossa toimiva henkilöstö pystyy aidosti tuottamaan korkealaatuisia palveluja, vaikka palvelutuotannon volyyymi olisi millainen tahansa. Supistavaan strategiaan julkishallinnon organisaatioissa päädytään usein taloudellisessa taantumassa, jolloin taloudelliset voima-

varat ovat niukat. Niukkojen taloudellisten voimavarojen vallitessa kunnissa suhtaudutaan hyvin kriittisesti yli juridisten vaatimusten annettuihin palveluihin. (Virtanen & Stenvall 2010, 133–137.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tulisi tuottaa niin, että käytettävissä olevilla resursseilla saadaan aikaan mahdollisimman paljon hyvinvointia kansalaisille. Tavoitteena on tehokkaasti toimiva järjestelmä ja terveyshyötyjen oikeudenmukainen jakautuminen väestössä. Tuotettujen palvelujen vaikuttavuus tulee esille siinä, kuinka paljon myönteisiä hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia palveluilla saadaan aikaan. (Valtonen 2011, 60–74.) Julkisen hallinnon toiminnan tavoitteet ovat usein luonteeltaan laajoja ja yhteiskuntapoliittisia, eikä yksittäinen virasto tai organisaatio pysty itse saamaan aikaan muutosta. (Virtanen & Stenvall 2010, 129–130.)

Strateginen johtaminen edellyttää toimivaa toimeenpanoa. Sen perustana on johtamisjärjestelmä, joka tukee asiantuntijoiden toimintaa. Asiantuntijoiden johtamisessa korostuu strategisen johtamisen näkökulmasta erityisesti henkilöstöjohtaminen. Keskeisenä tavoitteena on johtaa asiantuntijayhteisöä haluttuun strategiseen suuntaan. Strategisten toimenpiteiden jakautuminen monimuotoisen organisaation toimintayksiköihin on merkityksellistä strategisten tavoitteiden toteutumisen kannalta. Asiantuntijayhteisössä strategisen johtamisen lähtökohtana on toimijoiden välinen luottamus. (Tirronen 2014.) Organisaation muutoskyvykkyys on edellytys organisaation uudistumiselle. MuutoskyvykkyYTEEN vaikuttavat monet henkilöstön osaamiseen liittyvät tekijät, esimerkiksi ammattitaidon riittävyys muutostilanteessa, mutta kyse on ennen muuta asenteista. Johdon systemaattinen muutostarpeiden olemassaolosta ja pysyvyydestä puhuminen vahvistaa organisaation muutoskyvykkyyttä. (Virtanen & Stenvall 2010, 136–137.)

Erityisesti palveluorganisaatioissa on tärkeää ottaa henkilöstöä tai ainakin sen keskeisiä asiantuntijoita mukaan strategiaprosessiin, koska juuri asiakasrajapinnassa työskentelevillä on vankka käsitys siitä, mikä asiakaspalvelun todellisuus oikeasti on. Vuorovaikutuksen puute henkilöstön kanssa voi johtaa organisaatiossa olevan tärkeän tiedon hukkaamiseen ja johto voi laatia strategian, joka perustuu väärään tilannearvioon ja on mahdoton toteuttaa. Vuorovaikutteisuutta on tärkeää laajentaa myös palvelujen käyttäjiin ja ottaa asiakkaat mukaan palvelujen suunnitteluun ja strategiaan pohdintoihin. Kuntatasolla asiakasnäkökulman kuuntelemisella on pitkät perinteet jo kuntalaisdemokratian näkökulmasta. Viime vuosina kunnissa sekä valtionhallinnon organisaatioissa erilaiset asiakkaita

osallistavat toiminnan suunnittelumallit ovat edelleen lisääntyneet. (Virtanen & Stenvall 2010, 130–131.)

Julkishallinnossa ei yleisesti määritellä strategiaa vuosittain, vaan toimintaa pyritään linjaamaan pitkäjänteisesti ja strategia laaditaan noin viideksi vuodeksi kerrallaan (Lindroos & Lohivesi 2006, 142). Nykyään vallitsevana tapana on, että kuntasektorilla kunnat ja kaupungit laativat strategioitaan kunnallisvaalikaudeksi, eli kunnallisvaalien jälkeinen vuosi on varsin useassa kunnassa strategian laatimisen tai täsmentämisen aikaa. Valtionhallinnossa ministeriöt ja virastot laativat strategiansa istuvan hallituksen hallituskauden mukaan neljäksi vuodeksi kerrallaan. Kuntaorganisaation toimialat raportoivat toiminnastaan keskushallinnolle, joka raportoi strategiassa edistymisestä kunnan- tai kaupunginhallitukselle tai –valtuustolle. (Virtanen & Stenvall 2010, 127–130.)

Richard Lynch (2009, 668–674) pitää julkisen sektorin strategista johtamista haasteellisempänä kuin yksityisen yritystoiminnan johtaminen. Tämä johtuu siitä, että julkisen sektorin toimintaympäristö on yksityistä sektoria monimutkaisempi. Toimintaympäristön haasteellisuuteen vaikuttavat esimerkiksi riippuvuus poliittisesta päätöksenteosta ja asiakkuuksien monitahoisuus. Haasteellisuus näkyy erityisesti toimintaympäristön analyysissä ja strategian toteutuksessa. (Lynch 2009, 668–674.) Jan-Erik Lindroos ja Kari Lohivesi (2006, 139) ovat osittain samalla linjalla ja pitävät julkishallinnon organisaatioiden johtamista erilaisena kuin yritystoiminnan organisaatioiden johtaminen. Heidän mielestään kuitenkin kumpaakaan organisaatiotyyppiä ei voida pitää strategisen johtamisen näkökulmasta toista vaikeampana johdettavana. (Lindroos & Lohivesi 2006, 139.)

3 POTILASTURVALLISUUS

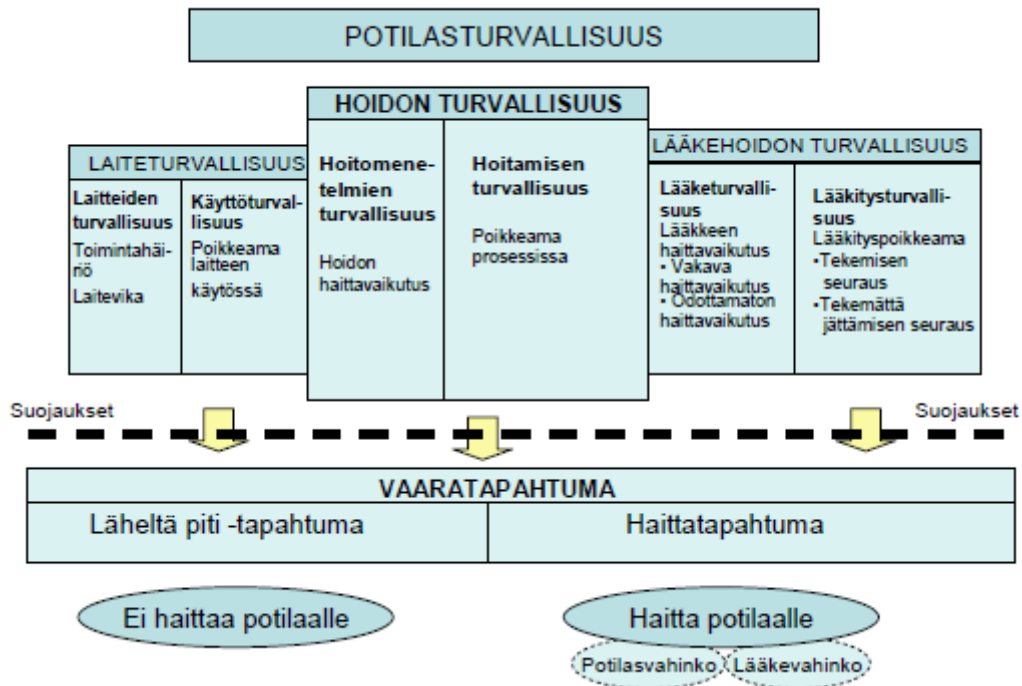
3.1 Potilasturvallisuuden käsitteitä

Terveydenhuollon organisaatiot ovat turvallisuuskriittisiä organisaatioita, joiden toiminnan keskeisenä vaatimuksena tukisi olla turvallisuuden hallinta (Reiman & Oedewald. 2009, 43–44). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan tehtävä ei ole toteuttaa toimintaa mahdollisimman halvalla vaan ohjata toimintaa niin, että olemassa olevilla resursseilla tuotetaan mahdollisimman tehokkaasti vaikuttavia palveluita. Terveydenhuollon palveluiden tulee olla sellaisia, että niillä aikaansaadaan mahdollisimman paljon terveyshyötyjä palveluiden käyttäjille. (Valtonen 2011, 60–74.) Terveydenhuollossa toimitaan kuitenkin monenlaisten vaarallisten ilmiöiden parissa, joita ovat esimerkiksi sairauksiin itessään liittyvät riskit, taudinaiheuttajiin, lääke- ja leikkaushoitoihin liittyvät vaarat sekä fyysiseen toimintaympäristöön liittyvät vaaratekijät. Turvallinen hoito on monen osatekijän summa ja siihen vaikuttavat yksittäisten terveydenhuollon yksiköiden toiminta, organisaatorakenne ja toimintaprosessit sekä käytettävissä olevat toimintaresurssit. Merkittävä tekijä turvallisen hoidon toteutuksen kannalta on myös organisaation toimintakulttuuri. Organisaation johdon tulisi ymmärtää, miten organisaation rakenteelliset, sosiaaliset ja yksilökohtaiset tekijät liittyvät kokonaisturvallisuuteen ja miten niihin voidaan vaikuttaa. (Reiman & Oedewald 2009, 43–45.) Organisaation strategian tulisikin ohjata ja suunnata voimavaroja niin, että asetettuihin tavoitteisiin päästään ja organisaation toiminta on yhtenäistä (Harisalo 2009, 238–239). Terveydenhuollon organisaatioiden tulee siksi toiminnassaan huomioida potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät ja pyrkiä kehittämään toimintaansa määrätietoisesti turvallisempaan suuntaan.

Kuvaan seuraavaksi potilasturvallisuuteen liittyviä keskeisiä käsitteitä käyttäen suomalaisen potilasturvallisuussanaston määrittelyjä. Sanaston on julkaissut Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO vuonna 2006. Sanasto on laadittu kansainvälisten potilasturvallisuussanastojen ja kansainvälisen potilasturvallisuuteen liittyvän kirjallisuuden pohjalta. Sanaston tarkoituksena on yhtenäistää keskustelua ja kehitystyötä sekä antaa tutkimukselle yhdenmukainen potilasturvallisuuden käsitteistö. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006.)

Yleinen suomalainen asiasanasto (YSA) määrittää potilasturvallisuuden käsitteenä turvallisuuden alakäsitteeksi ja potilasturvallisuuden rinnakkaistermejä sen mukaan ovat hoitovirhe ja potilasvahinko. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006 julkaisussaan Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto määrittelee potilasturvallisuuden (patientsäkerhet; pasien safety) terveydenhuollon yksiköiden periaatteiksi ja toiminoiksi, joilla ne pyrkivät varmistamaan turvallisen hoidon ja estämään potilasta vahingoittumasta hoidon seurauksena. Potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja hoidon turvallisuuden lisäksi siihen kuuluu lääketurvallisuus ja laiteturvallisuus. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa hänelle sopivan hoidon oikeaan aikaan ja hänelle aiheutuu hoidosta mahdollisimman vähän haittaa. Samaa määrittelyä käyttää myös STM:n potilasturvallisuusstrategia (2009:3). Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta ja potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Turvallinen hoito toteutuu potilaalle oikeaan aikaan ja siinä hyödynnetään olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaalle sopivia, vaikuttavia hoitomenetelmiä käytetään niin, ettei niistä aiheudu potilaalle tarpeetonta haittaa. (Kinnunen 2010, 8.)

Potilasturvallisuuden keskeisiä käsitteitä havainnollistavassa Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanaston kuviossa (kuvio 1) on mainittu myös suojaukset. Erna Snellmanin (2009, 37–38) mukaan suojauksilla tarkoitetaan toimintaprosesseihin suunniteltuja rakenteita ja menettelyjä, joiden avulla halutaan tunnistaa ja estää haitalliset poikkeamat tai vaaratapahtumat.



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006)

Poikkeama on terveydenhuollon tuotteisiin, toimintoihin, -järjestelmiin ja -ympäristöön liittyvä suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi aiheutua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Poikkeaman rinnalla käytetään usein sanaa virhe, joka on sävyiltään negatiivinen sekä sisällöltään suppeampi. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006.)

Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, josta aiheutuu tai voisi aiheutua potilaalle haittaa. Haittatapahtuma on potilaalle haittaa aiheuttava vaaratapahtuma (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006). Haittatapahtumat sattuvat usein potilaan siirtyessä organisaatiosta tai yksiköstä toiseen sekä potilaan kotiutuessa hoidon jälkeen. Tyypillisimpiä haittatapahtumia ovat potilaan lääkitykseen liittyvät virheet. (Mustajoki ym. 2015.)

Potilasvahinko on tutkimuksen tai hoidon yhteydessä potilaalle tapahtunut, potilasvahinkolain määrittelemä ja vakuutuskorvaukseen oikeuttava, henkilövahinko. Potilasvahinko voi olla sairaus, vamma, terveyden tilapäinen tai pysyvä heikkeneminen tai kuolema. Po-

tilasvahinkoja ovat hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevahinko, palovahinko, lääkkeen toimitusvahinko ja kohtuuton vahinko. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006.)

Potilasturvallisuuskulttuuri on organisaation turvallista hoitoa systemaattisesti edistävä toimintatapa, jota organisaation arvot, asenteet ja hallinto tukevat. (Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2006.) Organisaation turvallisuuskulttuuri on muuttuva ja muokkautuva tila, jonka luominen ja ylläpitäminen on koko henkilöstön tehtävä. Se kehittyy vähitellen organisaation eri tasojen määrittellessä, millaisten vaarojen kanssa ne ovat tekemisissä ja miten vaaroja pitää hallita, sekä siitä kuinka tärkeäksi määritellyt asiat otetaan huomioon potilastyössä ja sitä koskevassa päätöksenteossa. Potilasturvallisuuskulttuurissa yhdistyvät henkilöstön näkemykset, kokemukset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit. (Kinnunen 2010, 6.) Juha Kinnusen mukaan organisaatioissa tehtävät päätökset ja valinnat ovat aina yksilön tai ryhmän tekemiä ja valitsevalla organisaatiokulttuurilla on niihin selkeä vaikutus. Organisaatiokulttuuri vaikuttaa myös strategisen johtamisen käytäntöihin. Vaikka organisaatiokulttuuri on vanhaa ja säilyttävää se on jatkuvassa muutoksessa. Muutosta saavat aikaan uudet tilanteet, tavoitteet, tehtävät, muutokset ja uudet yhteisön jäsenet. (Kinnunen 2011, 172–175.)

3.2 Potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollon organisaatioissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat suuren riskin organisaatioita, joissa tahattomien virheiden, epäonnistumisten tai laiminlyöntien seuraukset voivat olla hyvin vakavia (Kinnunen 2011, 178). Terveydenhuollon organisaatiot ovat asiantuntijaorganisaatioita, joiden toiminta perustuu osaamiseen ja eri toimijoiden sekä toimijaryhmien erityisosaamisen yhdistämiseen. Terveydenhuollossa asiakkaan ja asiantuntijan kohtaamisessa vallitsee informaation epäsymmetria, lähtökohtaisesti asiantuntija tietää taudeista ja niiden hoidoista enemmän kuin potilas. Asiakas ei siten kykene tietonsa perusteella aina tekemään terveyteensä ja hoitoonsa liittyviä valintoja. Terveydenhuollossa tuleekin voida luottaa palveluita tuottavan asiantuntijan erityisosaamiseen. (Parviainen ym. 2005, 50.)

Potilasturvallisuuden toteutuminen on hoidon vaikuttavuuden ja korkean laadun keskeinen osatekijä. Eri puolilta maailmaa kerätyt tiedot osoittavat kuitenkin, että sairaalahoitoon tulevista potilaista viisi - kymmenen prosenttia kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman ja noin prosentilla haittatapahtuma aiheuttaa vammautumisen tai kuoleman. (Snellman 2009, 29.) Yhdysvalloissa on arvioitu hoitovirheistä johtuvien kuolemantapausten olevan yleisempiä kuin liikenneonnettomuuksiin tai rintasyöpään liittyvät kuolemantapaukset (Kohn ym. 1999). Useissa maissa on potilasturvallisuustyötä tehty jo monia vuosia. WHO:n vuonna 2004 perustaman World Alliance for Patient Safety organisaation tavoitteena on edistää jäsenvaltioiden potilasturvallisuuskulttuurien kehittymistä ja potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöönottoa. Allianssi tukee myös potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta ja potilasturvallisuutta parantavan teknologian kehittämistä ja käyttöönottoa. WHO on asettanut monia potilasturvallisuuden edistämiseen tärkeitä kansainvälisiä työryhmiä ja kehittämishankkeita. (WHO 2008).

