

POTILASTURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

- Resilienssi käsitteen esiintyminen vaaratapahtumailmoituksissa

Tarja Kansanen

Pro gradu -tutkielma

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisenlaitos

Elokuu 2018

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

KANSANEN, TARJA: Potilasturvallisuuden edistäminen terveydenhuollossa
- Resilienssi- käsitteen esiintyminen vaaratapahtumailmoituksissa

Pro gradu -tutkielma, 53 sivua

Tutkielman ohjaajat: Kaija Saranto, TtT, professori
Eija Kivekäs, THM, projektitutkija

Elokuu 2018

Avainsanat: potilasturvallisuus, resilienssi, vaaratapahtumailmoitukset, vaaratapahtuma

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Jokaisella terveydenhuollon toimijalla on vastuu oman toimintansa potilasturvallisuudesta. Vaaratapahtumien raportointi on yksi käytännön keino riskien tunnistamisessa. Organisaation johdolla on keskeinen vastuu turvallisuusriskien analysoinnissa ja riskeihin varautumisessa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, minkälaista resilienssi tietoa terveydenhuollon vaaratapahtumaraportointi (HaiPro) aineistosta löytyy potilasturvallisuuden johtamisen tueksi.

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, miten HaiPro aineistosta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden johtamisessa resilienssin näkökulma huomioden. Tarkastelu kohdistui ilmoituksissa kohtiin, joissa on ilmoituksen tekijän tai ilmoituksen käsitteijän tuottamaa vapaata tekstiä. Ne sisältävät kehittämissuhteita ja niin sanottuja hyviä käytänteitä. Kirjallisuus katsauksessa määriteltiin käsite resilienssi. Näitä kriteereitä käytettiin markkereina aineiston käsittelyssä. Tutkimusaineisto koostui yli 80 000 vaaratapahtumailmoituksesta. Aineisto (n= 203) koostui seitsemän organisaation (kaupunki (n=2), sairaanhoitopiiri (n=2), sosiaali- ja terveystieteiden (n=2), sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoito (n=1)) vaaratapahtuma ilmoituksesta vuosilta 2007-2016. Näiden ilmoitusten yhdistävä tekijä oli, että kohdassa seuraus hoitavalle yksikölle oli valittu kohta imagohaitta. Jokaisesta organisaatiosta oli 29 satunnaisesti poimittua vaaratapahtumailmoitusta, yhteensä 203 vaaratapahtumailmoituksesta, jotka analysoitiin tässä tutkimuksessa.

HaiPro- järjestelmään kirjaavista ammattiryhmistä suurin oli sairaanhoitajat. Aineistossa läheltä piti tilanteita oli vähemmän (32%) kuin tapahtui potilaalle tilanteita (68%). Kirjallisuuden perusteella tiivistettiin organisaation resilienssiä kuvaavat 18 kriteeriä ja yksilön resilienssiä kuvaavat 11 kriteeriä. Sekä organisaation että yksilön resilienssi kriteereitä löytyi aineistosta. Kriteerit ”ennakoida”, ”varautua” ja ”sopeutua” löytyvät sekä organisaation että yksilön resilienssi kriteereinä vaaratapahtumailmoituksista.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies
Department of Health and Social Management, health and human services informatics

KANSANEN, TARJA: Promoting Patient Safety in Health Care - The occurrence of the resilience concept in hazardous events

Master's thesis, 53 pages

Thesis Supervisors: Kaija Saranto, Professor
Eija Kivekäs, Project researcher

August 2018

Keywords: patient safety, resilience, the risk of an event message, the risk of event

According to the Health Care Act (1326/2010), healthcare activities are based on evidence and good management and operational practices. The operations must be of high quality, safe and properly implemented. Every healthcare provider is responsible for the patient safety of his or her work. Reporting hazards is one of the practical ways of identifying risks. The organization's leadership has a key responsibility for analyzing security risks and preparing for risks.

The purpose of the study was to find out what kind of resilient information on reporting health hazard reporting (HaiPro) is available to support patient safety management.

The aim of the study was to examine how information from HaiPro data can be utilized in patient safety management, taking into account the resilience perspective. The review will focus on the notices containing the free text produced by the notifier. They include development suggestions and so-called good practices. The literature in the review defined the concept of resilience. These criteria were used as markers in handling the material. The research material consists of more than 80,000 incident reports. The material consists of seven organizations (city (n = 2), hospital district (n = 2), social and health care district (n = 2), health care district special nursing (n = 1)) risk event from 2007 to 2016. The combination of these each of the organizations has 29 randomly-received event reports, out of a total of 203 events reported.

The profession in the HaiPro system was usually a nurse. In the case of material, there were fewer situations (32%) than patients (68%). The essence of the literature was summarized by 18 criteria describing organization's resilience and 11 criteria for individual resilience. Material and resilience criteria can be found in both the organization and the individual. The criteria for anticipating, preparing and adapting are found in the organization and individual resilience as criteria for notifications.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 TURVALLISUUSKULTTUURI TERVEYDENHUOLLOSSA	5
2.1 Potilasturvallisuus	5
2.2 Terveydenhuollon turvallisuuskulttuuri.....	12
2.3 Resilienssi – käsitteenä turvallisuustutkimuksissa.....	14
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	21
4 MENETELMÄLLISET VALINNAT	21
4.1 Tutkimuksen sijoittuminen sosiaali- ja terveydenhuollon paradigmaan	21
4.2 Rekisteritutkimus ja aineisto	21
4.3 Resilienssin kriteerit ja aineiston analyysi.....	25
5 TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1 Aineiston määrälliset tulokset.....	28
5.2 Aineiston laadulliset tulokset	32
5.2.1 Resilienssi tapahtumien kuvauksissa	32
5.2.2 Tapahtumatilanteessa käytetty resilienssi	34
5.2.3 Tilanteenhallintaan liittyvä resilienssi	35
5.2.4 Vaaratapahtumatilanteesta oppiminen	36
6 POHDINTA	40
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	40
6.2 Tutkimustulosten tarkastelu	42
6.3 Johtopäätökset.....	50
LÄHTEET	52

KUVIOT

KUVIO 1.Potilasturvallisuuden määritelmä	6
KUVIO 2. Haipro- potilasturvallisuusilmoitus.....	24
KUVIO 3. Tapahtuman luonne.....	29
KUVIO 4. Tilanteen hallinta.....	31
KUVIO 5. Tapahtuman riskiluokka.....	31

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Organisaation resilienssin kriteerit.....	26
TAULUKKO 2. Yksilön resilienssin kriteerit.....	27

TAULUKKO 3. Yksikkö, jossa vaaratapahtuma tapahtui	29
TAULUKKO 4. Ilmoittajan ammattiryhmä.....	29
TAULUKKO 5. Tapahtuman tyyppi.....	30
TAULUKKO 6. Organisaation resilienssi vaaratapahtumakirjauksissa.....	37
TAULUKKO 7. Yksilön resilienssi vaaratapahtumakirjauksissa.....	38

1 JOHDANTO

Ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009 – 2013 julkaistiin vuonna 2009 ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuuskonferenssin yhteydessä. Potilasturvallisuusstrategia linjasi suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin kehittämiseen. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteita olivat muun muassa potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä hallinta ennakoivasti ja oppimalla. Lisäksi tavoitteena oli, että potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen. Keskustelussa nostettiin esille syylistämättömän vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto, hoitokäytänteiden kehittäminen, tarkistuslistojen käyttöönotto ja systemaattinen tiimityön harjoittelu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Terveysministeriö (1326/2010) linjaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Terveysministeriön tulee toiminnassaan huomioida näyttöön perustuva sekä hyviin hoito- ja kustannuskäytäntöihin liittyvä toiminta. Potilaan saama hyöty hoidosta on tärkeä tavoite. (Aaltonen & Rosenberg 2009, 19-20; Snellman 2009, 35,39.)

Terveysministeriön (1326/2010) mukaan terveysministeriön toiminta perustuu näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveysministeriö (1326/2010, 8§) velvoittaa terveysministeriön toimintayksikön laatimaan suunnitelman potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta ja laadunhallinnasta. Jokaisella terveysministeriön toimijalla on vastuu oman toimintansa potilasturvallisuudesta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3§) sanoo, että asiakkaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Hyvä hoito ja kohtelu tarkoittavat, että huomioidaan muun muassa potilasturvallisuus, ammattitaito, hoidon laatu ja yhdenvertaisuuden toteutuminen. (Kotisaari, Kukkola & Ranta 2012,13,65; Potilasturvallisuusopas 2011.)

Suomessa potilasturvallisuudesta ja laadunhallinnasta säädettiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa vuonna 2011. Potilasturvallisuuden lainsäädäntöä päivitettiin vuonna 2017 ja laadittiin potilas- ja asiakasturvallisuus strategia vuosille 2017 - 2021. Sosiaali- ja terveysministeriö on todennut, että Suomessa on haasteita arjen työskentelytapojen muokkaamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Kulttuurien moninaisuus ja ihmisten liikkuminen vapaammin työn perässä luo uudenlaisen näkökulman asioiden tarkasteluun. Keskusteluissa nousevat arvot ja tiedon hallintaan liittyvät asiat keskiöön. Käsittelemme saamaamme tietoa tilanne- ja tapauskohtaisesti. Toisten mielestä kirjan antama tieto on totuus ja toisen mielestä se on jo vanhentunut ja tieto on ajantasaista vain sähköisessä muodossa. Tärkeintä on tunnistaa ne rajapinnat, joissa tietoa syntyy ja millaiseen tutkittuun tietoon voimme luottaa eri tilanteissa. Luotettavat tietoaineistot tukevat reaaliaikaista palvelutuotannon johtamista ja yhteiskunnallista päätöksentekoa. Parhaimpia keinoja ehkäistä potilasvahinkoja on edistää potilasturvallisuuskulttuuria. Terveystieteissä tarvitaan yhteisiä arvoja, asenteita, toimintatapoja ja johtamista, jotka tukevat turvallista toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2017) päivitetty potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017 – 2021 tarkoituksena on auttaa kehittämään turvallisuutta edistäviä käytäntöjä. Vaaratapahtumien raportointi on yksi käytännön keino riskien tunnistamisessa. Turvallisuusriskejä liittyy erityisesti tiedonhallintaan ja muutosprosesseihin. Laatu- ja potilasturvallisuuden kehittäminen tapahtuu jatkuvana syklinä. Käytännössä suunnittelu, toteutus, analysointi ja toiminta seuraavat toisiaan. Organisaation johdolla on keskeinen vastuu turvallisuusriskien analysoinnissa ja riskeihin varautumisessa. Saatua seurantatietoa hyödynnetään koko palvelujärjestelmän kehittämisessä.

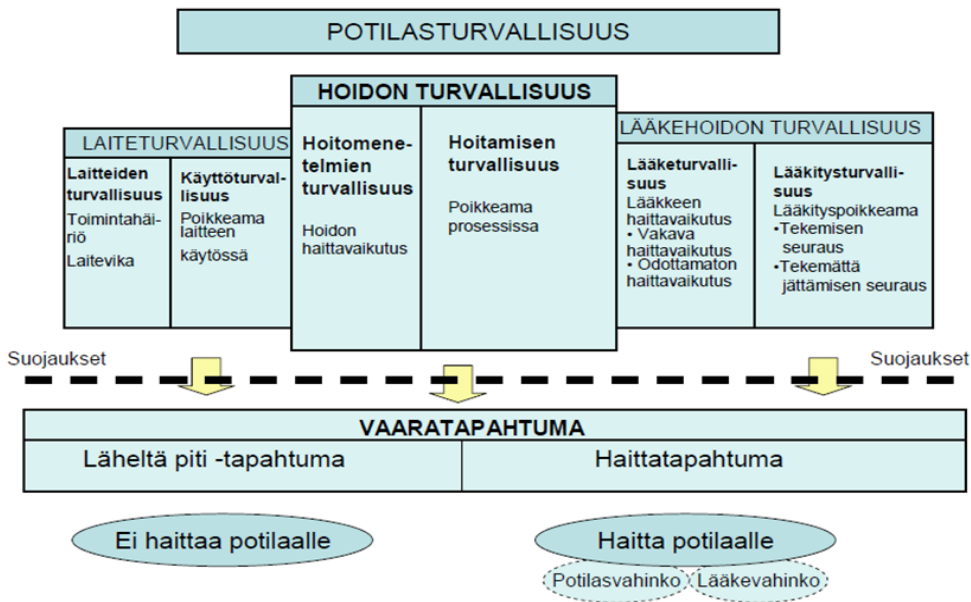
Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, minkälaista resilienssi tietoa terveydenhuollon vaaratapahtumaraportointi (HaiPro) aineistosta löytyy potilasturvallisuuden johtamisen tueksi. Aihealue on mielenkiintoinen, koska potilasturvallisuuden johtaminen tarvitsee näkyvyyttä yhä enemmän. Oman esimiestyön kautta olen todentanut sen tärkeyden arjen toiminnoissa. Terveystieteissä potilasturvallisuus tulee saattaa tasolle, jossa ei saa olla merkitystä sillä, kuka milloinkin on töissä. Lisäksi potilaan tulee olla nykyistä enemmän keskiössä potilasturvallisuuden kehittämisessä.

2 TURVALLISUUSKULTTUURI TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on tärkeä osa terveydenhuollon kokonaisturvallisuutta. Potilasturvallisuus on korkealaatuisen terveyden- ja sairaanhoidon perusta. Se on vaikuttavan hoidon keskeinen osatekijä. Potilasturvallisuuden laadulla tarkoitetaan resurssien käyttöä parhaalla mahdollisella tavalla. Kaikesta huolimatta eri puolilta maailmaa saamme tietoja siitä, että sairaalahoitoon tulevista potilaista 5-10 % kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman ja noin prosentilla potilaista haitta on vakava-asteinen. Erehtyminen on inhimillistä, mutta siihen voidaan vaikuttaa. Jopa puolet potilashoitoon liittyvistä haittatapahtumista voidaan ehkäistä analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja tai ottamalla oppia virheistä. Potilasturvallisuus kuuluu EU – maiden terveystieteiden kärkeen. Estettävissä olevat hoitoon liittyvät haittatapahtumat aiheuttavat potilaille ja heidän läheisilleen huomattavia kärsimyksiä, pahimmillaan potilaan kuoleman. Siinä rinnalla syntyy myös taloudellisia ja terveydellisiä vaikutuksia, esimerkiksi ylimääräistä työtä, lääkitysvirheitä tai tarpeettomia kokeita. (Snellman 2009, 29-33.)

Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan olemassa olevia voimavaroja hyödyntäen parhaalla mahdollisella tavalla. Lisäksi huomioidaan hoidon toteuttamiseen liittyvien prosessien turvallisuus. Turvallinen hoito tarkoittaa sitä, että käytetään vaikuttavia menetelmiä siten, ettei hoidosta koidu potilaalle tarpeetonta haittaa. Hoidon turvallisuus perustuu sekä potilaiden että terveydenhuoltohenkilökunnan väliseen ja terveydenhuoltohenkilökunnan keskinäiseen hyvään vuorovaikutukseen. Potilasturvallisuus kattaa sekä hoidon, lääkitys- ja laiteturvallisuuden. Turvallisuuden edistäminen riippuu organisaation kyvystä ymmärtää, miten turvallisuus syntyy organisaation osien välisestä vuorovaikutuksesta. (Vincent 2010, 13; Helovuori ym. 2011, 13–14.) Kuviossa 1. on esitetty sosiaali- ja terveysministeriön (STM) määritelmä potilasturvallisuudesta.



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden määritelmä sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006).

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (2006) on määritellyt keskeisiä potilasturvallisuuteen liittyviä käsitteitä. Terveystuotteen toimintaprosesseissa tulee olla ennalta suunniteltuja suojauskeinoja. Näiden rakenteiden ja menettelyjen tarkoituksena on tunnistaa haitalliset poikkeamat ja estää niiden eteneminen vaaratapahtumaan. Haitallinen poikkeama on terveydenhuollon tuotteisiin, ympäristöön, toimintatapoihin ja -järjestelmiin kuulumaton tilanne. Ennalta suunniteltujen suojausten peittäminen aiheuttaa vaaratapahtuman ja potilaan hoidon turvallisuus vaarantuu. Läheltä piti – tapahtuma on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Läheltä piti – tilanteissa haitalta on vältytty sattumalta. Näissä tilanteissa vaaratilanne havaittiin sekä haitalliset seuraukset pystyttiin estämään ajoissa. Haittatapahtuma on kyseessä, kun vaaratapahtuma aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta on potilaalle aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei toivottu vaikutus. Tämä voi aiheuttaa sekä hoidon keston pidentymistä ja lisääntyneitä hoitokustannuksia.