Potilasturvallisuuden edistämiseksi perustettiin Suomen Potilasturvallisuusyhdistys vuonna 2010. Yhdistyksen tavoitteena on potilasturvallisuustyön ja tutkimuksen edistäminen. Tavoitteeseensa se pyrkii järjestämällä seminaareja, koulutusta ja kongresseja sekä harjoittamalla julkaisu- ja tiedotustoimintaa. Yhdistys toimii tiiviissä yhteistyössä muiden alan organisaatioiden kanssa Suomessa ja ulkomailla. Yhdistyksen tarkoituksena on olla asiantuntijoiden, terveydenhuollon toimijoiden, alan etujärjestöjen sekä potilaita edustavien tahojen yhteinen, potilasturvallisuutta positiivisessa ja yhdessä tekemisen hengessä edistävä foorumi. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015.)

Hannu Vuori (2013, 87–94) kuvaa artikkelissaan terveystalouden laadun mittaamiseen ja parantamiseen liittyvän toiminnan eli laatutyön kehitystä Suomessa vuoden 1970 jälkeen. Hänen mukaansa laadun mittaamisen menetelmät jakaantuivat kahteen ryhmään: käyttöön otettiin sekä ulkomaisia että kotimaisia laadun mittaamiseen soveltuvia menetelmiä (ISO-standardit, King's Fund auditointi, Kuntaliiton ITE-lomake, potilastyytyväisyyden mittaamislomakkeet sekä laatuverkostot) ja toisaalta kehitettiin ”hyvän hoidon” malleja (Suomen itsenäisyyden juhluvuoden rahaston eli SITRAN hoito-ohjelmat ja Duodecimin käypä hoito –suositukset), joihin annettua hoitoa voitiin verrata. Viranomaiset ja ammattijärjestöt ovat osallistuneet aktiivisesti laatutyöhön. Stakes laati yhdessä potilaita ja ammattijärjestöjen, palvelujen tuottajien, rahoittajien ja viranomaisten kanssa vuonna

1995 suosituksen Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suositus korosti, että laadunhallinta on osa jokapäiväistä, asiakaslähtöistä ja prosessikeskeistä työtä, jota toteutetaan tiedolla ohjaamisella. STM:n, Stakesin ja Kuntaliiton päivittämänä suositus julkaistiin vuonna 1999 nimellä Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Suositus korosti järjestelmällistä, prosessien hallintaan perustuvaa laatutyötä, johon asiakkaat osallistuvat ja jota johto organisoii. Suomen Lääkäriliitto, Suomen Kuntaliitto, Sairaanhoidon tutkimussäätiö ja Suomen sairaanhoitajaliitto ovat myös osallistuneet laatutyön kehittämiseen toteuttamalla erilaisia laatuhankeita sekä julkaisemalla laatutyötä ja koulutusta koskevia suosituksia. Vuori toteaa, että laatutyö on edennyt neljää pääuraa pitkin: hoitosuosituksien, yksikkökohtaiset laadun parantamis- ja kehittämishankkeet, viranomaisten ja etujärjestöjen laatusuosituksien sekä koko laitoksen kattavat, dokumentoidut laatuorganisaatiot. (Vuori 2013, 87–94.) Potilasturvallisuus on keskeinen osa terveydenhuollon laatua ja laatutyö on luonut perustaa potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Marja Airaksinen työryhmineen (2012) on katsauksessaan kuvannut kansallisia toimenpiteitä, joita Suomessa on tehty potilas- ja lääketurvallisuuden parantamiseksi. Airaksisen työryhmän mielestään terveydenhuollon organisaatiot ovat Suomessa olleet aktiivisia käynnistämään potilasturvallisuuteen liittyviä tutkimuksia. Erityisesti on tehty organisaatiokohtaista, työelämästä lähtevää tutkimusta. Tulevaisuudessa olisi hyvä toteuttaa enemmän yliopistotutkijoiden ja käytännön työelämän tuntevien tutkijoiden yhteisiä tutkimushankkeita. (Airaksinen ym. 2012.)

Teppo Järvisen ja Risto Roineen (2014) mukaan vaikuttamaton hoito on epäeettistä ja altistaa potilaan haittatapahtumille, ilman että potilaalla on edes teoriassa mahdollisuus hyötyä saamastaan hoidosta. Samalla se vie kustannuksia muusta toiminnasta. (Järvinen & Roine 2014.) Risto Roineen ja Minna Kailan (2014) mielestä potilasturvallisuuden tärkeimpänä osatekijänä voidaan pitää hoidon vaikuttavuutta. Vaikuttamatonta hoitoa ei voida pitää turvallisena. Heidän mielestään Suomessa on toistaiseksi tehty melko vähän potilasturvallisuuteen liittyvää tutkimusta ja olemme potilasturvallisuusasioissa monia muita länsimaita jäljessä. (Roine & Kaila 2014.) Arto Helovuori työryhmineen (2012, 36–37) toteaa, että simulaatio-opetus on ollut yksi merkittävä potilasturvallisuuden opetusta

edistävä menetelmä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien perus- ja täydennyskoulutuksessa. Se on opetusmuotona yleistynyt ja mahdollistanut yhä vaativampien toimien ja työtilanteiden harjoittelun ilman potilasta. (Helovuori ym. 2012, 36–37.)

3.2.1 Potilasturvallisuutta ohjaava kansallinen lainsäädäntö

Lainsäädännön avulla on pyritty ohjaamaan ja yhtenäistämään sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Tavoitteena on ollut myös turvata potilaan asema ja varmistaa että potilaat voivat luottaa saamansa hoidon laatuun. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tulee toiminnassaan ja toiminnan suunnittelussaan ottaa huomioon lainsäädännön antamat velvoitteet. Terveydenhuoltolaki (31.12.2010/1326), joka astui voimaan 2011, ohjaa merkittävästi toimintaa potilasturvallisuuden kehittämisen suuntaan. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki velvoittaa terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Tässä suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon toimintojen kanssa. Asetuksella säädetään erikseen näiden suunnitelmien sisällöstä. Terveydenhuoltolaki keskittyy myös terveydenhuollon toimintaedellytyksiin, resursseihin ja johtamiseen. Laissa korostetaan riittävien voimavarojen merkitystä. Lain mukaan terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä, sekä asianmukaisia toimitiloja ja toimintavälineitä. Henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Laki edellyttää myös että toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. (L 1326/2010 Terveydenhuoltolaki.) Erna Snellman (2010) toteaa potilaan tulevan hoitoon luottaen, että hoidon laatu on parasta mahdollista ja hoidon tulokset ovat potilaan kannalta mahdollisimman hyvät. Hänen mukaansa terveydenhuoltolaki korostaa, että potilaan saaman hyödyn tulee olla hoidon keskeisin tavoite.

Sosiaali- ja terveysministeriö on tarkentanut terveydenhuoltolain potilasturvallisuuteen liittyvää velvoitetta, antamalla vuonna 2011 asiaa tarkemmin linjaavan asetuksen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Asetus edellyttää että suunnitelman tulee määritellä miten terveydenhuollon organisaatioiden johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista tuottaa laadukasta ja potilasturvallista toimintaa. Suunnitelmassa on sovittava myös laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden vastuhenkilöt, laadukasta ja turvallista toimintaa tukevat henkilöstöjohtamisen periaatteet sekä menettelytavat henkilöstön perehdytykseen ja osallistumiseen potilasturvallisuuden kehittämiseen. Lisäksi suunnitelmassa on sovittava kuinka potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta potilasturvallisuuteen liittyen sekä kuinka turvallisuus- ja laatuongelmien ennakointi, tunnistaminen ja raportointi toteutetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011.)

Potilasvahinkolaki (L879/1998) määrittää ne tapaukset, joissa korvausta henkilövahingosta maksetaan potilaalle. Korvausta suoritetaan, lain mukaan, henkilövahingoista jotka ovat todennäköisesti aiheutuneet: tutkimuksesta, hoidosta tai muusta käsittelystä tai sen laiminlyönnistä sekä käytetyn sairaanhoitolaitteen tai -välineen vian aiheuttamasta vahingosta. Korvauksen piiriin voivat kuulua myös tutkimuksen tai hoidon yhteydessä aiheutuneet infektiot, tapaturmat tai hoitohuoneiston tai -laitteiston palosta aiheutuneet vahingot. Korvauksen piiriin kuuluvat myös lääkkeen virheellisestä toimittamisesta aiheutuneet henkilövahingot. (L879/1998 Potilasvahinkolaki.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) määrää että potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Laki edellyttää, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hoitovaihtoehtojen valinnassa on huomioitava potilaan mielipide. Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista sekä niiden vaikutuksista. Selvitys on annettava niin, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (L785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (L559/1994) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua. Tähän tarkoitukseen laki pyrkii määrittämällä koulutukselliset edellytykset toimia terveydenhuollon työtehtävissä ja velvoittamalla terveydenhuollon ammattihenkilöitä ammattitaidon ylläpitämiseen sekä jatkuvaan kehittämiseen täydennyskoulutukseen osallistumalla ja ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin perehtymällä. Lain mukaan ammattihenkilön tulee ylläpitää ja edistää terveyttä, ehkäistä ja parantaa sairauksia sekä lievittää kärsimyksiä. Tähän tulee pyrkiä soveltamalla yleisesti hyväksytyjä ja kokemuseräisesti perusteltuja menettelytapoja. Toiminnassa tulee huomioida tasapuolisesti potilaalle ammattitoiminnasta koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeudet, velvollisuudet sekä ammattitoimintaan liittyvä valvonta määritellään myös tässä laissa. (L559/1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.)

3.2.2 Potilasturvallisuusstrategian tuomat velvoitteet

Ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013 julkaistiin, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettaman potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän laatimana, vuonna 2009. Strategian toiminta-ajatuksena on: Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, joka korostaa potilasturvallisuuden edistämisen tärkeyttä yhteistyönä eri toimijoiden kesken. Tavoitteilana vuoteen 2013 mennessä on vaikuttavan ja turvallisen hoidon toteutuminen. Vision mukaan potilasturvallisuuden tulisi sisältyä organisaation toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin. Strategian tarkoituksena on yhtenäistää sosiaali- ja terveydenhuollon potilasturvallisuuskulttuuria sekä edistää sen toteutumista. Tavoitteena on edesauttaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita, potilaita ja asiakkaita sekä heidän omaisiaan turvallisen ja vaikuttavan hoidon toteutumisessa. Strategia tarkoituksena on myös ohjata ja tukea valtioneuvoston potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden päätöksentekoa sekä säädösten laatimista. (STM 2009:3.) Marja Airaksisen työryhmä (2012, 215–216) pitää potilasturvallisuusstrategian aikaansaamista potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän merkittävimpänä saavutuksena ja keskeisenä tekijänä potilasturvallisuuden edistämässä.

Strategia tarkastelee potilasturvallisuutta turvallisuuskulttuurin, vastuun, johtamisen ja säädösten näkökulmista. Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa nähdään yksilön ja yhteisön tapana toiminnassa varmistaa potilaiden saaman hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia. Organisaation johdolla on aina kokonaisvastuu toiminnan potilasturvallisuudesta ja sen edellytysten turvaamisesta toimintayksiköissä. Strategia konkretisoi terveydenhuollon lainsäädäntöä, joka edellyttää toiminnan olevan ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. (STM 2009:3.) Arto Helovuo työryhmineen (2012, 6) korostaa, että potilasturvallisuus ei perustu yksittäisten ammattilaisten osaamiseen ja sen kehittämiseen. Potilasturvallisuus tulee nähdä useiden henkilöiden ja koko toimintajärjestelmän eri tekijöiden yhteisvaikutuksena. Potilasturvallisuuden kokonaisvaltaisuuden ymmärtäminen on edellytys sen kehittämiseksi. (Helovuo ym. 2012, 6.)

Strategia jakautuu viiteen päätavoitteeseen: potilaan informointiin ja voimaannuttamiseen, riskien ennakoointiin, vaaratapahtumista raportointiin ja niistä oppimiseen, henkilöstön osaamiseen sekä potilasturvallisuustyön riittäviin voimavaroihin. Strategian tavoitteena on edistää potilaan asemaa omaan hoitoonsa liittyvänä aktiivisena toimijan sekä potilasturvallisuuden parantajana. Tähän pyritään lisäämällä avointa ja ymmärrettävää vuorovaikutusta potilaan ja hoitavien ammattihenkilöiden välillä. Strategian tavoitteiden mukaan organisaation tulee varmistaa potilaan ja asiakkaan mahdollisuus kertoa havaitsemistaan puutteista potilasturvallisuudessa ja saada siitä palautetta. Organisaatiolla tulee olla olemassa toimintakäytännöt hoitoon liittyvien riskien kertomisesta potilaalle sekä menettelytavat haittatapahtumien jälkihoitoon. Tavoitteen mukaan henkilöstö tulee perehdyttää toimipaikkakoulutuksella potilasturvallisuuden menettelytapoihin ja potilaiden sekä potilasturvallisuusjärjestöjen edustajien tulee olla mukana potilasturvallisuutta varmistavissa ryhmissä. (STM 2009:3.)

Strategia tavoitteen mukaan potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla. Organisaatiolla tulee olla kattava riskien- ja laadunhallintajärjestelmä ja organisaatiossa hyödynnetään muiden toimijoiden hyviä potilasturvallisuuskäytäntöjä. Henkilökunnan osaamisesta ja ammatillisesta kehittämisestä tulee myös huolehtia. Tavoitteen mukaan

organisaatioissa tulee olla menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien sisäistä raportointia, seuranta ja käsittelyä varten. Organisaatioissa noudatetaan valtakunnallisen raportoinnin yhteisiä linjauksia ja hyödynnetään valtakunnallista tietoa potilasturvallisuuden edistämiseksi. (STM 2009:3.) Marina Kinnunen (2010, 151) pitää tärkeänä, että organisaatioissa virheistä saatu tieto otetaan osaksi normaalia toiminnan kehittämistä ja sitä kautta parannetaan hoidon laatua ja estetään virheiden toistuminen. Organisaatioissa virheistä oppimisen prosessin tulisi olla osa normaalia arjen toimintaa, joka osaltaan parantaa henkilöstön sitoutumista virheistä oppimiseen. Virheiden syiden selvittelyyn tulee olla asiantuntemusta ja esimiehiä tulisi tukea virheiden todellisten syiden etsimisessä. (Kinnunen 2010, 151.)

Strategia edellyttää että organisaatiot edistävät potilasturvallisuutta suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin. Tavoitteena on että organisaatioissa on laadittu potilasturvallisuussuunnitelma ja nimetty henkilöt koordinoimaan potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden edistämisen tulee olla osa organisaation toiminta- ja taloussuunnitelmaa. Tavoitteena on, että henkilökunta toteuttaa työssään potilasturvallisuuden edistämisen periaatteita ja hyödyntää laadittuja oppaita ja suosituksia. (STM 2009:3.)

Strategia korostaa että henkilöstön ammatillinen osaaminen on potilasturvallisuuden keskeinen edellytys. Tavoitteena on että potilasturvallisuuden edistäminen huomioidaan kaikkien terveydenhuollossa työskentelevien ammattihenkilöiden koulutuksessa sekä työtehtäviin perehdyttämisessä. Tavoitteiden mukaan tulee erityisesti kiinnittää huomiota määräaikaisten työntekijöiden ja opiskelijoiden osaamiseen. Potilasturvallisuuteen liittyvää tietoa tulee kartuttaa tutkimuksen avulla ja tavoitteena on että organisaatiolla on edellytyksiä tehdä selvityksiä potilasturvallisuuden edistämisestä ja osallistua alan tutkimushankkeisiin. (STM 2009:3.) Kanadalaiset Antonia Stang ja Brian Wong (2015) ovat arvioineet potilasturvallisuuden opetusta terveydenhuoltohenkilöstölle ja toteavat että opetus on vallan usein teknistä ja siitä puuttuu potilaan näkökulman esilletuominen. Päätelmisensä he toteavat, että potilaiden suora osallistuminen potilasturvallisuuden opetukseen, kertomalla oman tarinansa, lisää potilasturvallisuuden opetuksen laatua. Potilaiden oma-kohtaiset tarinat tuovat autenttisen näkökulman vaaratapahtumien syntyyn ja siten rikas-

tuttavat opettajien tarjoamaa opetusta. Opettajilla tulee kuitenkin olla kykyä käsitellä opilaiden kanssa näiden vaaratapahtumien ehkäisyyn liittyviä menetelmiä. (Stang & Wong 2015, 4-6.)