Turvallisen toiminnan edellytys on riittävä osaaminen (Terveystuotelahti 1326/2010). Organisaation johdon tulee hallita tiedot potilasturvallisuudesta ja ulottaa sen vaatimukset kaikkeen toimintaan. Potilasturvallisuutta edistävä toimintakulttuuri on avaintekijä siinä, millaista potilasturvallisuuden johtamista organisaation arjessa toteutetaan. Toimintakulttuurin kehittäminen on pitkäjänteinen prosessi. (Haavisto ym. 2013, 316-318, 320.)

Toteutus edellyttää johdolta vahvaa muutosjohtajuutta ja siihen liittyvää osaamista. Potilasturvallisuus voidaan taata vain, jos henkilökunnalla on tehtävissä vaadittavat tiedot, taidot ja osaaminen. Perustyön hyvän osaamisen lisäksi tarvitaan hyvää potilasturvallisuusosaamista. Tämä tarkoittaa turvallisuusriskien havaitsemista ja hallintaa. Turvallisuuskulttuurin edistäminen ja ylläpitäminen ovat organisaation sisällä toiminnassa ja sen rakenteissa. Perustekijöitä ovat muun muassa turvallisuusvastaavien kokoukset, sääntöihin ja turvallisuusraporttien käsittelyyn sitoutunut johto sekä säännölliset työntekijöiden ja johdon turvallisuuskokoukset. Tärkein tekijä on niin johdon kuin työntekijöiden sitoutuminen turvallisuuden ylläpitämiseen ja kehittämiseen. (Haavisto ym. 2013, 316-318, 320.)

Potilasturvallisuus on yksi Euroopan unionin terveystalouden painopistealueita. Sen mittaamisessa korostuu valintaongelma vertailukelpoisten ja tarkkaan määriteltyjen mittarien välillä. Potilasturvallisuuden tutkijat korostavat ennakoivaa prosessinäkökulmaa turvallisuuden kehittämisessä. Haittatapahtumien mittaamisella pelkästään ei päästä käsiksi turvallisuuteen kokonaisvaltaisesti. Tämä näkökulma on potilaiden ja organisaation johdon yhteinen toive. Mittaamisen tulisi ulottua myös siihen, kuinka järjestelmää kehitetään turvallisuuden näkökulmasta. Turvallisuusmittariston rakenteeseen tutkijat esittävät huomioitavaksi muun muassa sen, että ovatko havaitut vaaratapahtumat todella johtaneet organisaation toiminnan kehittämiseen sekä kuinka paljon haittatapahtumia sattuu. Tämän lisäksi tulisi huomioida se, miten turvallisuuskulttuurin edistäminen on toteutunut ja kuinka suuressa määrin potilaita hoidetaan näyttöön perustuvien käytäntöjen avulla. (Provonost ym. 2009.)

Leena-Maija Aaltonen ja Per Rosenberg (2013, 8) ovat todenneet, että organisaation asennemuutos on edellytys potilasturvallisuuden kehittymiselle. Potilasturvallisuuteen liittyvät asenteet organisaatiossa muuttuvat parhaiten esimerkin voimalla eli niiden, joita työyksikössä kuunnellaan. Organisaation johdon tulee sisäistää potilasturvallisuuden tärkeys ja noudattaa sen kautta nousevia periaatteita päivittäisessä toiminnassaan. Jos johto ei toimi näin, ei muukaan henkilöstö sitoudu potilasturvallisuuden huomioimiseen. Terveystalouteenkin on tullut erilaisia johtamisen muotivirtauksia, näiden mukaan toimitaan hetki, kunnes uusi aate syrjäyttää edellisen.

Terveydenhuollossa sattuvien haittojen on ajateltu liittyvän yksittäisten työntekijöiden aiheuttamiin virheisiin. Seurauksena oli, että näissä tilanteissa ajateltiin, että puuttumalla tämän yhden työntekijän huolimattomaan toimintaan, virheet poistuvat. Tällainen lähestymistapa vaikuttaa niin, että työntekijät pyrkivät salaamaan virheensä. Näin toimien toimimme itse virheellisesti. Näitä tilanteita tulee lähestyä systeemiajattelun näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijät ovat erehtyväisiä ja virheitä sattuu. Tilanteita ennakoiden tulee luoda suojausja, joilla haitat voidaan eliminoida. Haitat tulee nähdä enemmän seurauksina kuin syinä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 9,14.)

Raili Moilanen (2001, 47-50) kirjoittaa oppivan organisaation kulttuurista. Siinä tiedotetaan oppimisen merkitys uuden tai jo olemassa olevan tiedon hyödyntämisessä sekä edelleen kehittämisessä. Tieto ja osaaminen ovat elintärkeitä menestykselle. Oppiva organisaatio korostaa muun muassa osaamisen hallintaa ja osaamiskarttojen laadintaa työyhteisön työntekijöille. Osaamisen ydin löytyy puolestaan huomisen osaamisen oppimisesta, ei pelkästään tämän päivän osaamisen hallinnasta. Osallistumista ja sitoutumista pohdittaessa puhutaan kiireestä. Koko henkilöstön mukaan ottaminen kehittämistyöhön vie liikaa aikaa ja kuka sitten hoitaa työt? Kiire on usein näennäistä ja nopeilla suunnitelmilla saavutetut hyödyt saattavat muuttua hidasteiksi tai rajoitteiksi prosessin myöhemmässä vaiheessa. Marina Kinnunen (2010) toteaa, että oppiva organisaatio ei rakennu, kehity tai toimi ilman johdon tukea. Keino muutoksen parempaan hyväksymiseen ja sitä kautta uuden oppimiseen löytyy, kun selvitetään totuttujen ajattelu- ja toimintamallien luopumisen yhteydessä syntyneet epäluulot, pelot ja muut muutoksen hallintaan liittyvät tekijät. Lisäksi virheistä oppimista tapahtuu koko ajan työssä vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Lisäksi tarvitaan laaja keinovalikoima, jotta joka tilanteeseen ja joka oppijalle löytyy omat parhaimmat oppimisen välineet ja keinot.

Johtotason ja työntekijätason näkemykset eivät aina kohtaa. Oppiva organisaatio on tärkeää, että yhteinen, jaettu suunta ja yksilön oma suunta pystytään tunnistamaan. Tilanne on paras silloin, kun organisaation ja yksilön tavoitteet ovat yhdensuuntaiset ja toisiaan tukevat. Sisäinen motivaatio varmistaa tehtävään sitoutumisen samoin kuin paremman kokonaisuuden ymmärtämisen. Sisäinen motivaatio auttaa prosessiin liittyvien asioiden omaksumisessa ja hyödyntämisessä. (Moilanen 2001, 126-127, 130-131; Kinnunen 2010.)

Pentti Sydänmaanlakka (2009, 143-150) esittää, että johtaminen tapahtuu tiimeissä ja verkostoissa. Toimintatapa mahdollistaa innovatiivisilla tavoilla organisoida yhteistoimintaa, joka on tehokasta ja luovaa. Näin toimien siirrymme perinteisestä tavoitejohtamisesta prosessien ohjaamiseen. Tavoitteet määritellään entistä enemmän yhdessä ja ne syntyvät työtä tehdessä. Työskentelyn tueksi tarvitaan yhteinen visio ja suunta, mutta näissä raameissa sallitaan enemmän vapauksia kuin aikaisemmin. Strategiasta käydään laajaa keskustelua mikä johtaa parempaan sitoutumiseen. Ihmistä valtuutetaan entistä enemmän. Riittävä vapauden tunne on tärkeää luovuudelle ja tukee niin sanottua älykästä johtamista. Älykäs johtaminen on valistavaa, ei alistavaa. Valistava johtaminen saa sekä tiimin että yksilön kukoistamaan ja edesauttaa kehittämään organisaation toimintaa. On hyvä muistaa, että johtajana oleminen on palveluammatti. Hyvän johtamispalvelun antaminen on yksi esimiestyön kulmakivistä.

Esimiestehtävässä itsensä tunteminen ja itsensä johtaminen ovat tärkeää huomioida. Jotta oppisimme johtamaan muita, meidän on ensin opittava johtamaan itseämme. Johtamisen harjoittelu alkaa siis itsetuntemuksesta ja itsensä hallinnasta. Alaisten rooli on muuttunut, ja myös termi alainen kuuluu menneisyyden alistavaan johtamiskulttuuriin. Se pitäisi korvata sellaisilla termeillä kuin asiantuntija, työntekijä, tuloksentekijä ja partneri. Johtaja on onnistunut silloin, kun hänen työntekijänsä menestyvät. Passiivisista alaisista on tullut aktiivisia asiantuntijoita, joilla on usein asiantuntemusta paljon enemmän kuin esimiehellään. (Sydänmaanlakka 2009, 156-157.)

Asennoitumisella muutokseen on suuri rooli tapahtumien eteenpäin viemisessä. Asennoituminen omiin mahdollisuuksiin ja kykyihin on keskeisellä sijalla muutoksista selviämisessä. Muutokseen asennoituminen lähtee ihmisen perusluonteesta. Osa ihmisistä innostuu, laittaa itsensä likoon ja onnistuu muutoksissa. Osa käyttää kaiken mahdollisen energian muutoksen vastustamiseen ja pitää kiinni entisistä toimintamalleista. (Moilanen 2001, 126-127, 130-131; Kinnunen 2010.)

Organisaatioiden johtamista ja turvallisuutta muutoksen keskellä on hyvä tarkastella laajemmin. On hyvä yhdessä tarkastella toimintaa ja määritellä millaisia ongelmia ja vastavasti mahdollisuuksia kohtaamme. Olosuhteiden epävarmuuden lisääntyessä organisaatioiden toiminnan menestyksellisessä ohjaamisessa korostuu asiantuntijoiden luova yhteistyö yli organisaatorajojen. (Heikkilä 2017.)

Asioiden ja ihmisten välisten kytkentöjen ja riippuvuuksien merkitys ja toimivuus ovat muutoksissa menestymiselle tärkeämpi tekijä kuin yksittäisten ihmisten osaaminen tai kyvykkyys. Johtamisen tulee pyrkiä tukemaan työntekijöiden itseorganisoitumista ja uusien luovien ratkaisujen etsimistä. (Heikkilä 2017.)

Potilasturvallisuus tulee huomioida kaikessa toiminnassa, niin suunnittelussa, päätöksenteossa kuin resurssoinnissa. Organisaation johdon tulee olla selvillä toiminnan todellisesta suorituskyvystä. Sen selvittämiseksi tulee riittävän usein kysyä miksi ja samalla puurtua virheiden juurisyihin. Johdon tulee yhdistää organisaation voimat käytännön toimiksi. Johdon vastuulla on kertoa työntekijöille, mitä heidän tulee tehdä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Haavisto ym. 2013, 321.)

Johtamistilanteet sisältävät monia ihmisissä ja toimintaympäristössä olevia yllätyksellisiä tekijöitä tai muuttuvia tilanteita. Näiden yhdistyminen toisiinsa aiheuttaa tilanteen jatkuvan muuttumisen sekä myös odottamattomien ja usein yllättävien seurausten ilmaantumisen. Tapahtumien ennakointia vaikeuttaa erityisesti yllättävien tilanteiden syy–seuraus–suhteiden epäselvyys sekä tilanteiden kokoaikainen muuttuminen. Johtamisen näkökulmasta on tärkeää tilanteeseen vaikuttavien tekijöiden ja niiden jatkuvan muutoksen parempi ymmärtäminen. Tätä kautta voidaan parantaa kykyämme puuttua ajoissa meille vahingollisen muutoksen kehittymiseen. Tutkimuksessa havaittiin, että juuri ihmisten ja asioiden kietoutuminen toisiinsa saattaa aiheuttaa erilaisia yllättäviä ja tarkoittamattomia seurauksia. Turvallisuuteen liittyvät tilanteet sisältävät tyypillisesti monia toisiinsa kietoutuneita muuttujia, joista osaa voimme havainnoida nyt, osan vaikutuksen havaitsemme tai ymmärrämme vasta myöhemmin ja osaa taas emme ehkä havaitse koskaan – tai sitten emme vain ymmärrä niiden kuuluvan samaan kontekstiin muiden muuttujien kanssa. (Hananen 2017.)

Johtaminen vaatii usein tilanne- ja tapauskohtaista mukautumista. Tarvittaessa tilanteeseen pitää sopeutua uudella organisoinnilla ja toimintatapa määräytyy sen mukaisesti. On tilanteita, joissa kokemus ja vanhat toimintatavat auttavat eteenpäin tilanteessa. Asioiden selventäminen ja sitominen organisaation tarkoitukseen korostuvat, sillä ilman tätä johtaminen ja päätöksenteko eivät voi alkaa. (Wildavsky 1988; Hanen 2017.)

Yllättävät haitalliset tapahtumat haastavat riskienhallinnan lähestymistavat. Ongelmalista on tapahtumien harvinaisuus ja niiden vertailtavuus keskenään. Yllättäen tulevat tilanteet ylittävät mielikuvituksemme, jota käytämme ennakoinnissa. Useimmiten pysymme kuvittelemaan vain sen, mikä mahtuu kokemusmaailmaamme. Resilienssi ajattelu korostaa toimintaympäristön tilannekohtaisuuden ja dynaamisuuden ymmärtämistä. Samankaltaisten olosuhteiden ja tilanteiden luominen ja ylläpitäminen auttavat organisaatiota olemaan resilientti ja toimimaan erilaisissa tilanteissa. Resilienssi ajattelun kohdalla on hyvä huomioida, että monitahoinen todellisuus aiheuttaa jatkuvasti yllätyksiä. (Wildavsky 1988; Hanen 2017.)

Organisaation prosesseissa tapahtuvia virheitä on kuvattu niin sanotun reikäjuustomallin avulla. Malli havainnollistaa kuinka virhe tapahtuu organisaatiossa, jossa suojaukset eivät toimi. Systemiajattelussa esiintyvät suojaukset ovat keskeisiä. Niiden tehtävänä on varmistaa, ettei virheitä pääsisi tapahtumaan. Tällainen suojaus voi olla tekninen esimerkiksi hälytys tai automaattinen lukitus. Normaalisuojaus toimii, mutta todellisuudessa suojauksissa on aina heikkouksia, kuten on reikäjuuston siivuissa reikiä. Nämä suojausten aukot aiheutuvat kahdesta syystä. Näitä ovat aktiiviset virheet ja piilevät syyt. Aktiiviset virheet ovat tyypillisesti tilapäisiä virheitä. Esimerkiksi suorassa potilaskontaktissa tapahtuva unohdus tai virhearviointi. Piilevät syyt ovat organisaatiossa olevia, usein myös pysyviä ratkaisuja. Nämä piilevät syyt voivat esimerkiksi heikentää yleisiä suojauksia. Ne ovat helposti piilossa ja aktivoituvat vasta kun yhdistyvät aktiivisiin virheisiin tai paikallisiin altistaviin tekijöihin. (Reason 2000; Vincent 2010, 144-145.)

Suomessa ei tällä hetkellä voida luottaa saatavan tiedon riittävyteen turvallisuustilanteen arvioinnissa. Potilasturvallisuuden seurantaan käytetään erilaisia tilastoja esimerkiksi HaiPro- ilmoitusten määriä. HaiPro on vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Muita potilasturvallisuuden seurantaan käytettäviä tilastoja ovat muun muassa todetut sairaalainfektiot, korvatut potilasvahingot tai kanteluiden määrät potilasasiamiehelle. Valtaosassa mittareiden tuottamassa tiedossa on puutteita. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007; Torkki, Leskelä, Linna, Torvinen, Klemola, Sinivuori, Larsio & Hörhammer 2017.)