3.3 Potilasturvallisuuteen liittyvä tutkimus

Potilasturvallisuuteen liittyen on tehty runsaasti kotimaista ja kansainvälistä tutkimusta. Näissä tutkimuksissa potilasturvallisuutta on arvioitu eri näkökulmista, erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Potilasturvallisuustutkimusta on tehty esimerkiksi hoidon toteutuksen, tiedonkulun varmistamisen ja infektioiden ehkäisyn näkökulmista. Runsaasti tutkimusta on tehty liittyen leikkaustoimintaan ja leikkaussaliohjelmaan sekä lääkehoidon toteutukseen ja lääkevirheiden ehkäisyyn. Kotimaisia väitöskirjatasoisia tutkimuksia on kuitenkin vielä melko vähän. Tässä luvussa esittelen tutkimuksia, jotka liittyvät potilasturvallisuuden edistämiseen. Olen valinnut nämä tutkimukset siksi, että ne osaltaan tukevat suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteiden mukaista toimintaa ja laajentava potilasturvallisuuden edistämisen tarkastelunäkökulmaa.

Marina Kinnunen (2010) on väitöskirjassaan tutkinut miten organisaatioissa opitaan virheistä. Tutkimus on hyvin työelämälähtöinen ja arvioi sitä mitkä asiat organisaatiossa edistävät virheistä oppimista ja mitkä tekijät estävät oppimista. Tutkimustuloksissa hän toteaa että, virheet voivat liittyä organisaation toiminnan suunnitteluun, prosesseihin tai johtamiseen, eikä prosessissa työskentelevän työntekijän ole aina helppo havaita virhettä. Tutkimuksen mukaan virheisiin liittyvällä henkilökohtaisella palautteella ei ole yhtä suurta merkitystä virheistä oppimisen kannalta, kuin työyhteisössä käytävällä keskustelulla ja sillä, että organisaation johto reagoi ilmoitettuihin virheisiin. Kinnunen painottaa että johdon sitoutuminen ja johtajien tuki mahdollistavat organisaatiossa virheistä oppimista ja toiminnan kehittämistä. Johdon tehtävänä on mahdollistaa keskustelu eri toimijoiden välillä ja tuntee vastuunsa virheistä saadun tiedon hyödyntämisessä organisaation kehittämässä. Kinnusen mielestä terveydenhuollon organisaatioiden johdon tulisi erityisesti panostaa virheistä oppimisen mahdollistamiseen. (Kinnunen 2010.)

Kaarin Ruuhilehdon työryhmän (2011) tekemässä tutkimuksessa kuvataan millaisia vaaratapahtumia suomalaisissa terveydenhuollon yksiköissä ilmoitettiin HaiPro-raportointijärjestelmään vuosina 2007 – 2009. Tutkimusaineistona oli 36 käyttäjäorganisaatiossa HaiPro-järjestelmään tehdyt 64405 ilmoitusta potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Tutkimustuloksena oli että ilmoitetuista tapahtumista 41 % koski läheltä piti -tapahtumia, joissa välttyttiin haitallisilta seurauksilta potilaalle. Tapahtumista 43 %:ssa oli potilaalle aiheutunut jonkinasteista haittaa ja vakavia haittoja potilaalle oli aiheutunut 1 %:ssa ilmoitetuista tapahtumista. Suurin osa ilmoituksista koski lääkitykseen liittyviä tapahtumia ja yleisimmin ilmoittajana oli sairaanhoitaja. Tapahtumien taustatekijänä arvioitiin yleisimmin olleen tiedonkulkuun, potilaan sairauteen ja yksikön toimintatapoihin liittyvät tekijät. Yleisin toimenpide-ehdotus tapahtuman toistumisen estämiseksi oli tapahtumasta informointi. Tutkimustulos on hyvin samansuuntainen muissa tutkimuksissa ja tilastoinneissa saatujen tulosten kanssa. Tutkijoiden mielestä henkilöstön raportointihalukkuuteen vaikuttaa eniten se, että palaute on riittävää ja hyödyt ovat havaittavia. Merkittävää raportointijärjestelmän toimivuuden ja hyödyntämisen kannalta on johdon ja henkilöstön sitouttaminen sekä järjestelmästä saatavien tulosten seuranta. (Ruuhilehto ym. 2011.)

Ruotsalaisessa Susanne Ullströmin työryhmän (2014) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin yliopistollisen sairaalan henkilöstön kokemuksia potilasvahingon jälkeen ja heidän toivomaansa sekä saamansa tukea työyhteisössä. Tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta ja tutkimukseen haastateltiin lääkäreitä (n=10), hoitajia (n=9) ja muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä (n=2). Tutkimus osoitti että potilasvahingon jälkeen haastateltavilla oli emotionaalisia reaktioita, ammatillisuuteen ja itseluottamukseen liittyviä reaktioita, jotka olivat osittain pitkäkestoisia. Suurin osa haastatelluista koki tarvetta puhua asiasta ja saada emotionaalista tukea, lisäksi he halusivat selvittää ja ymmärtää paremmin mitä oli tapahtunut sekä oppia tapahtuneesta. Tulosten mukaan tukea ja ymmärtämystä kaivattiin omilta esimiehiltä. Suurin osa haastateltavista koki esimiesten antaman tuen puutteelliseksi tai sitä ei ollut ollenkaan. Tukea saatiin pääasiallisesti kollegoilta, joiden syyllistämätön ja ymmärtävä asenne tuntui helpottavan haastateltavia. Suurin osa haastateltavista koki, ettei työpaikalla käyty riittävästi avointa keskustelua tapahtuneesta vahingosta, virallinen selvittely oli hidasta ja selvittelyn kulku vieras. Oikeanlaisen tuen ja potilasvahingon riittävän perusteellisen selvittämisen puute vaikeutti tutkimuksen mukaan normaaliin toimintatapaan palaamista ja pitkitti ammattihenkilöiden

emotionaalisten oireiden kestoa potilasvahingon jälkeen. Tutkimusten perusteella voitiin päätellä että työntekijöiden reagointiin tapahtuneeseen potilasvahinkoon vaikuttaa vahinko itsessään sekä tapa miten tapahtuma käsitellään. (Ullström ym. 2014.)

Ruotsalaisessa Karin Pukk Härenstamin työryhmän (2009) tekemässä, laajassa kyselytutkimuksessa on tutkittu ruotsalaisten terveydenhuollon johtajien (n=623) tietämystä potilasturvallisuudesta, heidän potilasturvallisuudelle antamaansa painoarvoa sekä heidän arvioitaan sopivista strategioista potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tutkimustulosten mukaan johtajien tietämys organisaationsa potilasturvallisuuden tilasta oli kohtalaisen hyvä, 47 % piti organisaation nykyistä toimintamallia potilasturvallisuuden kannalta hyvänä ja koki, että vain pieniä muutoksia tarvittiin toiminnan parantamiseksi, 51 % mielestä organisaatiossa tarvittiin merkittäviä uudistuksia toiminnan parantamiseksi. Johtajista 66 % piti organisaation prosesseihin liittyviä tekijöitä merkittävimpinä syinä potilasvahinkojen syntyyn ja 27 % arvioi virheiden synnyn johtuvan pääasiallisesti inhimillisistä tekijöistä. Tutkimukseen osallistuneista johtajista suurin osa (68 %) arvioi potilasturvallisuuden parantamisen organisaatiossa hyvin tärkeäksi. Tärkeimmiksi organisaatiossa käytössä oleviksi keinoiksi potilasturvallisuuden edistämiseen johtajat arvioivat: turvallisuuspoikkeamien raportointijärjestelmän, reagoimisen raportointijärjestelmästä saataviin tietoihin, potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden nimeämisen organisaatioon, infektioiden torjunnan, vuorovaikutuksen parantamisen työntekijöiden ja potilaiden välillä sekä henkilöstön osaamisen parantamisen. Johtajista 61 % arvioi että potilaista suurimmalla osalla oli riittävät tiedot terveydentilastaan ja he kykenivät aktiivisesti osallistumaan potilasturvallisuuden parantamiseen. Vastaajista 51 % ilmoitti, ettei organisaatio aktiivisesti osallista potilasta hoidon turvallisuuteen liittyviin kysymyksiin ja 10 % johtajista ilmoitti organisaation aktiivisesti osallistavan potilaita turvallisuuden edistämässä. Tutkijoiden mukaan keskeisiä potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat: johtajien sitoutuminen, esimiesten tuki, työtovereiden tuki, työntekijöiden osallistuminen potilasturvallisuuteen liittyvään päätöksentekoon ja toimintaan sekä työntekijöiden potilasturvallisuuteen liittyvän osaamisen parantaminen. Uusimmissa turvallisuuden johtamiseen liittyvissä tutkimuksissa on korostunut näkemys, että turvallisuuden edistäminen vaatii koko hallinto-sektorin tuen onnistuakseen. Johtajien tietämys ja asenteet vaikuttavat siihen miten aktiivisen roolin he ottavat turvallisuuden edistämässä. (Härenstam ym. 2009.)

Johan Hellings työryhmineen (2010) on tutkinut viidessä Belgialaisessa sairaalassa potilasturvallisuuskulttuurin parantamisen mahdollisuuksia organisaation tarpeisiin suunnatulla interventiolla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten potilasturvallisuuskulttuuriin voidaan vaikuttaa henkilöstölle suunnatun intervention avulla. Tutkimukseen sisältyi strukturoitu alkumittaus HSOPSC eli The Hospital Survey on Patient Safety Culture -kyselytutkimuksena ja sen perusteella suunniteltu interventio (seminaarit ja kirjallinen materiaali) henkilöstölle. Strukturoitu mittaus toistettiin intervention jälkeen 18–26 kuukauden kuluttua alkumittauksesta. Tuloksia tarkasteltiin mittariin kuuluvien potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden perusteella. Tutkimuksen tuloksena oli että tilastollisesti merkittävää parannusta havaittiin vain sairaalan hallinnon potilasturvallisuuden edistämiseksi antaman tuen osa-alueella. Tutkimus osoitti että potilasturvallisuuskulttuurin muuttaminen on monitahoinen ja aikaa vievä prosessi. Kehittämistoimenpiteiden tulee olla hyvin suunniteltuja ja ottaa huomioon sairaalan moniammatillinen toimintaympäristö. Tutkijat esittävät päätelmissään, että potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen tarvitaan vähintään kahden vuoden mittainen kehittämisjakso ja seuranta. Tässä monimuotoisessa kehittämisprosessissa esimiesten osallistuminen innostavan ja kehittävän oppimisympäristön aikaansaajina on ratkaisevan tärkeää. (Hellings ym. 2010.)

Bryan Sextonin (2014) työryhmä on kyselytutkimuksen avulla tutkinut sitä, onko esimiesten osastoille tekemillä vierailuilla (WalkAroud) ja henkilöstön arvioimalla potilasturvallisuuskulttuurin paranemisella sekä henkilökunnan kokeman työuupumuksen vähenemisellä yhteyttä keskenään. Kyselyyn osallistui 2073 vastasyntyneiden tehohoidon yksikön työntekijää. Tutkimus osoitti että esimiesten vierailuilla osastoille oli yhteys potilasturvallisuuskulttuurin paranemiseen ja työntekijöiden tuntemaan työuupumuksen vähenemiseen. Tutkijat arvioivat että esimiesten vierailujen toteutuksella (vierailujen kestolla, tiheydellä ja keskusteluissa esille tulevilla asioilla) on merkitystä niiden vaikutukseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja työntekijöiden työssä jaksamiseen. (Sexton ym. 2014.)

Kanadalaisessa laadullisessa tutkimuksessa Deborah Tregunno (2014) työryhmineen arvioi potilasturvallisuuden integrointia lääketieteen, hoitotieteen ja farmasian opetus suunnitelmiin tiedekuntien näkökulmasta. Tutkimuksessa kerättiin tiedekuntien opetushenkilökunnalta haastattelemalla kokemuksia potilasturvallisuuden näkökulmien sisällyttä-

sestä opetussisältöihin ja käytännön opetustyöhön. Tutkimuksessa nousi esille kolme päätulosta liittyen potilasturvallisuuden integrointiin opetussuunnitelmiin. Ensimmäisenä tuloksena oli, että haastateltavat kokivat tiedekunnan sisällä vain hyvin harvalla olevan riittävät valmiudet potilasturvallisuuden sisällyttämiseen opetukseen. Toisena tuloksena haastateltavat kokivat opetuksessa vallitsevan toimintakulttuurin ja opetussuunnitelman muuttamisen hitaaksi ja haasteelliseksi. Muutoksien aikaansaaminen edellyttää innovatiivisia toimijoita ja päätöksentekijöitä, jotka kykenevät toteuttamaan uudistuksia. Kolmantena näkökulmana tuli esille ero opetuksen ja käytännön toimintakulttuurin välillä, sekä tarve potilasturvallisuuden opetukseen luonnollisessa ympäristössä huomioiden eri ammattialojen toimintakulttuurit. Tiedekuntien edustajien ja käytännön toimijoiden välinen yhteistyö koettiin tärkeäksi potilasturvallisuuden opettamisen kehittämisessä. (Tregunno ym. 2014.)

4 TUTKIMUSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Tutkimuksen kohde ja aineiston hankinta

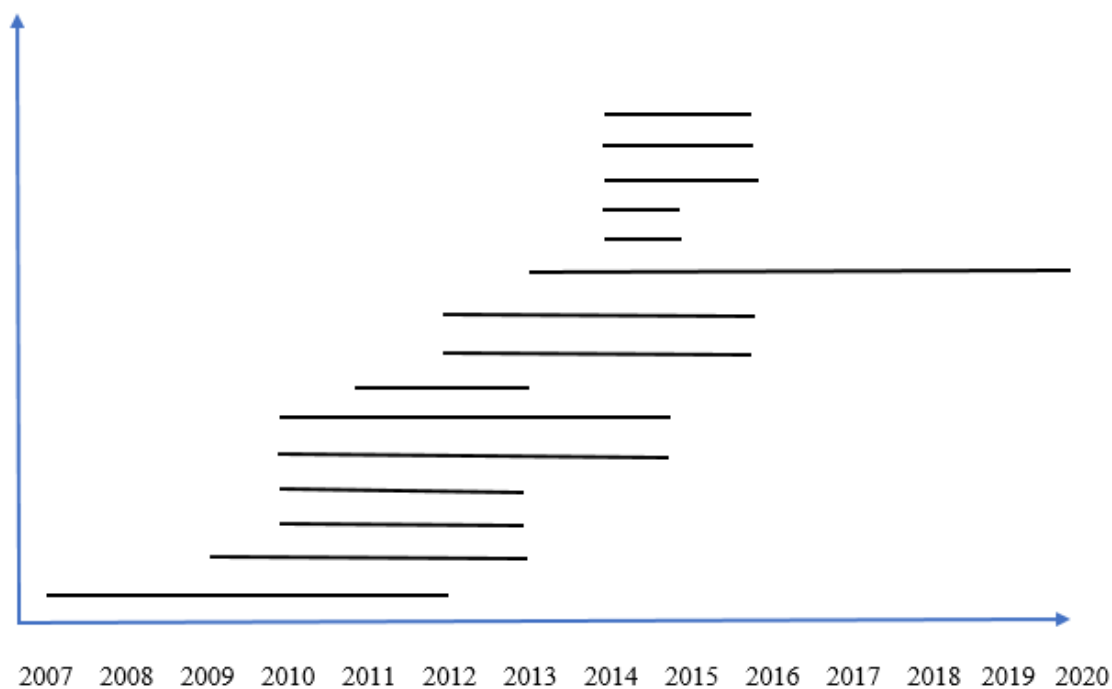
Metodologia ei käsitteenä Jouni Tuomen (2008, 30–32) mukaan ole yksiselitteinen, vaan tieteenaloilla on erilaisia näkökantoja siitä, kuinka metodologia käsite tulee määritellä ja mikä on sen suhde tutkijan toimintaan eli kuinka tiukasti metodologia ohjaa tutkimuksen tekoa. Yleisesti voidaan sanoa että, tutkimuksen metodi on väline tutkimustulosten saamiseksi käytettävästä aineistosta ja tutkimuksen metodologia antaa ohjeet sille kuinka välinettä tulee käyttää. (Tuomi 2008, 30–31.)