Esimerkiksi aktiivisuus HaiPro- ilmoitusten tekemisessä vaihtelee eri organisaatioiden kesken. Näin ne eivät ole yhteismitallisia. Tämän hetken tiedon pohjalta näyttää, että olisi hyvä kehittää erilaisia menetelmiä turvallisuuden mittaamiseen. Kehittämistyössä on hyvä huomioida eri mittareiden heikkouksia suhteessa toisiin. Kehittämisen yhteydessä tulisi varmistaa, että turvallisuuteen liittyvät prosessit muuttuvat jatkuvasti. Lisäksi turvallisuuspoikkeamat tulisi johtaa selkeämmin muutoksiin toimintatavoissa. (Torkki ym. 2017.)

2.2 Terveydenhuollon turvallisuuskulttuuri

Elina Pietikäinen ja kumppanit (2012) ovat määritelleet, että sosiaali- ja terveydenhuollon – organisaatiot ovat hyvin erilaisia perustehtäviltään ja siten myös erilaiset vaarat korostuvat. Esimerkiksi kirurgiassa potilasturvallisuus korostuu välittömästi ja konkreettisesti eri tavalla kuin esimerkiksi palvelutalossa. Lisäksi ammattikulttuurit edellyttävät erilaista johtamisotetta. Terveydenhuollon sektorilla organisaatiot ovat jatkuvan muutoksen keskellä ja nämä toimintamallit vaikuttavat päivittäisiin johtamistarpeisiin. Toiminta on paikallisesti tilanteen mukaan ohjautuvaa, vaikeasti ennakoitavaa ja hallittavaa. Edellä kuvattujen organisaatioiden turvallisuuden johtamisessa tarvitaan muun muassa joustavaa johtajuutta, jaettua johtajuutta sekä turvallisuuden erityisasiantuntijoita ja – johtajia sekä turvallisuuden huomiointia normaalissa päivittäisessä johtamisessa. Pietikäinen ja kumppanit (2012) ovat selvittäneet käsitettä, adaptiivinen johtaminen. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen edistää toimijoiden välistä vuorovaikutusta ja edistää toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisointumiseen. Lisäksi se edistää yhteisen turvallisuustahtotilan muodostumista sekä rajaa toimintaa. Potilasturvallisuuden adaptiivinen johtaminen tarkoittaa toiminnan rajaamista ja toimijoiden tilannekohtaisen joustavuuden tukemista. Se tarkoittaa myös tavoitteellisuutta ja asioiden priorisointia, mutta myös aikaa ja mahdollisuuksia keskustella, jakaa tietoa ja rakentaa luottamusta. Keskeistä on luoda yhteinen turvallisuustahtotila, joka on organisaation aito arvo.

Teemu Reiman ja Pia Oedewald (2009, 44-48, 57) kirjoittavat, että terveydenhuollon organisaatio on turvallisuuskriittistä toimintaa käsittävä organisaatio. Tämä tarkoittaa sitä, että toiminnassa käsitellään tai toimintaan sisältyy sellaisia vaaroja, jotka voivat huonosti hallittuina aiheuttaa vahinkoa potilaille tai ympäristölle. Toiminnan keskeisenä vaatimuksena on turvallisuuden hallinta. Terveydenhuollon turvallisuusjohtaminen tai turvallisuuden hallinta ei ole niin hyvin juurtunutta kuin esimerkiksi lentoyhtiöissä. Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan kokonaisuuksien hahmottamista erilaisten riskien tunnistamisesta ja niiden hallinnasta. Nykyajan turvallisuuskriittisessä työn kohteessa korostuvat muun muassa seuraavat asiat: tiedon epävarmuus tai epätäydellisyys, tiedon monitkaisuus sekä toimijoiden suuri määrä. Näiden lisäksi työn kohde voi jatkuvasti muuttua ja tällaisen elävän tilanteen hallinta on haasteellista.

Birmingham Children's hospitalissa Iso-Britanniassa toteutettiin Learning from excellence projekti vuonna 2016. Projektin tarkoituksena oli parantaa potilasturvallisuutta sekä nostaa työntekijöiden motivaatiota. Tavoitteena oli toteuttaa tilaisuuksia, joissa opitaan erinomaisista käytännöistä. Terveydenhuollon huippuosaaminen on erittäin yleistä, mutta virallista järjestelmää niiden huomioimiseksi ei ole. Tarkastelu virheiden ja haittojen välttämiseen terveydenhuollossa johtaa sääntöjen ja jäykkyyden lisääntymiseen. Tämä puolestaan saattaa lisätä pelon kulttuuria ja tukahduttaa innovointia. Toiminnan suuntaa voidaan muuttaa. Terveydenhuollon huippuosaamisen huomioiminen luo uusia mahdollisuuksia oppimiseen ja parantaa joustavuutta sekä henkilöstön motivointia. Tavoitteena on tunnistaa, arvostaa, tutkia ja oppia huipputasoinen jaksoista etulinjan terveydenhuollossa. Projektin alkuvaiheessa henkilöstölle toteutettiin kysely huippuosaamisen jakamista varten. Huomiota kiinnitettiin esimerkiksi seuraavanlaisiin kysymyksiin; kuka teki jotain erinomaista, mitä he tekivät, mitä voimme oppia tästä ja mitä voimme tehdä toisin tulevaisuudessa? Huippuosaamista ei ole tarvetta määritellä, sillä henkilökunta kyllä tunnistaa sen. Sähköisten alustojen avulla alkuperäisen raportin teksti ohjautuu palautteena erinomaisesta suorituksesta huippusuorituksen tehneelle työntekijälle tai tiimille. Saatuja palautteita kannattaa yhdistää haittatapahtumaraporttien kanssa. Käytännössä on huomattu, että huippuosaamisen raporttien ja haittatapahtumaraporttien teemojen välillä on valtava vaikutus. (Plankett 2016.)

Jukka - Pekka Heikkilän (2017) mukaan turvallisuudesta joustaminen ei kannata etenkin pulmatilanteiden kohdalla. Erilaisista harkitsemattomista hätäratkaisuksista voi olla seurauksena tapaturma tai asiakkaan tilanteeseen soveltumaton palvelu. Erilaiset ongelmat ja häiriöt tarjoavat mahdollisuuden analysoida niiden syitä ja seurauksia. Työn arjessa on hyvä tarkastella parempia toimintatapoja ja työvälineitä. Näissä tilanteissa on kyse resilienssistä toiminnasta. Erilaiset häiriötilanteet edesauttavat toiminnan kehittämistä. Näissä tilanteissa on hyvä arvioida, mitä uutta voimme tapahtuneesta oppia ja näin kehittää toimintaa. Toiminnan kehittämistä tukee myös se, että tilanteet saatetaan muiden tietoon ja jaetaan onnistuneet ratkaisut. Nämä uudet asiat voivat liittyä arjen työhön, työprosesseihin tai liiketoimintaan. Resilientti työyhteisö näkee ennakoimattomissa tilanteissa mahdollisuuden oppia jotain uutta yhdessä.

2.3 Resilienssi – käsitteenä turvallisuustutkimuksissa

Tutustuin resilienssi käsitteen taustoihin ja lähdin liikkeelle Aaron Wildavskyn (1988) artikkelista, jossa hän kysyy: ”Eikö turvatoimien parantaminen todella paranna turvallisuutta?”. Hänen mielestä yhteiskunnan on joskus yritettävä estää suuria haittoja ennakoimalla niiden syntyminen. Hän selittää, miksi tällaiset ennakoivat toimenpiteet ovat tavallisesti huonompia kuin joustavuusstrategia eli virheistä oppiminen. Hänen mielestä on hyvä siirtää riskikeskustelu passiivisen haitan estämisestä aktiiviseen turvallisuustutkimukseen.

Suomalaisen sanasto- ja ontologipalvelun (Finto 2018) määrittelyn mukaan resilienssi kuuluu ryhmään ominaisuudet. Ominaisuudet luonnehtivat olioita ja tapahtumia. Ominaisuudet eivät ole olemassa itsenäisinä, vaan ne ”realisoituvat” muissa entiteeteissä. Philippe Bourbeau ja Juha Vuori (2016) määrittelevät turvallisuuden ja resilienssin käsitteiden suhteita. Tarkasteleva analyttinen perustutkimus on toistaiseksi jäänyt melko vähäiseksi. Heidän tutkimusten mukaan, käsite resilienssi vakiintui vasta 2010 – luvun alkupuolella turvallisuustutkimuksen piiriin.