Tutkimuksessani on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusote ja tutkimustehtävät sekä aineisto ovat laadullisia. Pertti Töttö (2004, 9–12) ei pidä jakoa laadulliseen ja määrälliseen tutkimukseen tarpeellisena eikä perusteltuna. Tötön mukaan on parempi puhua tutkimuksista, joissa käytetään erilaisia aineistoja ja jotka pyrkivät vastaamaan erilaisiin tutkimuskysymyksiin. Tällainen jako aineistojen ja tutkimuskysymysten suhteen on hänen mielestään tarpeellinen ja oikeutettu. (Töttö 2004, 9-12.) Eskolan ja Suorannan (1998, 10) mielestä jyrkkä jako laadullisen ja määrällisen tutkimuksen välillä on yleensä pelkistetty kuvaus ja se on tarkoitettu ainoastaan selventämään tutkimusmenetelmiä. Käytännössä on kuitenkin kyse jatkumosta kahden tutkimuksellisen ääripään välillä. (Eskola & Suoranta 1998, 10.) Laadullista tutkimusta voidaan tehdä monilla eri tutkimusotteilla ja yksinkertaistetusti voidaan ajatella että kaikki empiirinen tutkimus, joka ei ole laadullista on määrällistä (Tuomi 2008, 96–97). Laadullinen ja määrällinen tutkimus voivat oikein käytettyinä täydentää toisiaan, eikä niitä tulisi pitää toisiaan poissulkevinä tutkimussuuntauksina (Hirsjärvi ym. 2007, 131–133). Jennifer Masonin (2002, 54–55) mukaan laadullisen tutkimuksen tekeminen on toimintatavaltaan tutkijan aktiivinen prosessi, eikä sarja annettujen ohjeiden mukaisia passiivisia toimintoja. Tutkijan päämäärä ja valittu menetelmä ohjaavat häntä tutkimukseen liittyvien valintojen tekemisessä. (Mason 2002, 54–55.)

Jari Eskolan ja Juha Suorannan (1998, 15) mukaan laadullinen tutkimusaineisto voi olla valmista tekstiä kuten erilaiset päiväkirjat, elämäkerrat tai muuta tarkoitusta varten tuotettu kirjallinen materiaali. Aineisto voi syntyä myös tutkijan toimesta kuten haastattelut

sekä havainnoinnit. (Eskola & Suoranta 1998, 15.) Laadullisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on ihminen ja hänen elinympäristönsä sekä ihmisen antamat merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Aineisto kerätään tutkimuksen tarkoitukseen sopivalla tavalla ja tulokset kuvaavat nimenomaisesti tutkittua kohdetta, eikä tutkimuksella pyritä saamaan yleistettävissä olevia tuloksia (Tuomi 2008, 96–97).

Tutkimusaineistonani ovat sairaanhoitopiirien julkiset strategiat, jotka olen kerännyt sairaanhoitopiirien internet-sivuilta. Aineistoksi valitsin sairaanhoitopiirien päästrategiat, koska halusin tutkimuksella nimenomaan selvittää millaisen aseman potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteet saavat sairaanhoitopiirien ylimmällä hallinnollisella tasolla. Organisaatioiden varsinaisia potilasturvallisuusstrategioita analysoimalla ei tällaista arviointia olisi ollut mahdollista tehdä. Aineiston keruun olen tehnyt tammikuun ja helmikuun aikana 2014. Strategioista varhaisin oli laadittu vuosille 2007–2012 ja pisimmälle voimassaoleva strategia oli laadittu vuosille 2013–2020. Neljän strategian ilmoitettu voimassaoloaika oli päättynyt vuonna 2013 mutta uudempia strategioita ei aineiston keruu ajan-kohtana ollut saatavissa. Selkeää vaihtelua oli siinä, mille ajalle strategiat oli laadittu. Ilmoitetut ajat vaihtelivat, lyhimmästä kahdesta vuodesta, pisimpään seitsemään vuoteen.



KUVIO 2. Aineistoon kuuluvien sairaanhoitopiirien strategioiden voimassaoloajat

Strategioiden ilmoitetun voimassaoloajat olen esittänyt kuviossa 2. Kahdessa strategiassa ilmoitettiin vain strategian päättymisajankohta, vuosi 2015, nämä strategiat olen kuvioon merkinnyt vuosille 2014–2015 eli aineiston poiminta ajankohdasta ilmoitettuun päättymisajankohtaan.

Aineistoa kerätessäni kävin läpi kaikkien kahdenkymmenen sairaanhoitopiirin internet-sivut ja tulostin strategiatekstit. Tutkimukseeni otin mukaan viidentoista sairaanhoitopiirin strategiat. Neljän sairaanhoitopiirin strategia oli esitetty niin suppeasti, ettei niiden analysointi ollut mielekästä potilasturvallisuuden edistämisen näkökulmasta. Mahdollista on että näistä strategioista oli internet-sivustoille laitettu vain suppea tiivistelmä ja varsinaiset strategiatekstit ovat vain oman organisaation sisäisessä käytössä. Tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi jätin pois sen sairaanhoitopiirin strategian, jossa itse työskentelen. Olen työssäni osallistunut strategian toteutukseen, joten oman organisaation strategia olisi analyysissä ollut erilaisessa asemassa kuin minulle täysin uudet strategiat. Jari Eskolan ja Juha Suorannan (1998, 18) mukaan laadullisessa tutkimuksessa keskitytään usein melko pieneen määrään tapauksia, joita pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti.

4.2 Aineiston analysointi

Tässä tutkimuksessa käytän aineiston analysointimenetelmänä sisällönanalyysiä. Sirkka Hirsjärven työryhmän (2007, 161–162) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimustyyppin valintaan vaikuttaa olennaisesti tutkimusaineisto ja tutkimuksen tarkoitus; mitä todella halutaan saada selville valitusta aineistosta. Tutkimustyyppiksi voidaan valita sisällönanalyysi silloin kun tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on kielen kommunikatiivinen sisältö. (Hirsjärvi ym. 2007, 161–162.) Sisällönanalyysissä pyritään aineiston sisältämien ajatuskokonaisuuksien luokitteluun ja samalla voidaan luoda pohjaa myös aineiston kvantitatiiviselle käsittelylle (Syrjäläinen ym. 2008, 116). Analyysissä avulla pyritään tiivistämään kerätty tietoaineisto niin, että tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä voidaan yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita voidaan tarkastella. Sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella myös asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–23.) John ja Jill Schostakin (2013, 48) mukaan analyysi on tapa selventää ilmiön tai objektin merkitystä, luonnetta

ja vaikutusta. Heidän mielestään analyysi on prosessi, jossa monimutkaisuutta pyritään pilkkomalla ja luokittelemalla saamaan helpommin hahmotettavaan muotoon. (Schostak & Schostak 2013, 48.)

Analyysi-prosessin kulku voidaan yleisesti jakaa seuraaviin vaiheisiin: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysi voi olla myös monivaiheisempi ja eri vaiheet voivat olla samanaikaisia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24–39.) Analyysin aluksi luin aineistoa läpi ja arvioin, onko valitsemani aineiston perusteella mahdollisuus löytää vastauksia tutkimuskysymyksiini. Lukiessani strategiatekstejä pyrin löytämään niistä potilasturvallisuuteen liittyviä viittauksia.

Aineiston analyysimuodot voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: aineistolähtöinen, teorialähtöinen ja teoriaohjaaja analyysi. Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt saadaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ohjaamana ja niistä pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Teoriaohjaava analyysi etenee aluksi aineistolähtöisesti ja tutkija valitsee analyysiyksiköt aineistosta. Tutkija siirtyy tutkimuksen kuluessa käyttämään teoriaa apuna analyysin etenemisessä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä analyysia ohjaa tutkimuksessa kuvattu teoria, (Tuomi 2008, 128–135.) teoreettinen viitekehys tai käsitejärjestelmä ja aineiston analyysiä ohjaa malli, teema tai käsitekartta. Ensimmäisenä vaiheena on analyysirungon muodostaminen, joka voi olla strukturoitu, tarkasti analyysia ohjaava tai väljästi ohjaava. Mikäli analyysirunko on väljä, analyysi muistuttaa osittain aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Toisessa vaiheessa aineistosta etsitään systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia, jotka pelkistetään kirjoittamalla ne tiivistettyyn muotoon ja ryhmitellään analyysirungon mukaisiin luokkiin eli kategorioihin. Analyysiä voidaan haluttaessa jatkaa kategorioita kvantifioimalla eli laskemalla kuinka monta kertaa kategorian sisältämä asia ilmenee aineistossa tai kuinka moni tutkittava ilmaisee kyseisen asian. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2003, 30–34.)

Teoriaan ja aineistoon perehdyttyäni päätin edetä tutkimuksessani teorialähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Luettuani aineiston kahteen kertaan läpi, muokkasin analyysikehikon käyttäen jaottelussa suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa olevaa potilastur-

vallisuuden edistämisen tavoitteiden jaottelua. Analyysiyksiköksi valitsin potilasturvallisuuden edistämiseen liittyvät ilmaukset. Eila Latvalan ja Liisa Vanhanen-Nuutisen (2003, 25–26) mukaan analyysiyksikön valintaan vaikuttaa tutkimustehtävä ja aineisto. Yleisimmin analyysiyksiköksi valitaan sana, lause, lauseen osa, yhden tai useamman lauseen muodostama ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Analyysissä on usein tarpeen kiinnittää huomiota myös asiayhteyteen jossa ajatuskokonaisuus esiintyy. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2003, 25–26.) Roy Hornin (2009, 146–147) mukaan analyysiyksikön valinta on tutkimuksen kannalta erittäin merkityksellinen asia. Mihin tahansa tutkimustehtävään voidaan hakea vastausta monin vaihtoehtoisin tavoin ja tutkijan valinnat ratkaisevat tutkimuksen suunnan. Analyysiyksikön valinnan yhteydessä tutkijan on päätettävä, tarkasteleeko hän ainoastaan ilmaisujen esiintymistä vai myös ilmausten määrää aineistossa. (Horn 2009, 146–147.)

Tutkimusprosessiani jatkoin lukemalla aineiston läpi jälleen huolellisesti ja poimimalla siitä analyysikehikon ohjaamana kaikki potilasturvallisuuteen liittyvät ilmaukset. Olin tulostanut strategiatekstit analyysiä varten ja teksteihin merkitsin korostustuseilla valitsemani analyysiyksiköt. Tutkimukseni eteni näin deduktiivisen päättelyprosessin mukaisesti yleisistä potilasturvallisuuteen liittyvistä tavoitteista yksityiskohtaisiin strategioissa kuvattuihin teemoihin. Jouni Tuomen (2008, 107–110) mukaan tutkimuksessa käytettävä päättelyprosessi voidaan jakaa etenemisen mukaan kolmeen eri tyyppiin: induktiivinen, deduktiivinen ja abduktiivinen. Induktiivinen etenee johdonmukaisesti yksityiskohdista yleiseen ja deduktiivinen puolestaan päinvastaiseen suuntaan eli yleisestä yksityiskohtiin. Abduktiivisessa päättelyssä havaintojen tekoa ohjaa tutkijan ajatus siitä mitkä ovat tutkimuksen kannalta oleellisia seikkoja ja hän keskittää huomionsa niihin. Tutkijan toimintaa voi ohjata esim. jokin tutkimuksen teoriasta esiin noussut havainto tai yhteenveto. (Tuomi 2008, 107–110.)

Analyysiyksiköiden merkitsemisen jälkeen koetin jaotella ilmauksia suoraan analyysikehikon mukaisiin luokkiin. Jaottelu ei kuitenkaan onnistunut, joten jatkoin analyysiä ryhmittelemällä samaa tarkoittavia ilmauksia. Ryhmittelyn jälkeen pelkistin ilmauksia tiiviiseen muotoon. Pelkistin ilmauksia kuitenkin vain sen verran, että ilmausten sisältö ja tarkoitus säilyi. Nämä pelkistetyt ilmaukset ryhmittelin analyysikehikon ohjaamana eri alaluokkiin. Ryhmittelyn jälkeen luin strategiatekstit vielä uudelleen läpi ja varmistin että

olin tulkinut valitsemani ilmaukset oikein. Tällä lukukerralla poimin tekstistä vielä toiminnan laatuun liittyviä ilmauksia, joissa ei ollut suoraa viitettä potilasturvallisuuden edistämiseen ja tein näistä ilmauksista analyysikehikkoon vielä yhden pääluokan. Tämän jälkeen tarkistin teoriaa ja aineistoa vertaamalla että ryhmittelyni oli looginen ja teoriaa sekä aineistoa vastaava. Tarkistettuani näin vielä kerran tekemäni analyysin siirryin tutkimuksessa tutkimustulosten esittämiseen. Tutkimustuloksia kirjoittaessani palasin vielä aineistossa oleviin alkuperäisiin ilmauksiin ja poimin niistä kuvaavia sitaatteja. Toiseen tutkimustehtävään vastatessani palasin vielä analyysikehikkoon kokoamaani tutkimusaineistoon ja kvantifioin eli laskin eri potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteisiin liittyvät ilmaukset. Samalla laskin myös kuinka monia potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteita kussakin strategiassa tuli esille. Näiden aineistoon liittyvien määrällisten analyysien jälkeen jatkoin vastaamista toiseen tutkimustehtävään.

Analyysi prosessin jälkeen arvioituna, analyysini käynnistyi teorialähtöisenä analyysinä ja analyysikehikon laadin teorian ohjaamana. Analyysin kuluessa poimin aineistosta ilmauksia myös analyysikehikon ulkopuolelta ja täydensin analyysikehikkoa aineiston ohjaamana. Analyysissäni olen siten käyttänyt sekä teorialähtöisen sisällönanalyysin että teoriaohjaavan sisällönanalyysin elementtejä. Samalla päättelyni on edennyt sekä induktiiviseen että deduktiiviseen suuntaan analyysin eri vaiheissa.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

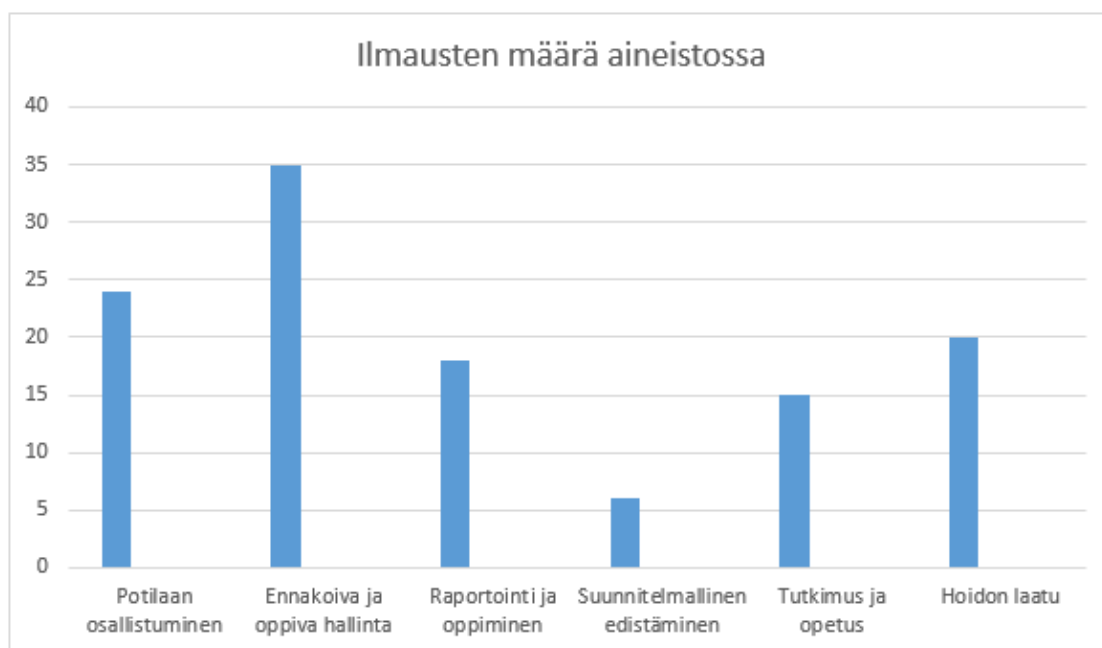
5.1 Tutkimusaineiston kuvaus

Tässä työssäni tutkimusaineisto muodostui viidentoista (n=15) sairaanhoitopiirin strategiasta. Tutkimusajankohtana sairaanhoitopiirejä oli olemassa yhteensä 20 eli tutkimuksessa oli mukana 75 % sairaanhoitopiireistä. Strategiatekstit kokosin sairaanhoitopiirien julkaisemilta internet-sivuilta sellaisessa muodossa kuin ne olivat sivustoilla nähtävinä. Aineistoa en täydentänyt hankkimalla käyttöön esimerkiksi sairaanhoitopiirien erillisiä potilasturvallisuusstrategioita. Strategiatekstien laajuus vaihteli suuresti. Lyhimmän strategian sivumäärä oli 8 sivua ja pisimmän 91 sivua. Yhteensä aineistoa kertyi 327 sivua. Aineistoon otin mukaan kaiken sen tekstin, joka muodosti sairaanhoitopiirin strategian. Strategioiden laajuuden huomattavaan vaihteluun vaikutti se, mitä organisaation toiminnan suunnitteluun liittyviä osioita strategiaan oli otettu mukaan. Suppeimmillaan strategiateksti sisälsi organisaation toiminta-ajatuksen, vision, perustehtävän, toimintalinjat ja tavoitteet. Laajimmillaan sairaanhoitopiirin strategian muodostivat arvot, päämäärät, tunnuslause, miljoonapiiristrategia, tavoitteet toimintayksiköiden työnjaosta, toiminta- ja taloussuunnitelman sisältämistä toimenpiteistä ja selvityksistä, talousarviosta sekä sen sisältämistä talousarvion sitovista toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista. Strategiat ovat sisällöltään osittain hyvin pelkistettyä ja tiivistettyä tekstiä, joka vaikutti sisällönanalyysin etenemiseen.

5.2 Potilasturvallisuus strategisena tavoitteena

Tässä luvussa esitän tuloksia liittyen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Tulosten tarkastelussa käytän analyysikehikossa käyttämäni ryhmittelyä potilasturvallisuuden edistämisen osa-alueista. Ryhmittely vastaa suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteiden ryhmittelyä ja koostuu viidestä potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueesta. Potilasturvallisuus on hoidon laadun keskeinen osatekijä. Potilasturvallisuuden parantaminen liittyy myös oleellisesti toiminnan laadun parantamiseen. Luvun loppuun olen siksi koonnut strategioissa esiin tulleita toiminnan laatuun liittyviä ilmaisuja, jotka eivät ole sisältyneen analyysikehikon muihin osioihin. Kuviossa 3. olen tiivistetysti esittänyt

kuinka aineistossa tuli määrällisesti esille potilasturvallisuuden edistämiseen ja laatuun liittyviä teemoja.



KUVIO 3. Potilasturvallisuuden edistämiseen ja hoidon laatuun liittyvien ilmausten määrä tutkimusaineistossa (teksti mukailtu STM 2009:3)

Jokaisen potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteen kohdalla olen aineistoon ja omaan päättelyyni perustuen laatinut tutkimuksen tuloksista kuvion. Kuviossa olen sijoittanut kuhunkin potilasturvallisuuden edistämisen osa-alueeseen liittyvät strategioissa esiintyneet edistämisen teemat sille organisaatiotasolle, johon sen toteuttaminen pääasiallisesti painottuu. Kuviolla olen halunnut konkretisoida strategioissa esitettyjen teemojen vaikutusta organisaation toimintaan. Organisaation olen kuviossa esittänyt kolmitasoisena: yksilötaso, yhteisötaso sekä organisaatiotaso ja kuvion sisäkkäisillä alueilla kuvaan tasojen keskinäistä yhteyttä. Yksilötasolla toimijana tai toiminnan kohteena on, eri potilasturvallisuuden edistämisen teemoihin liittyen, potilas, terveydenhuollon ammattilainen tai opiskelija.

5.2.1 Potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen

Potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen tulee strategioissa esille sekä potilaaseen liittyvänä tekijänä että ammattilaisten toimintana. Yhtenä tavoitteena on parantaa potilaan tiedonsaantia tutkimuksista ja hoidosta. Tiedonsaannin edistäminen tulee esille myös potilaan läheisiin ja omaisiin liittyvänä tekijänä.

”Potilas ja muut hoitoon osallistuvat saavat tiedon sairaudesta, tutkimisen ja hoidon etenemisestä.”

Potilaan aktiivinen rooli omaan hoitoonsa liittyen tulee esille potilaan osallistumiseen liittyvissä tavoitteissa. Osallistumista pyritään parantamaan koko hoitoprosessin osalta ja samalla huomioidaan myös potilaan omaisten ja läheisten osallistumisen vahvistaminen. Strategioissa esitettyjen tavoitteiden mukaan potilaan tulisi olla osallisena toiminnan suunnittelussa, toteuttamisessa sekä arvioinnissa ja hänen vaikutusmahdollisuutensa tulisi huomioida prosessin eri vaiheissa.

”Potilas ja hänen läheisensä ovat mukana suunnittelemassa, toteuttamassa ja arvioimassa hoitoa mahdollisuuksiensa mukaan.”

”Potilaan sekä omaisen vaikutusmahdollisuus huomioidaan.”

”Potilailla on valinnanmahdollisuuksia ja he osallistuvat aktiivisesti omaan ja läheistensä hoitoon.”

Ohjaus ja neuvonta tulevat strategioissa esille potilasta voimaannuttavina tekijöinä. Potilaiden ohjaus tulee esille lisäksi keinona tukea potilasta ja mahdollistaa siten potilaan osallistuminen hoitoprosessinsa eri vaiheisiin.

”Kehitämme potilaan tarpeista lähtevää ohjausta ja neuvontaa sekä rohkaissamme potilasta osallistumaan hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon.”

Palautteen antaminen hoidon toteutumisesta tuulee esille sekä potilaan että organisaation näkökulmista. Potilaan mahdollisuus antaa palautetta saamastaan hoidosta tulee esille potilaan oikeutena. Palautteen merkitys tulee esille myös organisaation toiminnan kehittämisen suuntaajana ja laadun mittarina.

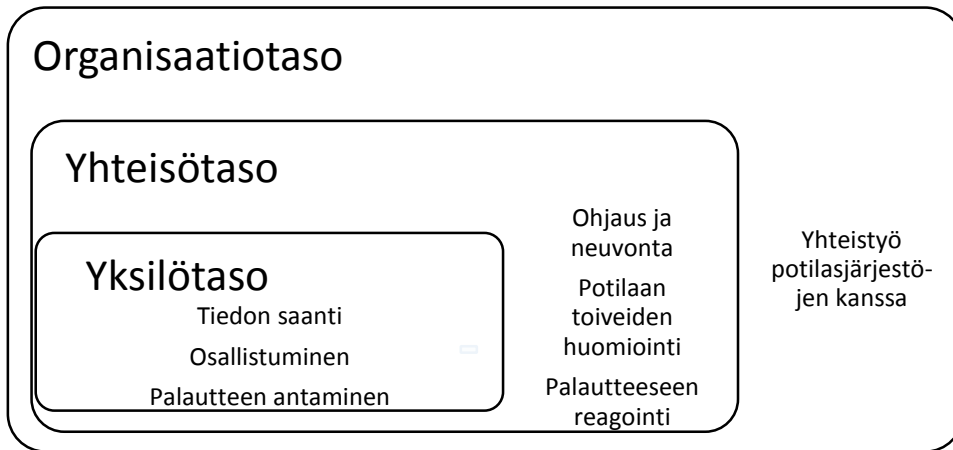
”Potilaalla on mahdollisuus jatkuvasti antaa palautetta saamastaan hoidosta ja yksikön toiminnasta”

”Asiakaspalaute on tärkeää toiminnan kehittämisessä laadukkaammaksi.”

Strategioissa tulee esille pyrkimys toiminnan kehittämiseen yhteistyössä potilaan ja häntä edustavien tahojen kanssa. Tavoitteena on hoitoprosessien ja tukitoimien kehittäminen yhteistyössä potilasjärjestöjen kanssa.

”Laaditaan ehdotukset koskien potilaiden vastuuta omasta terveydestään ja itsehoidon lisäämisen tukitoimista, työryhmään kutsutaan mukaan mm. potilas- ja kansalaisjärjestöjen edustajat.”

Potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen tulee strategioissa esille kaikkia organisaation tasoja koskevinä tavoitteina. Toiminnan toteuttamisen painopisteet organisaatiossa vaihtelet asetetun tavoitteen mukaan ja osa tavoitteista painottuu yhtälailla läpi organisaation. Keskeistä on että organisaation johdolla on kokonaisvastuu potilasturvallisuuden edistämisestä (Potilasturvallisuuden työkalut – valiokunta).



KUVIO 4. Potilaan potilasturvallisuuden edistämiseen osallistumisen – tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa (teksti mukailtu STM 2009:3)

Strategioissa esille tulleet potilaan osallistumisen teemat olen kuviossa 4. sijoittanut sille organisaatiotasolle, johon tavoitteen toteuttaminen pääasiallisesti painottuu. Potilaaseen liittyvinä teemoina osallistuminen, tiedon saanti ja palautteen antaminen toteutuvat selkeimmin yksilötasolla. Työyhteisön toimintatavat ja toimintakulttuuri ovat selkeästi yhteydessä siihen, kuinka ohjaus ja neuvonta toteutetaan, miten potilaan toiveet huomioidaan ja kuinka saatuun palautteeseen reagoidaan. Yhteistyön tekeminen potilasjärjestöjen kanssa on organisaatiotasolle painottuva teema, vaikka se käytännön toimintana voi toteutua myös yksilö- ja yhteisötasolla.

5.2.2 Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla

Potilasturvallisuuden hallinta tulee strategioissa esille resurssien ja toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Henkilöresurssien määrän ja laadun tulisi tavoitteiden mukaisesti vastata toiminnan tarpeita. Tavoitteena on myös henkilöstön osaamisen kehittäminen ja ammattitaidon parantaminen.

”Riittävästi erittäin osaavaa, motivoitunutta henkilöstöä.”

”Arvostetaan henkilöstön tietotaitoa, sen ylläpitämistä ja nostamista.”

”Ammattitaidon ylläpito ja oman toiminnan jatkuva kehittäminen mm. kouluttautumisen kautta on edellytys laadukkaalle työlle.”

Potilasturvallisuuden ennakoiva hallinta tulee esille prosessien toimivuuden ja kehittämisen tavoitteina. Strategiategesteissä tulee esille pyrkimys siirtyä turvallista hoitoa tukeviin toimintatapoihin ja prosesseihin.

”Hoitoprosesseja suunnitellaan huomioiden potilasturvallisuuden vaatimukset.”

”Prosesseissa korostetaan laatua ja palvelujen saatavuutta”

Potilasturvallisuuden ennakoivan hallinnan toimintatapa ilmenee toiminnan aktiivisen arvioinnin tavoitteina. Toiminnan laadun arvioinnissa tulee esille organisaation toiminnan sisäinen arviointi, mutta myös osallistuminen valtakunnallisiin ja kansainvälisiin seurantaohjelmiin. Oleellisena osana arvioinnin rinnalla tulee strategioissa esille toiminnan kehittäminen arvioinnin perusteella, sekä laadun- ja riskienhallinnan menettelyjen kehittäminen.

”Potilasturvallisuutta arvioidaan aktiivisesti ja havaittuihin poikkeamiin puututaan korjaavin toimenpitein välittömästi.”

”Hoidon laatua arvioimme osallistumalla valtakunnallisiin ja kansainvälisiin hoitotulosten seurantaohjelmiin ja seuraamalla mm. muistutusten, kanteluiden, potilasvahinkojen ja sairaalainfektioiden määrää.”

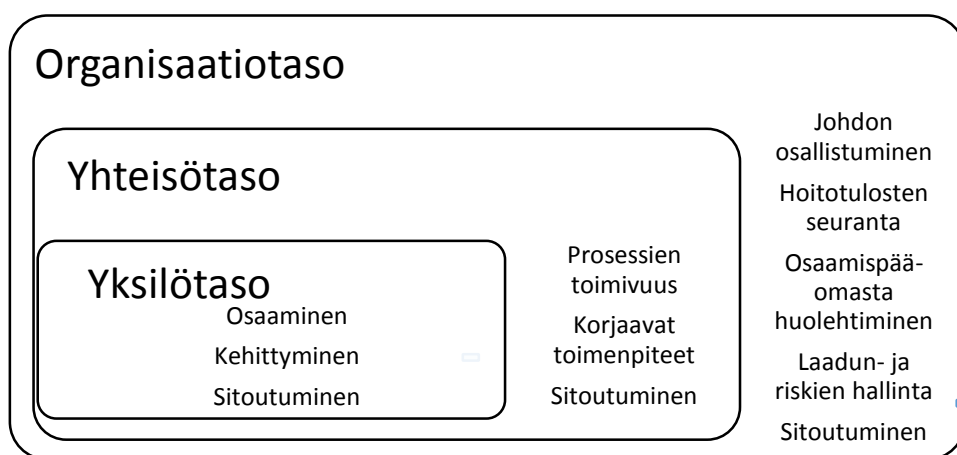
”Laadunhallinnan kehittämiseen ja ohjeistuksen päivittämiseen kiinnitetään jatkuvaa huomiota.”

Johdon vastuu sekä sitoutuminen tulevat esille toiminnan suunnittelun ja koordinoinnin näkökulmista. Tavoitteet painottavat johdon keskeistä roolia toiminnan käynnistäjänä ja ohjeistajana.

”Riskienhallinnan menettelyt kuvataan ja saatetaan osaksi johtamista ja toiminnanohjausta koulutuksen avulla.”

”Potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa koskevat linjanvedot määritellään sairaanhoitopiirin johdon toimesta.”

Strategioissa esille tulleet potilasturvallisuuden ennakoivan hallinnan tavoitteiden mukaiset teemat olen kuviossa 5. sijoittanut organisaation eri tasoille.



KUVIO 5. Potilasturvallisuuden ennakoivan hallinnan – tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa (teksti mukailtu STM 2009:3)

Sitoutuminen tuli tavoitteena esille koskien koko henkilöstöä kaikilla organisaation tasoilla. Osaaminen ja kehittyminen painottuvat strategioissa pääasiassa yksilötasolle. Prosessien toimivuuden ja korjaavien toimenpiteiden kohdalla toiminta painottuu yhteisötasolle. Organisaatiotasolle painottuvat johdon osallistuminen, hoitotulosten seuranta, osaamispääomasta huolehtiminen sekä laadun- ja riskienhallinta.

5.2.3 Vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan

Vaaratapahtumien raportoinnin kehittäminen tulee aineistossa esille organisaation sisäisen toiminnan sekä valtakunnallisena vertailun ja kehittämisen näkökulmista. Tavoitteissa tulee esille pyrkimys avoimuuteen laadun seurantaan liittyvissä menettelyissä, sekä yhteisten toimintatapojen noudattaminen.

”Epäkohdat tuodaan esille avoimesti, rakentavasti sovitulla tavalla ja niistä opitaan.”

”Osallistutaan Erva-alueen yhteisten laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden mittaamista koskevien menettelytapojen kehittämiseen.”

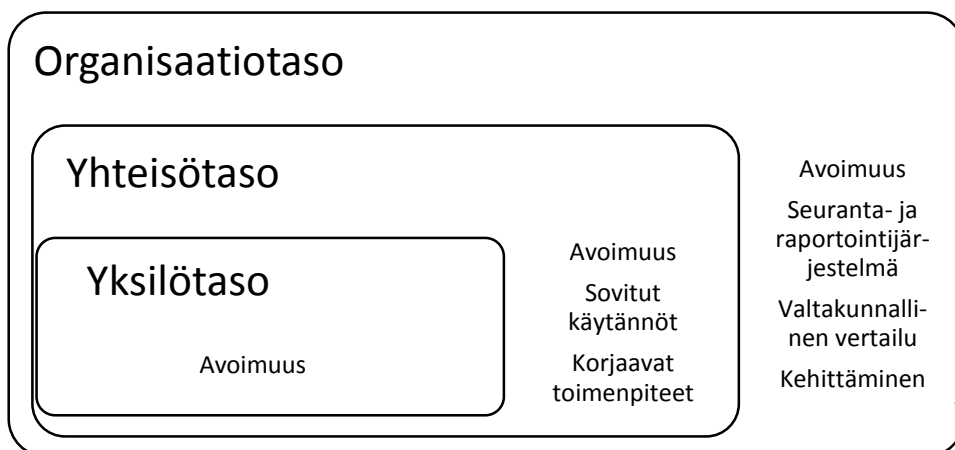
”Vertailutietoa eri hoitopaikkojen laadusta ja potilasturvallisuudesta on julkisesti kaikkien saatavana.”