Peter Provonost työryhmineen (2003) toteutti arviointitutkimuksen John Hopkinsin sairaalassa. Tutkimuksessa selvitettiin, missä määrin kulttuuri tukee potilasturvallisuutta tai onko se toiminnan strateginen prioriteetti. Vastaaajina toimivat John Hopkinsin sairaalan potilasturvallisuuskomitean jäsenet sekä johtoryhmän jäsenet. Sairaalan johtoryhmän jäsenten vastaukset olivat positiivisempia kuin potilasturvallisuuskomitean. Strateginen suunnittelu sai molempien komiteoiden alhaisimmat tulokset eli vaatii selkeästi parannusta. Tulosten perusteella käynnistettiin useita pyrkimyksiä parantaa sairaalan turvallisuustekniikkaa, jonka pitäisi johtaa mitattavissa olevaan parannukseen potilasturvallisuudessa.

Erik Hollnagel ja kumppanit (2006) ovat tutkineet käsitteen resilienssi määritelmää. Resilienssi eli kimmoisuus tai joustavuuskäsitteen kohdalla puhutaan organisaation kyvystä ennakoita ja kiertää siihen kohdistuvat uhat. Resilienssin voi määritellä myös psykologisenä käsitteenä. Silloin tarkastellaan ihmisen käyttäytymistä hätätilanteessa. Tapaturmat ovat siis seurausta ihmisen suorituksen vaihteluista erilaisissa tilanteissa. Karina Aasen työryhmän (2009) tutkimuksessa tarkastellaan väitettä "Turvallisuus ensiksi!". Siinä tutkitaan tehokkuuden ja turvallisuuden tasapainottamia tosiasioita ja seurauksia. Organisaatiotehokkuuden ja turvallisuuden välinen suhde on toistaiseksi ollut vaikea tunnistaa. Tuloksissa todetaan, että on mahdollista tunnistaa tehokkuuden ja turvallisuuden välinen epäsymmetria paikallisissa työskentelytavoissa eri järjestelmätasolla. Lisäksi on hyvä huomioida, että tehokkuusnäkömöt muuttavat turvallisuuden puitteita.

Teuvo Uusitalon työryhmän (2009) mukaan resilienssiä syntyy siitä, että pikaratkaisun ohella pysähdytään yhdessä analysoimaan ongelmaa ja ratkaisua tarkemmin osana laajempaa järjestelmää. Näissä tilanteissa tapahtunutta käydään läpi muun muassa seuraavien kysymysten avulla. Mistä ongelma johtui? Mihin uusi idea liittyy? Miten se liittyy työprosessiin, työvälineisiin, yhteistyöhön tai työnjakoon? Onko ratkaisu sellainen, että se poistaa ongelman pysyvästi, vai voidaanko kehittää juurisyihin paremmin osuva uusi tapa? Hyvä nyrkkisääntö on, että kannattaa pysähtyä hetkeksi tarkastelemaan sujumattomuuksia yhdessä, kun jokin häiriö alkaa toistua yhä useammin. Kun häiriön ydin on selvillä, on ratkaisukin osuvampi. Oikeaan asiaan kohdistunut ratkaisu voi poistaa samalla monta muutakin mutkaa ja kitkaa. Samanaikaisesti ollaan myös ennakoivia ja varaudutaan kohtaamaan mahdollisia muita odottamattomia tilanteita.

Teuvo Uusitalo kollegoineen (2009) kirjoittaa, että keskeinen edellytys resilienssille on organisaation kyky tuottaa yhteistyössä uusia reagoititapoja ja vastauksia koko ajan muuttuvaan ja monimuotoiseen ympäristöön. Tällainen organisaatio pystyy tuottamaan ja tarkastelemaan eritasoisia ratkaisuja ja sillä on kykyä selviytyä yllättävistä tilanteista. Nämä yllättävät tilanteet vahvistavat organisaation toimintaa. Toiminnan muutokset luovat uusia innovaatioita ja kehittävät arjen toimintamalleja. Kehittäminen etenee, kun organisaation johtamiskulttuurissa on tilaa ja aikaa. Lisäksi voidaan keskittyä muuhunkin kuin olemassa olevien toimintojen tehostamiseen. Organisaatiolla täytyy olla resursseja, joita ei ole optimoitu vain nykyhetken toimintaan. Äärimmilleen viety tehokkuusajattelu ei pitkällä aikajänteellä edistä uusiutumiskykyä. Organisaatioissa tulisi olla sopiva määrä ”löysää” aikaa ja resursseja näennäisesti tuottamattomaan kokeilu- ja kehittämistoimintaan, joka juuri luo uusia kompetensseja ja ratkaisuja. Resilienssin huomioiminen johtamisessa voidaan nähdä uutena tapana ajatella turvallisuutta. Tutkimuksen yhteydessä kehitettiin malli. Sen avulla luodaan keinoja laajentaa prosesseja, jotka ovat kestäviä ja joustavia. Riskien ja turvallisuuden hallinta edellyttää järjestelmän toiminnalta kykyä ennakoita ja tarkkailla ja tämän tueksi tarvitaan reagointi herkkyyttä toiminnan muutoksiin. Tutkimuksessa määriteltiin muun muassa, miten resilienssi ilmenee ja miten se voisi ilmetä turvallisuuden johtamisen käytännöissä.

Tom Hanen ja Aki-Mauri Huhtinen (2011) tuovat esille, että turvallisuus on olemassa, mutta se on jatkuvassa muutoksessa. Turvallisuuden ilmiö ei ole ainoastaan monimutkainen, vaan kompleksinen. Kompleksisuus on huomattu myös turvallisuus tutkimuksen alueella. Tarkastelun kohteeksi nousee resilienssi käsitteen merkitys yhteenkietoutumisen hallinnassa. Eli kuinka yksilö pystyy käsittelemään omaa kriisinsietokykyään yllättävissä tilanteissa. Rick Kleij kollegoineen (2011) toteavat, että resilienssi on erittäin tärkeää monimutkaisissa ympäristöissä toimiville ryhmille esimerkiksi erilaisissa johtotehtävissä ja valvontaryhmissä toimiville. Joukkueen resilienssi koostuu kyvystä vastata nopeasti äkillisiin, odottamattomiin vaatimuksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli suunnitella ja testata harjoittelua, jotta ryhmät voisivat olla joustavampia. Joukkueiden joustavuutta pidettiin korkeammalla tasolla ja samalla testattiin yhteistä johtajuutta lyhyen koulutuksen tuella. Tutkimus osoitti, että suhteellisen pieni harjoittelu tehostaa joustavuutta.

Mikael Linnellin (2014) mukaan kansalaisten vastaus kriisitilanteessa on, että yksilölliset ja kollektiiviset pyrkimykset parantavat yhteisön kestävyyttä. Artikkelissa tuodaan esille, että tarkoituksena oli tutkia nykyisiä lähestymistapoja yhteisön vastustuskyvyn ja kansalaisten osallistumisen alalla. Lisäksi käsitellään, millaisia kehittyviä sosioteknisiä lähestymistapoja voidaan havaita yhteisön kestävyuden parantamiseksi.

Erik Hollnagel (2015) sekä työryhmä Jeffrey Braitwaite, Robert Wers ja Erik Hollnagel (2015) ovat selvittäneet käsitteitä Safety I ja Safety II. He toteavat, että organisaatio ei voi olla joustava. Järjestelmällä voi olla joustava suorituskky, kun se pitää yllä vaadittuja toimintoja sekä odotettavissa että odottamattomissa olosuhteissa. Nykyinen turvallisuusjohtaminen (Safety-I) keskittyy estämään haittavaikutuksien syntymistä. Nykyinen potilasturvallisuutta koskeva lähestymistapa, Safety I -merkintä, perustuu "löytää ja korjata" -malliin. Se tunnistaa asiat väärin menneen tapahtuman jälkeen. Vastaavasti Resilience Engineering (RE) etsii tapoja parantaa järjestelmien kykyä menestyä vaihtelevissa olosuhteissa (Safety-II). Turvallisuuskulttuuri keskustelussa meidän on siirryttävä tarkastelemaan sitä, mitä tarkoitamme käsitteellä Safety II. Siinä yhteisten ponnistelujen tavoitteena on, jotta asiat menisivät useammin oikein.