Strategioissa tulee esille toiminnan kehittäminen raportointijärjestelmistä saatavan tiedon perusteella. Toiminnan kehittämisen päämääränä on toiminnan laadun parantaminen toimintatapoja kehittämällä. Aineistossa tulee esille myös raportointijärjestelmän kehittämisen tarve.

”Potilasturvallisuuden varmistaminen perustuu järjestelmään, jossa turvallisuusriskit ja poikkeamat raportoidaan, analysoidaan ja niihin reagoidaan korjaustoimenpitein.”

”Kehitetään haittojen, riskien ja potilasvahinkojen seuranta- ja raportointijärjestelmää.”

Vaaratapahtumien raportointi ja niistä oppimisen tavoite tulee esille organisaation eri tasojen sitoutumista ja aktiivista toimintaa edellyttävänä tekijänä.



KUVIO 6. Vaaratapahtumien raportoinnin ja niistä oppimisen – tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa (teksti mukailtu STM 2009:3)

Olen havainnollistanut aineistoon perustuen (kuvio 6.), kuinka vaaratapahtumien raportoinnin ja niistä oppimisen tavoitteen mukaiset teemat painottuvat organisaation toiminnassa. Avoimuus tulee esille koko organisaation toimintaa ohjaavana toimintatapana. Sovitut käytännöt ja korjaavat toimenpiteet koskevat koko organisaatiota mutta painottuvat pääasiassa yhteisötasolle. Kehittämisestä, seuranta- ja raportointijärjestelmistä sekä valtakunnallisesta vertailusta huolehtimisen pääpaino sitä vastoin on organisaatiotasoon toiminnassa.

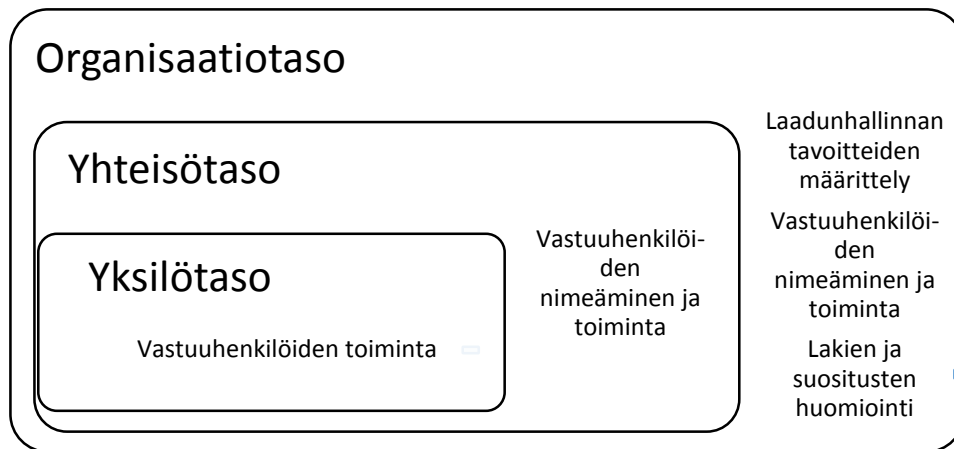
5.2.4 Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin

Potilasturvallisuuden suunnitelmallinen edistäminen painottuu aineistossa organisaatiotasoon toimintoihin. Strategioissa on viittauksia potilasturvallisuuteen liittyviin valtakunnallisiin ohjeistuksiin ja tavoitteena tulee esille toiminnan kehittäminen ohjeiden sekä suositusten suuntaisesti. Tavoitteena on myös laadunhallinnan kehittäminen ja kohdentaminen sekä laatutyöhön liittyvä resursointi.

”Jokaisessa yksikössä kaikilla organisaatiotasolla määritetään laadunhallinnan tavoitteet ja nimetään vastuuhenkilöt.”

”Potilasturvallisuuden edistämiseksi noudatetaan valtakunnallisia ohjeita ja suosituksia.”

Lainsäädännön sekä valtakunnallisten kriteerien hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta, tulisi aineiston mukaan ohjata palvelujen tuottamista.



KUVIO 7. Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin – tavoitteen mukaisten teemojen painottuminen organisaatiossa (teksti mukailtu STM 2009:3)

Potilasturvallisuuden vastuuhenkilöiden nimeäminen painottuu aineistossa yhteisötasolle ja organisaatiotasolle (kts kuvio 7.). Vastuuhenkilöiden toiminta puolestaan on koko organisaation kattavaa toimintaa. Organisaatiotason toimintaan painottuu laadunhallinnan tavoitteiden määrittely ja lakien ja suositusten huomiointi toiminnassa ja toiminnan suunnittelussa.

5.2.5 Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa

Potilasturvallisuuden huomiointi tutkimuksessa ja opetuksessa tulee aineistossa esille tiedon luonnin ja tiedon hyödyntämisen näkökulmista. Tavoitteiksi nousevat uuden tiedon tuottaminen organisaation arjessa ja tutkimustiedon hyödyntäminen käytännön työn tukena.

”Organisaatio luo uutta tietoa”

”Tuotamme terveystieteellisen tutkimuksen avulla uutta tietoa ja osaamista, joiden avulla varmistamme terveyspalvelujen vaikuttavuuden ja ajanmukaisuuden.”

Aineistossa tulee esille terveydenhuollon perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen korkean laadun merkitys henkilöstön osaamisen turvaajana. Tavoitteena on myös tukea terveydenhuoltoalan opiskelijoiden hakeutumista työelämään korkeatasoisen koulutuksen avulla. Koulutuksen merkitys nähdään myös ammattitaitoisen henkilöstön saannin turvaavana tekijänä.

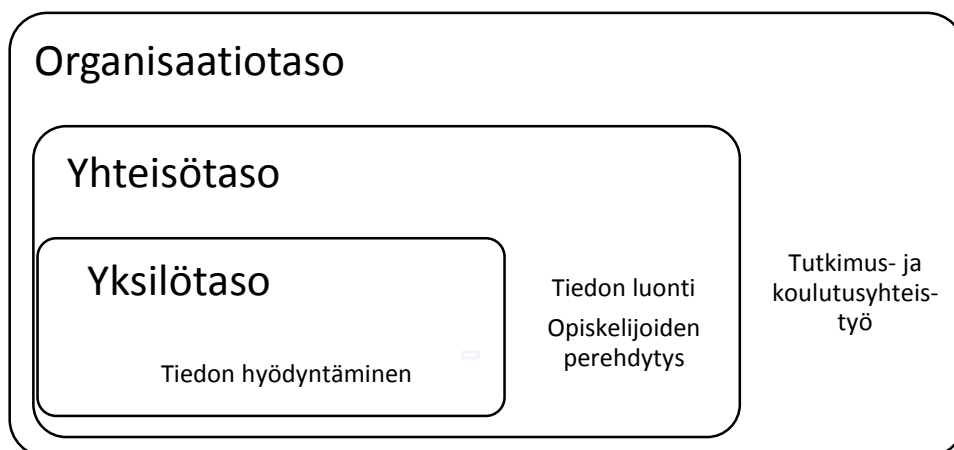
*”Laadukkaalla perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksella turvataan korkeatasoinen osaaminen ja varmistetaan ammattitaitoisen työvoiman saata-
vuus.”*

*”Terveydenhuoltoalalle opiskelevien hakeutumista työelämään tuetaan
laadukkailla työssäoppimisjaksoilla ja hyvällä perehdytyksellä.”*

Koulutus- ja tutkimusyhteistyö eri oppilaitosten kanssa tulee aineistossa esille turvallista hoitoa edistävänä tekijänä. Tavoitteena tulee esille korkeatasoisen hoidon toteutumisen tukeminen potilasturvallisuutta edistävillä kehittämishankkeilla.

*”Potilaiden turvallista ja korkeatasoista hoitoa edistetään kehittämällä ja
ylläpitämällä henkilökunnan osaamista ja uudistumista korkeatasoisen tut-
kimus, kehitys ja koulutustoiminnan avulla yhteistyössä yliopiston ja alueen
muiden tutkimus – ja koulutusyhteisöjen kanssa.”*

Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa – tavoitteen mukaisten teemojen painottumisen organisaatiossa olen havainnollistanut kuviossa 8. Tiedon hyödyntäminen tuli strategioissa esillä lähinnä käytännön toimintaan liittyvänä tekijänä, jolloin sen toteutumisen pääpaino sijoittuu yksilötasolle.



KUVIO 8. Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa – tavoitteeseen liittyvien teemojen painottuminen organisaatiossa (teksti mukailtu STM 2009:3)

Tiedon luonti ja opiskelijoiden perehdytys tuli esille pääasiallisesti yhteisötason toimintaan liittyvinä ilmauksina. Tutkimus- ja koulutusyhteistyöhön liittyvien ilmausten pääpaino oli selkeästi organisaatiotasoon toiminnassa.

5.2.6 Hoidon laatu strategisena päämääränä

Aineistossa tulee esille toiminnan laatuun liittyviä ilmaisuja ja tavoitteita, jotka eivät selkeästi kytkeydy mihinkään potilasturvallisuuden kehittämisen osa-alueeseen. Terveydenhuollossa potilasturvallisuutta voidaan kuitenkin pitää toiminnan laadun keskeisenä osatekijänä. Olen siksi halunnut tässä tulosten tarkastelussa tuoda esille näitä strategioihin sisältyviä ilmaisuja liittyen toiminnan laatuun ja sen kehittämiseen.

Selkeimmin suoraan potilaaseen ja hoitotapahtumiin kohdistuvia, toiminnan laatuun liittyviä tavoitteita aineistossa ovat asiakaslähtöisyyteen ja palveluun liittyvät tavoitteet. Tuloksia tarkasteltaessa pitää kuitenkin muistaa että sairaanhoitopiirillä on henkilöasiakkaiden lisäksi myös muita asiakasryhmiä, joita tavoitteet myös koskevat. Aineistossa tulee esille yksittäisen potilaan hoitoon liittyvinä tavoitteina, hoidon oikea-aikaisuus, vaikuttavuus ja tarkoituksenmukaisuus.

”Osaava ja vaikuttava hoito sekä hyvä palvelu”

”Potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito”

Yleisesti hoidon laatuun liittyvinä tekijöinä tulee aineistossa esille näyttöön perustuva hoito, turvallisuus ja korkeatasoisuus. Hoito- ja toimintaprosesseihin liittyvänä tavoitteena tulee aineistossa esille toiminnan sujuvuus.

”Käytännön työtä ohjaavat yhdessä sovitut, organisaatorajat ylittävät ja näyttöön perustuvat hoito-/palveluketjut.”

”Tarjoamme potilaillemme tarpeelliseksi arvioitua, korkeatasoista ja vaikuttavaa hoitoa turvallisesti ja sairauden kannalta oikea-aikaisesti.”

5.3 Strategia potilasturvallisuuden edistäjänä

Tässä luvussa vastaan toiseen tutkimuskysymykseen kuvaamalla, miten yksittäiset sairaanhoitopiirien strategiat toivat esille potilasturvallisuuden edistämisen teemoja. Tarkoitukseni on kuvata millaista vaihtelua eri sairaanhoitopiirien strategioiden välillä esiintyi ja miten eri teemat painottuivat strategiateksteissä. Strategioiden sisältöä kuvatessani käytän kuvauksessa laadullisen kuvaamisen lisäksi myös määrällistä kuvaamista eli kvantifioin sisällönanalyysillä muodostamiani kategorioita laskemalla kuinka monta kertaa kategorian sisältämä asia tulee esille aineistossa ja kuinka moni tutkittava ilmaisee kyseisen asian. Tarkoitukseni ei ole tehdä laadullisesta aineistosta määrällistä analyysiä, vaan ainoastaan lukujen avulla kuvata aineiston sisällöllistä vaihtelua, joka selkiyttää tutkimustuloksia ja auttaa tutkimustehtävään vastaamisessa.

Kaikissa aineistoon kuuluneissa strategiateksteissä tuli esille potilasturvallisuuden edistämiseen liittyviä teemoja. Yhteensä poimin aineistosta esille 98 potilasturvallisuuteen liittyvää ilmausta ja 20 laatuun liittyvää ilmausta. Kaikissa strategioissa oli hoidon hyvään laatuun liittyviä ilmaisuja. Osa ilmaisuista oli pelkästään toteavia mutta osa oli selvästi tavoitteellisia ilmaisuja. Seuraavassa käyn läpi suomalaisen potilasturvallisuusstrategian asettamien viiden potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteen mukaisten teemojen esiintymisen analysoiduissa strategioissa.

Potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen – tavoitteen mukaisia teemoja tuli esille 13 (n=15) strategiassa. Vain kahdessa strategiassa ei ollut mitään tähän alueeseen liittyvää tavoitetta tai muuta mainintaa. Potilaan osallistumiseen liittyvät ilmaukset olivat 11 strategiassa selvästi tavoitteellisia ja toimintaa linjaavia.

”Tiedonsaantia tutkimuksista ja hoidosta parannetaan.”

Kahdessa strategiassa ilmaukset olivat toteavia.

”Potilaan osallistuminen hoitoon on tärkeää.”

Enimmillään yhdessä strategiassa oli kolme selvästi toimintaa ohjaavaa ilmausta tällä osa-alueella. Yhteensä potilaan osallistumiseen liittyviä ilmaisuja oli aineistossa 24.

Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla – tavoitteeseen liittyviä teemoja oli löydettävissä kaikista strategioista. Tällä osa-alueella oli myös selkeästi eniten toimintaa ohjaavia teemoja. Kahdessa strategiassa oli vain yksi aiheeseen liittyvä ilmaus. Molempien strategioiden ilmaukset liittyivät henkilöstöön.

”Henkilöstön osaamista parannetaan työyksiköissä täsmäkoulutuksen avulla.”

”Riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö.”

Enimmillään yhdessä strategiassa oli viisi selkeästi toimintaa ohjaavaa tavoitetta tällä osa-alueella. Yhteensä potilasturvallisuuden hallintaan liittyviä ilmaisuja oli 35.

Vaaratapahtumien raportointiin ja niistä oppimiseen – tavoitteeseen liittyviä teemoja löytyi yhdeksästä (n=15) strategiasta. Tällä osa-alueella kaikki ilmaukset olivat toimintaa ohjaavia.

”Potilasturvallisuutta mittaavien tunnuslukujen seuranta ja niihin reagointi.”

Enimmillään kahdessa strategiassa oli kolme toimintaan liittyvää teemaa tällä osa-alueella. Yhteensä vaaratapahtumien raportointiin ja niistä oppimiseen liittyviä teemoja aineistossa oli 18.

Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin – tavoitteeseen liittyviä ilmauksia oli aineistossa kaikkein vähiten. Ilmauksia löytyi kuudesta (n=15) strategiasta ja kussakin strategiassa oli yksi tähän osa-alueeseen liittyvä ilmaus. Vain yhdessä strategiassa oli potilasturvallisuuden edistämisen voimavaroihin liittyvä tavoitteellinen ilmaus. Kaikki muut viisi ilmausta liittyivät potilasturvallisuuden suunnitelmalliseen edistämiseen ja neljässä oli viittaus valtakunnallisten ohjeistusten huomiointiin toiminnan suunnittelussa.

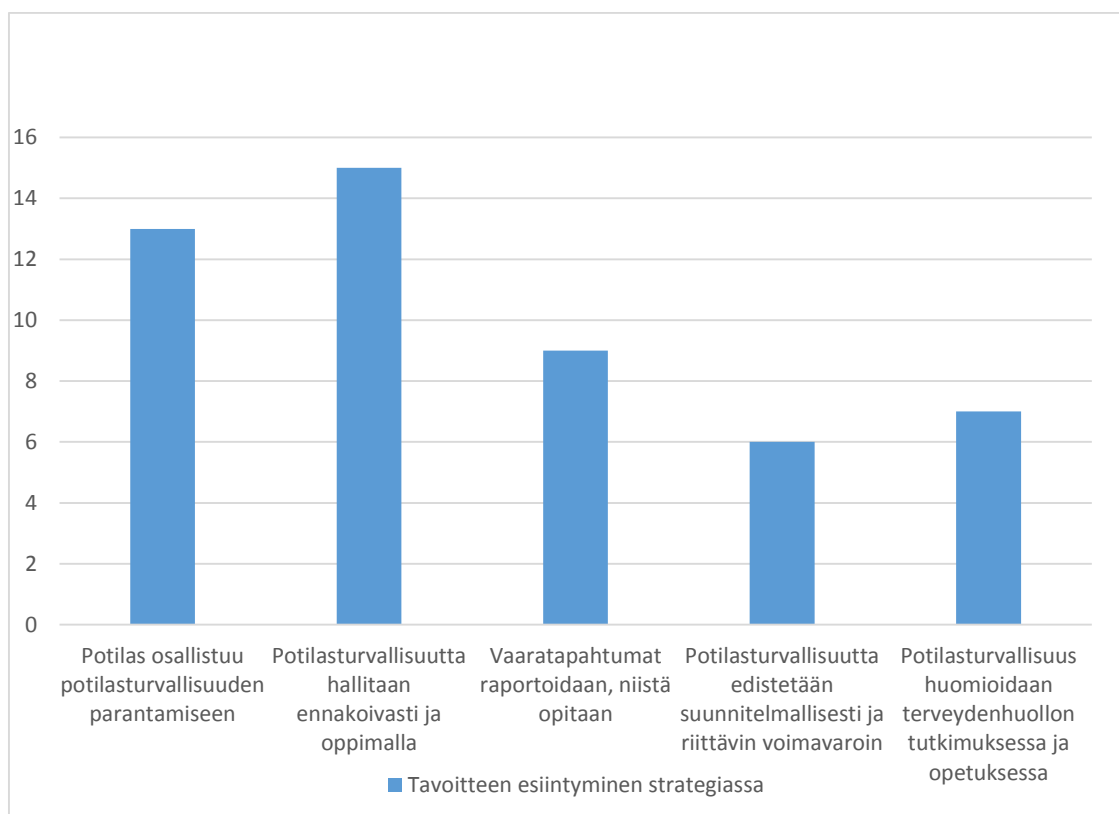
”Palvelujen tuottamisessa huomioidaan lainsäädäntö sekä valtakunnalliset kriteerit hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta.”

Yhteensä potilasturvallisuuden suunnitelmalliseen edistämiseen riittävin voimavaroin liittyi kuusi ilmausta koko aineistossa.

Potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa – tavoitteeseen liittyviä ilmauksia oli seitsemässä (n=15) strategiassa. Jokaisessa näissä seitsemässä strategiassa oli viittaus koulutukseen, tutkimukseen oli viittaus kuudessa strategiassa.

”Kattavalla perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksella sekä kliinisellä tutkimuksella turvataan korkeatasoinen osaaminen.”

Enimmillään kahdessa strategiassa oli molemmissa kolme aihe-alueeseen liittyvää teemaa ja yhteensä koko aineistossa oli 15 ilmausta liittyen tähän tavoitteeseen.



KUVIO 9. Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteiden esiintyminen sairaanhoitopiirien strategioissa tässä tutkimusaineistossa (n=15) (teksti mukailtu STM 2009:3)

Tutkimusaineistoon kuuluneiden strategioiden välillä oli selkeitä sisällöllisiä eroja siinä, kuinka kattavasti niissä esiintyi potilasturvallisuuden edistämisen eri osa-alueille liittyviä teemoja. Edellä olen kuvannut eroja ja kuviossa 9. havainnollistan kuinka monessa strategiatekstissä löytyi kuhunkin potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteeseen liittyviä teemoja. Kaikissa strategioissa oli ilmaisuja, liittyen potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla – tavoitteeseen. Kahta strategiaa lukuun ottamatta, kaikissa strategioissa oli ilmauksia, liittyen potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen – tavoitteeseen. Selkeästi vähiten eli vain kuudessa strategiassa oli ilmaisuja, liittyen potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin – tavoitteeseen. Ainoastaan seitsemässä strategiassa oli ilmaisuja, liittyen potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa – tavoitteeseen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Sirkka Hirsjärvi työryhmineen (2007, 226–227) tuo esille, että vaikka tutkimuksissa pyritään välttämään virheitä niin silti tutkimusten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Onkin perusteltua että tutkija itse tutkimusraportissaan arvioi tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää useita eri tapoja. Tutkimuksen reliabelius (luotettavuus) tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa samasta aineistosta eri mittauskerroilla sama tulos. Toinen tutkimusten luotettavuuden arvioinnissa yleisesti käytetty käsite on validius (pätevyys). Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata aivan tarkasti juuri sitä ilmiötä jota halutaan tutkia. Esitetyt menettelytavat ovat hyvin sovellettavissa määrälliseen tutkimukseen mutta laadullisessa tutkimuksessa niiden käyttö ei ole ongelmaton. Kuitenkin myös laadullisten tutkimusten luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi arvioida joillain tavoilla. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija voi parantaa tutkimuksen luotettavuutta kuvaamalla lukijalle tutkimuksen kulun kaikki vaiheet selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Raportissa olen kuvannut tutkimusaineiston hankinnan, siihen liittyvät rajaukset sekä tekemäni tutkimukselliset valinnat luvussa 4.1. Aineistosta jätin pois neljän sairaanhoitopiirin strategian siksi, että ne olivat internet-sivuilla ilmaistu kovin suppeasti. Tutkimuksen kannalta olisi ollut hyödyllistä selvittää, olivatko esitetyt strategiatekstit vain suppea tiivistelmä kattavammasta strategiasta, jolloin niiden pois jättäminen ei luultavasti vaikuttanut oleellisesti tutkimuksen tulokseen. Mikäli niukat strategiatekstit olivat kokonaisuudessaan sairaanhoitopiirin strategioita, niiden pois jättäminen vaikutti tutkimustulokseen. Tutkimus antaa tällöin positiivisemmän kuvan siitä kuinka hyvin strategioissa on esitetty potilasturvallisuuteen liittyviä teemoja. Toisaalta niukat strategiatekstit antavat kuvan strategisen johtamisen ja erityisesti strategian laatimisen valmiudesta organisaatiossa. Tätä kohtaa aineiston osalta voidaan kuitenkin pitää tutkimuksessani heikkoutena. Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytän sisällönanalyysiä ja analyysin etenemisen kaikki vaiheet sekä päättelyyni vaikuttaneet tekijät olen kuvannut luvussa 4.2.

Käytän tutkimuksen luotettavuuskriteereinä Jari Kylmän ja Taru Juvakan (2007, 128–129) esittämiä arviointikriteereitä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys, jotka he ovat koonneet Yardleyn (2000), Mays & Popen (2000) ja Lincoln &

Cuban (1985) mukaan. Nämä luotettavuuskriteerit ovat laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytettyjä.

Uskottavuus (credibility) tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta. Tutkimuksen tekijän on varmistettava että tutkimustulokset vastaavat tutkimusaineiston antamaa kuvaa tutkimuskohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tutkimusta tehdessäni olen käyttänyt runsaasti aikaa tutkimusaineiston lukemiseen ja tekstin merkityssisällön ymmärtämiseen. Tämä on ollut tarpeellista, koska strategiatekstit ovat osittain hyvin pelkistettyjä ja tekstin tulkinta vaatii ilmaisen avaamista sen oikeassa asiayhteydessä. Luokitteluja tehdessäni olen jatkuvasti verrannut tekemääni tulkintaa aineiston alkuperäisiin ilmauksiin ja varmistanut siten tulosten vastaavuuden aineiston kanssa. Tutkimusta tehdessäni olen tehnyt muistiinpanoja tutkimuksen etenemisestä ja tekemistäni tutkimuksellista valinnoista. Tutkimusraportissa olen tulosten yhteydessä käyttänyt suoria lainauksia aineista selventämään lukijalle aineiston ja tulosten välistä vastaavuutta.

Vahvistettavuus (dependability, auditability) liittyy koko tutkimusprosessiin ja tarkoittaa prosessin kuvaamista niin tarkasti että toinen tutkija voi seurata miten tutkimus on edennyt ja kuinka tutkimustuloksiin on päästy. Tämä kriteeri on osin ongelmallinen, koska laadullisessa tutkimuksessa toinen tutkija ei saman aineiston perusteella välttämättä päädy samaan tulkintaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Raportissa olen kuvannut keskeisiltä osin tutkimuksen kulun ja tekemäni valinnat siten, että toisen tutkijan on mahdollista seurata tutkimusprosessin kulkua. Raporttia kirjoittaessani olen hyödyntänyt tutkimuksen aikana tekemiäni muistiinpanoja. Raportissa olen kuvannut myös sen, kuinka olen tutkimuksen kuluessa tarkentanut ja muuttanut ennakkoon tekemääni suunnitelmaa tutkimuksen kulusta. Vahvistettavuutta ja tutkimuksen toistettavuutta lisää se, että olen tutkimuksen analyysikehikossa käyttänyt yleisesti saatavana olevan suomalaisen potilasturvallisuusstrategian tavoitteita.

Refleksiivisyyden Jari Kylmä ja Taru Juvakka (2007, 129) kuvaavat arviointikriteerinä Mays ja Popen (2000) mukaan. Tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja hänen on arvioitava sitä, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Tutkijan on kuvattava nämä asiat tutkimusraportissaan. (Kylmä & Ju-

vakka 2007, 129.) Reflektiivisyyden osalta tutkimukseni luotettavuutta parantaa tutkimusaineiston laajuus ja tekemäni rajaukset. Tutkijana halusin saada kattavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä ja siksi päädyin mahdollisimman laajaan otokseen. Tutkimuksesta rajasin harkitusti pois neljä strategiaa, joiden kuvaukset organisaatioiden sivustoilla olivat niin suppeat, että niiden analysointi sisällönanalyysillä ei olisi antanut totuudenmukaista kuvaa ilmiöstä. Lisäksi rajasin aineistosta pois sen organisaation strategian, jossa itse työskentelen lähijohtajana. Näillä rajauksilla halusin yhtenäistää aineistoa ja vähentää oman ammattiasemani vaikutusta tutkimustulokseen. Tutkimuksen tekoon lähdin hyvin avoimin mielin, koska minulla ei ollut ennakkokäsitystä tutkimustuloksesta. Ennakkokäsityksen puute paransi mielestäni analyysin teon luotettavuutta, koska tutkimustulokset syntyivät puhtaasti aineiston ja teorian vuoropuhelun tuloksena. Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi on tutkijan ymmärrykseen ja tulkintaan perustuva menetelmä. Tutkijana pyrin kuitenkin tiedostamaan tämän ja arvioin kriittisesti tekemiäni tutkimuksellisia valintoja koko tutkimusprosessin ajan.

Siirrettävyyden (transferability) Jari Kylmä ja Taru Juvakka (2007, 129) kuvaavat Lincoln ja Cuban (1985) mukaan. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuskohteesta, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen tässä tutkimuksessa käyttänyt aineistona valmista tekstiaineistoa, joka on julkisesti kaikkien saatavana. Aineistoon on mahdollisuus vapaasti tutustua ja se lisää mielestäni tutkimuksen siirrettävyyttä. Tutkimukseni on omaan aikaansa sijoittuva kuvaus ilmiön tilasta. Strategiatekstien uusiutumisen myötä myös ilmiön tila muuttuu ja toistetulla tutkimuksella päivitetystä aineistosta saadaan uusi kuvaus ilmiön tilasta. Tutkimusraportissa en ole nimennyt niitä sairaanhoitopiirejä, joiden strategiat eivät ole mukana aineistossa. Tämä on ollut tarkoituksellinen tutkimuksellinen valinta. Tutkimukseni tarkoitus on ollut kuvata ilmiötä yleisellä tasolla, eikä vertailla yksilöityjen kohteiden tilaa tutkittavan ilmiön suhteen.

Tutkimuksen tekemiseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka on otettava huomioon tutkimuksen teossa. Etiikassa keskitytään kysymyksiin hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Eettisesti hyvän tutkimuksen tekeminen edellyttää, että tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27.) Tutkimusta tehdessäni olen

tutustunut tutkimuskirjallisuudessa annettuihin eettisiin ohjeisiin ja noudattanut niitä tutkimusta tehdessäni. Olen tutustunut myös Itä-Suomen yliopiston antamiin ohjeisiin tutkimuksen tekijöille. Tutkimuksessani olen merkinnyt lähdeviittaukset annettujen ohjeiden mukaisesti. Tutkimusraportissa olen selostanut käyttämäni menetelmät ja aineistosta tekemäni päätelmät mahdollisimman selkeästi ja totuudenmukaisesti. Tutkimustuloksia arvioin kriittisesti ja tuon esille myös tutkimukseen liittyvät heikkoudet.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tässä työssä tarkoituksena oli kuvata kuinka potilasturvallisuuden edistäminen tulee esille sairaanhoitopiirien julkisissa strategioissa. Tutkimustulos on kuvaus ilmiöstä tietynä hetkenä, eikä ilmiön tilaa voida pitää pysyvänä. Yksi tutkimuksen keskeinen tulos on kuvaus siitä, miten suomalaisen potilasturvallisuusstrategian potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteet esiintyvät sairaanhoitopiirien strategioissa. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että analysoidut strategiat sisältävät varsin paljon potilasturvallisuuden liittyviä tavoitteita ja tavoitteita oli kaikissa analysoiduissa strategioissa. Luvussa 5.2 olen kuviossa 3. esittänyt tiivistetysti kuinka paljon eri potilasturvallisuuden edistämisen osa-alueisiin liittyviä ilmauksia aineistossa esiintyi. Selkeästi eniten ilmauksia liittyi, potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla – tavoitteeseen. Tähän tavoitteeseen liittyi paljon osaavan henkilöstön turvaamiseen liittyviä ilmauksia. Tähän voi olla vaikuttamassa yleinen huoli terveydenhuollon henkilöstön riittävydestä tulevaisuudessa ja siksi henkilöstöön liittyvät tavoitteet ovat nousseet osaksi kaikkia analysoituja strategioita. Tavoite henkilöstön riittävydestä ja ammattitaidosta ei siis välttämättä liity yksinomaan potilasturvallisuuteen, vaan yleisesti toiminnan turvaamiseen ja sujumiseen. Selvästi vähiten ilmauksia liittyi, potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin – tavoitteeseen. Ilmausten niukkuuteen voi vaikuttaa se, että terveydenhuollon toimintayksiköillä tulee olla lain mukaan laadittuna erillinen suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Tässä erillisessä suunnitelmassa tulee nimenomaan ilmetä potilasturvallisuuden edistämisen menettelytavat, vastuhenkilöt ja voimavarat sekä tavoitteet.

Toinen merkittävä tutkimustulos on kuvaus siitä kuinka strategiat vaihtelivat keskenään potilasturvallisuuden edistämisen teemojen esilletuomisen suhteen. Luvussa 5.3 kuviossa

9. olen esittänyt kuinka monessa strategiassa kukin suomalaisen potilasturvallisuusstrategiaan liittyvä tavoite esiintyi. Analyysi osoitti että strategioiden välillä oli merkittäviä eroja siinä, kuinka kattavasti niissä tuli esille potilasturvallisuuden edistämisen eri osaluokkia. Tulosta voidaan tarkastella Karen Pukk Härenstamin työryhmän (2009) tekemän tutkimuksen tuloksiin vertaamalla. Härenstamin työryhmän tutkimuksessa tuli esille eroja siinä, millaisen painoarvon terveydenhuollon johtajat antoivat potilasturvallisuudelle ja mitä he pitivät sopivina strategioina potilasturvallisuuden edistämiseksi. Heidän tutkimuksensa osoitti että vajaa puolet johtajista piti organisaation olemassa olevaa toimintamallia potilasturvallisuuden kannalta hyvänä ja koki, että vain pieniä muutoksia tarvittiin toiminnan parantamiseksi. Lähes puolet johtajista ei siis kokenut tarvetta merkittäviin toiminnallisiin muutoksiin. Tässä tutkimuksessani tuli esille selvä vaihtelu siinä, mitkä potilasturvallisuuteen liittyvät kysymykset oli koettu niin tärkeiksi, että niihin liittyvä tavoite oli nostettu osaksi strategiaa. Vaihtelu tuli esille myös eri strategioiden välillä siinä, miten laajasti niissä oli nostettu esille potilasturvallisuuteen ja laatuun liittyviä tavoitteita. Strategisessa johtamisessa tavoitteiden asettaminen on aina valintojen tekemistä useiden vaihtoehtojen välillä. Strateginen päätöksenteko sisältää valinnan siitä, millaisia arvoja organisaatio haluaa asiakkailleen tuottaa. (Virtanen & Stenvall 2010, 127–128.) Potilasturvallisuuden esilletulon strategiateksteissä voidaan siten katsoa ilmentävän organisaation voimavarojen käyttöä ja valintaa siitä mitkä ovat sen keskeisiä toiminnan kehittämiskohteita. Oma tutkimukseni ei antanut mitään vastausta siihen, miksi osa strategian laatijoista oli ottanut laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyvät teemat merkittäväksi osaksi strategiaa. Strategia syntyy aina jonkin ryhmän yhteisen pohdinnan tuloksena ja kullakin ryhmän jäsenellä on mahdollisuus vaikuttaa lopputuloksen sisältöön. Strategioiden sisällön vaihtelu voi siten osittain selittyä myös sillä, kuinka potilasturvallisuuden edistämiseen suuntautuneita henkilöitä strategisten tavoitteiden luomiseen on osallistunut.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta että suurin osa strategioista antaa hyvän hallinnollisen perustan ja tavoitteet potilasturvallisuuden edistämistyölle organisaatioissa. Strategian toteutus on kuitenkin strategiaprosessin haasteellisin vaihe ja vaatii onnistuakseen organisaatiolta hyvää strategisen johtamisen hallintaa (Kamensky 2000, 167). Johtamisella tulisi suunnata organisaation toimintoja niin, että ne tukisivat asetettuihin tavoitteisiin pääsemistä (Parviainen ym 2005, 41–42; Kaplan & Norton 2002, 80–81). Organisaation toimijoiden tulisi olla sellaisella strategisen ajattelun tasolla, että päätöksenteossa

kyetään ottamaan huomioon päätösten merkitys potilasturvallisuuden kannalta ja huomioida etteivät tehdyt päätökset ole ristiriidassa keskenään (vrt. Harisalo 2009, 238–239).