Erik Hollnagelin (2015) mukaan tärkeintä on ymmärtää, että terveydenhuollon toiminta on suuressa määrin joustavaa. Jokapäiväinen suorituskky onnistuu useammin kuin epäonnistuu. Joustavan järjestelmän keskeinen piirre on kyky säätää toimintaa. Säädot voi periaatteessa tapahtua joko sen jälkeen, kun jotain on tapahtunut (olla reaktiivinen) tai tapahtuu ennen kuin jotain tapahtuu (olla ennakoiva). Seuraavat neljä kykyä ovat tarpeellisia joustavan suorituskvyn kannalta:

- Kyky reagoida. Tietää mitä tehdä tai pystyä vastaamaan säännöllisiin ja epäsäännöllisiin muutoksiin ja häiriö tilanteisiin.
- Kyky hallita. Seurannan on katettava järjestelmän oma suorituskky sekä ympäristön tilanne. Käytännössä tämä tarkoittaa käynnissä olevien toimintojen aikataulua.
- Kyky oppia. Tietää, mitä on tapahtunut tai oppia kokemuksesta.
- Kyky ennakoida. Tietää, mitä odottaa tai pystyä ennakoimaan tulevaisuuden kehitystä esimerkiksi mahdollisia häiriöitä.

Työn joustavuuden helpottaminen ja aktiivinen toiminta kasvattavat lääkäreiden kykyä tarjota parempaa hoitoa tehokkaammin. Ennaltaehkäisevä turvallisuusjohtaminen keskittyy siihen, miten jokapäiväinen suorituskky onnistuu yleensä sen sijaan, miksi se satunnaisesti epäonnistuu. Sekä pyrkii aktiivisesti parantamaan päivittäistä suorituskkyä. (Hollnagel 2015.) Ennakoivan riskienarvioinnin tiedetään vahvistavan organisaatioiden resilienssiä. Sari Palojoen (2017) väitöstyön aineisto kerättiin potilastietojärjestelmien käyttäjiltä. Tavoitteena oli kehittää potilastietojärjestelmien käyttäjille riskienarviointityökalu virheiden hallintaan ja ennaltaehkäisemiseen. Toimintamallin käyttöönotto voi edistää organisaatioiden sietokkyä (resilienssi) potilastietojärjestelmien virhetilanteiden osalta.

Aki Aunala (2015) tuo esille henkisen toimintakyvyn eli resilienssin kehittämisen. Toimintakykyiset yksilöt ovat johdettavissa suorituskkyisiksi joukoiksi. Mieltä voi harjoittaa joustokkyiseksi. Jos uhkaan valmistautumiseen opitaan stressittömästi niin oppi voi toimia oikein oikeassa stressitilanteessa. Sotilaskontekstissa resilienssi nähdään henkisenä toimintakyvynä. Sitä lähestytään psykologisen resilienssi käsitteen kautta. Tämä tarkoittaa yksilön kykyä palautua toimintakykyiseksi haasteellisista tilanteista. Henkinen vahvuus yksilöllisenä ominaisuutena edistää resilienssiä toimintaa. Henkinen vahvuus koostuu erilaisista osatekijöistä. Näitä ovat muun muassa kyvystä kontrolloida ja säädellä itseä, kyvystä nähdä muutokset mahdollisuutena, kyvystä sitoutua ja nähdä toiminta merkityksellisenä. Erityisesti emotionaalinen ja kognitiivinen joustavuus kehittää resilienssiä. Näiden lisäksi vahvuutena nähdään esimerkiksi vahvat sosiaaliset suhteet, optimismi, tunnetietoisuus sekä ongelmanratkaisukky.

Ari-Elmeri Hyvönen ja Tapio Juntunen (2016) kirjoittavat, että yhteisöjen operationaalisella tasolla resilienssi on mahdollista määritellä toisiaan seuraavan ja vahvistavan piirteen kautta. Nämä neljä piirrettä ovat vikkelyys, kekseliäisyys, päällekkäisyys ja lujatekoisuus. Vikkelyys tarkoittaa yhteisöjen kykyä lähes välittömään itseorganisoitumiseen. Esimerkiksi luonnonkatastrofien aikana. Kekseliäisyys tarkoittaa, että yhteisöllä tulee olla monipuoliset älylliset ja kulttuuriset tietovarannot. Näitä on mahdollista mobilisoida sekä kriisiaikaisena “nokkeluutena” että toisaalta kykynä säilyttää kriisin aikana menetettyä kulttuurista pääomaa sekä kollektiivista muistia. Päällekkäisyys tarkoittaa, että systeemien, kriittisen infrastruktuurin sekä yhteisön toimintakyvyn takaava kriisiaikainen monimuotoisuus ja vaihtoehtoiset varajärjestelmät toimivat.

Kriisiaikaiset kokemukset antavat mahdollisuuden kehittää vaihtoehtoisia selviytymismalleja ja varajärjestelmiä. Lujatekoisuus tarkoittaa yhteisöjen ja yksilöiden kykyä sietää sekä eristää kriisin aiheuttamia negatiivisia seurauksia. Lujatekoisuutta käytetään usein virheellisesti resilienssin synonyymina. Yhteenvetona todetaan, että resilienssille ei ole yhtä määritelmää. Käsitettä määrittää vahva kontekstiriippuvaisuus, joustavuus ja monimerkityksellisyys. (Hyvönen & Juntunen 2016.)

Ari-Elmeri Hyvönen ja Tapio Juntunen (2016) nostavat esille resilienssin kolme tasoa. Nämä ovat resilienssi käsitteen ontologinen syvärakenne, metafora ja operationaalinen taso. Ensimmäinen taso tarkastelee resilienssi käsitteen syvärakennetta. Se pohjautuu ontologisiin ja epistemologisiin taustaoletuksiin. Tälle tasolle rakentuu turvallisuuskäsityksen yhteiskuntafilosofiset ja maailmankuvalliset syvärakenteet. Taustalla vaikuttava käsitys syy-seuraussuhteista ei ole suoraviivainen. Se perustuu ajatukseen monimutkaisesta, eri vuorovaikutusprosessien verkostosta muodostuvasta kokonaisuudesta. Toisella tasolla resilienssi politiikan käsitettä käytetään eksplisiittisesti keskustelua ohjaavana metaforana sekä normatiivisena tavoitteena. Tällaisessa merkityksessä käsitteeseen törmää usein politiikkaa ohjaavien strategioiden muotoiluissa sekä poliittisen retoriikan tehosteena. Kolmannella tasolla resilienssistrategian muoto ei pyri torjumaan ulkoisen turvallisuusympäristön väistämättömältä vaikuttavia muutoksia. Tässä vaiheessa pyritään arvioimaan kriisitilanteet turvallisuuden tunnetta lisäävinä tapahtumina. Tutkijat tukeutuvat usein viimeksi mainittuun, muutosvalmiutta, vahvistumista sekä uudistumiskykyä korostavaan strategiseen tulkintaan. Resilienssipolitiikan ideologiset ja strategiset valinnat oletetaan jo tehdyiksi, kun siirrytään operationaaliselle tasolle. Resilienssi pyritään määrittelemään vaiheittaisena ja konkreettisena kriisinsietokykyinä. Samanaikaisesti siinä todentuu adaptaatioprosessi, jonka toimivuutta ja onnistumista oli mahdollista arvioida jälkikäteen.

Väitöksessään Tom Hanen (2017) kirjoittaa, että resilienssi tarkoittaa ”hyppäämistä takaisin”. Käsitettä resilienssi määritellään sanoilla kimmoisuus, joustavuus, selviytymiskyky, kestävyys, palautumiskyky ja toipuminen. Resilienssin periaatteet kuvastavat toimintaympäristön dynaamisuuden ja tilannekohtaisuuden ymmärtämistä turvallisuusajattelussa. Joten kaikkeen ei voi varautua. Jotkin muuttujat ovat selkeästi näkyvissä, toiset taas piileviä. Tämän johdosta on tärkeää olla resilientti eli notkea ja sietokykyinen.