Seuraavaksi tarkastelen tutkimustuloksia vertaamalla niitä esittämiäni aikaisempien tutkimusten tuloksiin. Tutkimustuloksissa tuli esille avoimuus ja sitoutuminen epäkohtien käsittelyyn sekä toimintatapojen muokkaamiseen. Tämä tuli esille koko organisaatiota koskevana toimintatapana ja piti sisällään myös johdon osallistumisen. Marina Kinnunen (2010) on väitöskirjassaan tuonut esille, että erityisen tärkeää virheistä oppimisen kannalta on juuri johdon sitoutuminen potilasturvallisuustyöhön ja virheistä oppimisen mahdollistamiseen.

Tämän tutkimuksen tuloksissa tuli esille vaaratapahtumien raportointijärjestelmästä saatavan tiedon analysointi ja hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä. Kaarina Ruuhilehto työryhmineen (2011) pitää erityisen tärkeänä sitä, että raportointijärjestelmistä saatavaa tietoa käytetään hyödyksi toiminnan kehittämisessä. Tutkimusryhmän mielestä henkilöstön vaaratapahtumien raportointihalukkuuteen vaikuttaa merkittävästi se, että raportointijärjestelmästä saadaan palautetta ja sen hyödyt ovat havaittavissa.

Tuloksissa tuli esille turvallisuusriskien ja poikkeamien analysointi sekä niihin reagointi. Susanne Ullströmin työryhmän (2014) tekemän tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisille on erittäin traumaattista olla osallisena potilasvahingossa. Osallisuudella on pitkäaikaisia vaikutuksia henkilöiden työhyvinvointiin ja henkiseen tasapainoon. Heidän mukaansa työntekijöiden selviytymistä tapahtumasta edistäisi potilasvahingon perusteellinen ja avoin selvittäminen työyhteisössä.

Tutkimustuloksissa tulee esille koulutus- ja tutkimusyhteistyö turvallista hoitoa edistävänä tekijänä. Deborah Tregunnon työryhmä (2014) on arvioinut potilasturvallisuuden integrointia lääketieteen, hoitotieteen ja farmasian opetukseen, opetusta antavan yksikön näkökulmasta. Heidän tutkimuksensa tulokset puoltavat selkeästi oppilaitosten ja työelämän välistä yhteistyötä. Tulosten mukaan potilasturvallisuuden sisällyttäminen opetukseen toteutuu parhaiten oppilaitosten ja työelämän yhteistyön tuloksena. Nämä tutkimus-

tulokset tuovat esille sen, miten keskeisiä tavoitteita potilasturvallisuuteen liittyvät tavoitteet ovat organisaation toiminnan, palveluiden kehittämisen ja henkilöstön hyvinvoinnin kannalta.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämä työ antaa kuvan siitä, miten aineistoon kuuluneissa strategioissa oli tutkimushetkellä otettu esille potilasturvallisuuteen ja laatuun liittyviä teemoja. Tutkimustuloksista ei voida tehdä johtopäätöksiä siitä, mikä on kyseisiin sairaanhoitopiireihin kuuluvien terveydenhuollon toimintayksiköiden potilasturvallisuuden tila. Tutkimustulos antaa kuitenkin näkökulmaa siihen, kuinka merkittäväksi tekijäksi potilasturvallisuuteen liittyvät kysymykset on koettu strategian laatimiseen osallistuneiden toimijoiden keskuudessa. Sairaanhoitopiirin strategia on myös yksi tapa viestiä organisaation tavoitteita ja tulevia kehityssuuntia organisaation sidosryhmille ja asiakkaille. Hannu Vuori (2013) tuo puheenvuorossaan esille, että 1990-luvun taloudellinen lama ja terveydenhuollon voimavarojen niukkuus vauhditti terveydenhuollon laatutyötä. Laman seurauksena haluttiin niukat voimavarat käyttää mahdollisimman laadukkaiden palvelujen hankkimiseen. Vuonna 2015 elämme jälleen taloudellisen laman aikaa ja julkisten palveluiden kustannuksia arvioidaan hyvin tarkasti. Nähtäväksi jää onko nykyisellä kireällä taloustilanteella palveluiden laatuun ja potilasturvallisuuden edistämiseen samanlainen positiivinen vaikutus sekä pyritäänkö kustannussäästöihin toimintaprosesseja kehittämällä ja laatuun panostamalla. Nykyisellään terveydenhuollon toimintaan liittyvät vaaratapahtumat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia ja inhimillistä kärsimystä, joita olisi mahdollisuus ehkäistä hyvällä toiminnan suunnittelulla ja potilasturvallisiin työtapoihin panostamalla.

Tutkimuksen tekeminen oli kohdallani pitkälle ajanjaksolle ajoittuva prosessi. Tutkimuksen tekeminen syvensi ymmärrystäni potilasturvallisuuteen ja terveydenhuollon hallintoon. Mielenkiintoni tutkimuskohteeseen kasvoi tutkimuksen edetessä ja tulosten analysoinnin kuluessa. Tutkimukseni tuo uutta näkökulmaa potilasturvallisuuden strategiseen edistämiseen terveydenhuollon hallinnollisella ylätasolla ja rikastuttaa siten terveydenhuollon hallinnon tutkimuskenttää. Erittäin mielenkiintoista olisi jatkossa nähdä tutkimuksia siitä, kuinka strategiset tavoitteet onnistutaan siirtämään käytännön toimintaa ohjaaviksi toimintatavoiksi.

LÄHTEET

- Airaksinen Marja, Linden-Lahti Carita & Holmström Anna-Riia 2012. Medication safety of patient safety: Initiatives and research in Finland. *Dosis* 28(3), 214–228.
- Drucker Peter F. 2000. Johtamisen haasteet. WSOY, Helsinki.
- Drucker Peter F. 2002. Peter Druckerin keskeiset ajatukset – 60 vuotta johtamistutkimusta ja tietoa. WSOY, Helsinki.
- Eskola Jari & Suoranta Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.
- For the lack of a boilerplate: Tips on writing up (and reviewing) qualitative research. From the Editors. *Academy of Management Journal* 2009. 52(5), 856–862.
- Harisalo Risto 2009. Organisaatioteoriat. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Hellings Johan, Schrooten Ward, Klazinga Niek S., Vleugels Arthur 2010. Improving patient safety culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23(5), 489–504.
- Hill Charles W. L. & Jones Gareth R. 2001. Strategic management theory. An integrated approach. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Hitt Michael A., Ireland R. Duane & Hoskisson Robert E. 2005. Strategic management. Competitiveness and globalization concepts. Thomson. South-Western. Mason. Ohio.
- Horn Roy 2009. Researching and writing dissertations. A complete guide for business and management students. Chartered Institute of Personnel and Development, London.
- Hunger J. David & Wheelen Thomas L. 2011. Essentials of strategic management. Upper Saddle River. Prentice Hall, New Jersey.
- Härenstam Karin Pukk, Elg Mattias, Svensson Carina, Brommels Mats & Øvretveit John 2009. Patient safety as perceived by Swedish leaders. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22(2), 168–182.
- Itä-Suomen yliopisto. Yliopiston tutkimuseettisen toimikunnan ohjeet. Saatavissa: <https://www.uef.fi/tutkimus/ohjeet-ja-lomakkeet> (Luettu: 3.2.2015).
- Juuti Pauli & Luoma Mikko 2009. Strateginen johtaminen. Miten vastata kompleksisen ja postmodernin ajan haasteisiin? Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.
- Järvinen Teppo & Roine Risto P. 2015. Terveystuollon säästöt vaativat priorisointia. *Lääkärilehti* 70(6), 294–295.
- Kamensky Mika 2000. Strateginen johtaminen. Kauppakaari, Helsinki.
- Kamensky Mika 2010. Strateginen johtaminen. Menestyksen timantti. Talentum Media Oy, Helsinki.
- Kaplan Robert S. & Norton David P. 2002. Strategialähtöinen organisaatio. Tehokkaan strategiaprosessin toteutus. Talentum Media Oy, Helsinki.

Kinnunen Juha 2011. Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Teoksessa Rissanen Sari & Lammin-takanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus. WSOY, Helsinki, 165–180.

Kinnunen Marina 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Väitös-kirja, Acta Wasaensia, 230. Vaasan yliopisto.

Kinnunen Marina & Peltomaa Karolina 2009. Lukijalle. Teoksessa Kinnunen Marina & Pelto-maa Karolina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoi-tajaliitto, Helsinki, 13–15.

Kohn Linda T., Corrigan Janet M. & Donaldson Molla S. (toim.) 1999. To err is human. Build-ing a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medi-cine. Saatavissa: http://www.fluentmedical.com/docs/To_Err_Is_Human.pdf (Luettu 5.5.2015).

Kortesuo Katleena & Patjas Liisa- Maria 2011. Pilkun paikka. Kielioppia kaikille. Karisto Oy, Hämeenlinna.

Kylmä Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

L 1326/2010 Terveystieteidenlaki.

L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1992/19920785> (Luettu 6.2.2015).

L 559/1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavissa: <https://www.fin-lex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (Luettu 7.2.2015).

L 879/1998 Potilasvahinkolaki. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/1986/19860585> (Luettu 6.2.2015).

Latvala Eila & Vanhanen-Nuutinen Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perus-prosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen Sirpa & Nikkonen Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva, 21-43.

Lindroos Jan-Erik & Lohivesi Kari 2006. Onnistu strategiassa. WSOY, Helsinki.

Lynch Richard 2009. Strategic management. Financial Times. Prentice Hall, Harlow.

Mason Jennifer 2002. Qualitative researching. SAGE Publications Ltd. London.

Mintzberg Henry, Ahlstrand Bruce & Lampel Joseph 1998. Strategy safari. The complete guide through the wilds of strategic management. Prentice Hall, London.

Mustajoki Pertti, Kinnunen Marina, Aaltonen Leena-Maija & Hannula Kaija 2015. Organisaatioiden saumat vuotavat. Lääkärilehti 70(5), 244–245.

Mustajoki Pertti, Kinnunen Marina & Aaltonen Leena-Maija 2014a. Virheestä kertominen poti-laalle. Lääkärilehti 69(38), 2390–2391.

Mustajoki Pertti, Kinnunen Marina & Aaltonen Leena-Maija 2014b. Potilasvahingon toinen uhri. Lääkärilehti 69(25-32), 1894-1895.

Parviainen Petri, Lillrank Paul & Iivonen Karita 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytän-nöt vastuut, valvonta. Talentum Media Oy, Helsinki.

Reiman Teemu & Oedewald Pia 2008. Turvallisuuskriittiset organisaatiot. Onnettomuudet, kulttuuri ja johtaminen. Edita, Helsinki.

Reiman Teemu & Oedewald Pia 2009. Terveysturvallisuuden organisaatiot turvallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa Kinnunen Marina & Peltomaa Karolina (toim.). Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki, 43–62.

Rissanen Sari & Hujala Anneli 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen lähtökohdat. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY, Helsinki, 81–104.

Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna 2011. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY, Helsinki, 15–38.

Roine Risto & Kaila Minna 2014. Hoidon vaikuttavuus on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Duodecim 130, 1740–1741.

Ruuhilehto Kaarin, Kaila Minna, Keistinen Timo, Kinnunen Marina, Vuorenkoski Lauri & Walenius Jarkko 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? Duodecim 127, 1033–1040.

Salminen Ari 2002. Hallintotiede. Organisaatioiden hallintotieteelliset perusteet. Hallinnon kehittämiskeskus Edita, Helsinki.

Salminen Ari 2008. Julkisen toiminnan johtaminen. Hallintotieteen perusteet. Edita, Helsinki.

Saranto Kaija & Kuusisto-Niemi Sirpa 2011. Tiedon hallinta johtamisessa. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY, Helsinki, 215–235.

Schostak John & Schostak Jill 2013. Writing Research Critically. Developing the power to make a difference. Routledge, Oxon.

Sexton Bryan, Sharek Paul, Thomas Erik, Gould Jeffrey, Nisbet Courtney, Amspoker Amber, Kowalkowski Mark, Schwendimann René & Profit Jochen 2014. Exposure to leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout. Quality and Safety in Health Care 23(10) 814–822.

Sinkkonen Sirkka & Taskinen Helena 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa Vuori Jari (toim.). Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus WSOY, Porvoo, 117–130.

Sinkkonen Sirkka, Taskinen Helena & Rissanen Sari 2011. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Teoksessa Rissanen Sari & Lammintakanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY, Helsinki, 105–128.

Snellman Erna 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen Marina & Peltomaa Karolina (toim.). Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto, Helsinki, 29–41.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15434.pdf (Luettu 9.2.2015)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf (Luettu 8.9.2013)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilasturvallisuuden työkalut –valiokunta. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohdat. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8799.pdf (Luettu 5.1.2015)

Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO, Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Saatavissa: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf> (Luettu 6.2.2015).

Stang Antonia S. & Wong Brian M. 2015. Patients yeaching patient safety: the challenge of turning negative patient experiences into positive learning opportunities. *Quality and Safety in health care* 1(24), 4-6.

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2015. Saatavissa: <http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/default.aspx> (Luettu 14.5.2015)

Sydänmaanlakka Pentti 2001. Älykäs organisaatio. Tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Kauppakaari, Helsinki.

Syrjäläinen Eija, Eronen Ari & Värri Veli-Matti 2008. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Tirronen Jarkko 2014. Suomalaisen yliopistojen strateginen johtaminen. *Hallinnon tutkimus* 33(1), 70-77.

Tregunno Deborah, Ginsburg Liane, Clarke Beth & Norton Peter 2014. Integrating patient safety into health professionals' curricula: a qualitative study of medicine, nursing and pharmacy faculty perspectives. *Quality and Safety in Health Care* 23(3), 257-264.

Tuomi Jouni 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Töttö Pertti 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Vastapaino, Tampere.

Ullström Susanne, Sachs Magna Andreen, Hansson Johan, Øvretveit John & Brommels Mats 2014. Suffering in silence: a qualitative study of second victim of adverse events. *Quality and Safety in Health Care* 23(3), 325-331.

Valtonen Hannu 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon talous. Teoksessa Rissanen Sari & Lamintakanen Johanna (toim.). Sosiaali- ja terveysjohtaminen. WSOY, Helsinki, 59–78.

Virtanen Petri & Stenvall Jari 2010. Julkinen johtaminen. Tietosanoma Oy, Helsinki.

Vuori Hannu 2013. Terveydenhuollon laatutyön kehitys Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 50, 87-93.

Vuori Jari 2005a. Terveysjohtaminen ja -hallinto tieteenalana. Teoksessa Vuori Jari (toim.). Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY, Porvoo, 10-33.

Vuori Jari 2005b. Terveys ja hallinnon käsitteet. Teoksessa Vuori Jari (toim.). Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Porvoo, 34-74.

WHO, World Alliance for Patient Safety 2008. Forward programme 2008-2009. Saatavissa: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf (Luettu 13.1.2013).