Erik Hollnagel työryhmineen (2006) tuo esille, että resilienssi ajattelu korostaa ennakoivia kehittäviä prosesseja, jatkuvaa varuillaan oloa ja tarkkailua sekä kokemuksesta oppimista. Resilientti organisaatio on herkkä muutoksille ja sitä kautta koko ajan valmiina muuttumaan. Samalla pyritään ennakoimaan mahdollisia muutoksia ja oppimaan eri tilanteista. Tom Hanen (2017) mukaan tulee huomioida monimuotoisuuden ja sen aiheuttamat rajoitteet sekä olla valmis reagoimaan yllätyksiin ja palautumaan nopeasti tasapainoon. Käsitteen resilienssi ominaisuuksia ovat muun muassa kimmoisuus, sitkeys ja siukkuus. Siitä on kehittynyt vaikutusvaltainen uudiskäsite, jota sovelletaan laajasti. Turvallisuuden horisontti siirtyy uhkakuvien identifioimiseen keskittyvästä ennakoinnista kohti sopeutumis- ja mukautumiskyvyn edellytyksiä hahmottavaan varautumisajatteluun.

Jukka-Pekka Heikkilän (2017) mukaan resilienssin näkökulmasta organisaatiossa on hyödyllistä oppia kytkemään yhteen vaatimuksiltaan erilaisia tehtäviä sekä samanaikaisesti etsiä uusia ratkaisuja arjen tilanteisiin. Resilienssiä syntyy organisaatioihin elämällä arjen muutosten jännitteissä. Organisaatioiden johtamisessa korostuu kyky yhdistää eritarkkaistumallien huomioiminen. Tällaisessa johtamisessa liikutaan tietoisesti koko ajan paikallisten erilaisten ratkaisujen ja isojen linjojen jännitteisessä kentässä. Resilienssin näkökulmasta myös sattuman hyödyntäminen on arvokas taito. Organisaatioissa tarvitaan yhteisöllistä havainnointi- ja ajattelukykyä. Lisäksi tulee hyödyntää avointa dialogia, jonka avulla kuullaan ja tutkitaan odottamattomia asioita. Odottamattomien ja sattumalta havaittujen asioiden ymmärtämisestä on osattava tehdä hyödyllisiä johtopäätöksiä. Organisaation ”kokonaisresilienssi” on monien sopeutumiskykyä lisäävien toimintojen vuorovaikutuksen tulosta.

Aikaisempi kirjallisuus ja tutkimus osoittavat, että käsitteeseen resilienssi on viittauksia vuoden 1980 -luvulta alkaen, esimerkiksi Aaron Wildavsky vuonna 1988. Potilasturvallisuuden kansainvälisinä tutkijoina ovat erityisesti olleet James Reason (1997), Erik Hollnagel (2006) ja Karina Aase (2009). Kotimaiseen tieteelliseen keskusteluun ovat osallistuneet 2010 luvulta alkaen esimerkiksi Tom Hanen ja Aki-Mauri Huhtisen (2011), Aki Aunala (2015), Jukka-Pekka Heikkilä (2017) ja Tom Hanen (2017). Kotimaisessa potilasturvallisuus tutkimuksessa Sari Palojoki (2017) on nostanut esille käsitteen resilienssi.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, minkälaista resilienssi tietoa terveydenhuollon vaaratapahtumaraportointi (HaiPro) aineistosta löytyy potilasturvallisuuden johtamisen tueksi.

Tutkimuskysymykset ovat;

1. Millaisia potilasturvallisuuden hyviä käytänteitä aineistosta löytyy?
2. Millaisia potilasturvallisuuden korjaavia toimenpiteitä aineistosta löytyy?
3. Millaisia potilasturvallisuuden johtamisen resilienssi kuvauksia aineistosta löytyy?

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella, miten HaiPro aineistosta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää potilasturvallisuuden resilienssi huomioiden. Tarkastelu kohdistuu ilmoituksissa kohtiin, joissa on ilmoituksen tekijän tai ilmoituksen käsittelijän tuottamaa vapaata tekstiä. Ne sisältävät kehittämisehdotuksia ja niin sanottuja hyviä käytänteitä.

4 MENETELMÄLLISET VALINNAT

4.1 Tutkimuksen sijoittuminen sosiaali- ja terveydenhuollon paradigmaan

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigman kohdalla tämä pro gradu työ tarkastelee toimijoita ja menetelmiä. Toimijoilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäviä henkilöitä. Menetelmillä tarkoitetaan toiminnassa syntyneen tiedon käsittelyä ja tallentamista eli HaiPro- järjestelmän kautta syntyneen tiedon käsittelyä. Tutkimuskohteena on tieto- ja viestintätekniikan käyttö. (Saranto & Kuusisto-Niemi 2011.)

4.2 Rekisteritutkimus ja aineisto

Kyseessä on rekisteritutkimus. Rekisteri sana pohjautuu latinan kielisiin sanoihin luetteloida (registrum) ja kirjata (regerere). Rekisteritutkimus hyödyntää sähköisessä muodossa olevia tietoaaineistoja, joita päivitetään säännöllisesti ja joiden ylläpito on vastuutettu rekisterinpitäjälle. (Hirsjärvi ym. 2009; Notkola 2010.)

Silloin, kun tutkimuksessa käytetään alkuperäistä yksikkötason rekisteritietoa, puhutaan puhtaasta rekisteritutkimuksesta. Rekisteritutkimuksessa voidaan hyödyntää tietoaineistoja, jotka on kerätty muuhun tarkoitukseen kuin rekisterin muodostamisen perusteena olevaan käyttötarkoitukseen. Ne voivat sisältää yksikkötason tietoa. Tutkimusaineisto muodostuu rekisteritiedoista, eli tehdään niin sanottua puhdasta rekisteritutkimusta. (Hirsjärvi ym. 2009; Notkola 2010.)

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä eli HaiPro tuottaa rekisteritietoa. Knuutila työryhmineen (2007) on tutkinut ja toteuttanut terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi työkalun nimeltä HaiPro. HaiPro- järjestelmän kautta saadaan tietoa vaaratapahtumista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Tässä työssä ei ole tarkoitus kertoa HaiPro- järjestelmän toiminnollisuuksista yksityiskohtaisesti. Painopiste on järjestelmän kautta saatavan tiedon hyödyntäminen potilasturvallisuuden johtamisessa.

HaiPro on vaaratapahtumien ilmoittamis- ja raportointijärjestelmä. Vaaratapahtumat ilmoitetaan sähköisellä ilmoituslomakkeella, josta tiedot kirjautuvat suoraan tietokantaan jatkokäsittelyä varten. HaiPro- järjestelmässä ilmoittaja on henkilö, joka raportoi havaitsemansa vaaratapahtuman raportointityökalun avulla. Ilmoittaja voi olla vaaratapahtuman havaitsija tai sen synnyssä mukana ollut henkilö. Käsittelijä on organisaation nimetty henkilö, esimerkiksi yksikön lähiesimies. Hänelle tulee sähköpostin kautta ilmoitus jokaisesta vastuualueelle kirjatusta vaaratapahtumasta. Käsittelijän tehtävänä on ilmoituksen tietojen luokitukset, toimenpiteiden ehdottaminen ja palautteen välittäminen ilmoittajille. (Knuutila ym. 2007.)

Tässä tutkimuksessa käytetään terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi HaiPro- järjestelmästä saatua niin määrällistä kuin laadullista aineistoa. Tutkimusaineisto on satunnaisotos yli 80 000 vaaratapahtumailmoituksesta. Aineisto koostuu seitsemän organisaation (kaupunki (n=2), sairaanhoitopiiri (n=2), sosiaali- ja terveystieteiden keskus (n=2), sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoito (n=1)). Kokoaineisto käsittää vaaratapahtuma ilmoitukset vuosilta 2007-2016. Näiden ilmoitusten yhdistävä tekijä on, että kohdassa seuraus hoitavalle yksikölle on valittu kohta imagohaitta. Tutkimusaineistoon (n=203) on jokaisesta organisaatiosta satunnaisesti poimittu 29 vaaratapahtumailmoitusta. Aineisto on Exel

muodossa. Esitestaus vaiheessa aineistosta poimitaan joka 20 ilmoitus alkaen ensimmäisestä ilmoituksesta. Esitestauksen tavoitteena oli tarkistaa, että aineistosta on löydettyvissä vastauksia tutkimus kysymyksiin. Tämän vaiheen tulokset sisältyvät lopullisiin tuloksiin.

Määrällistä aineistoa syntyy HaiPro raportointimallin prosessin eri kohdissa. Näitä ovat yksikkö, jossa tapahtui, ilmoittajan ammattiryhmä, tapahtuman luonne, tapahtuman tyyppi, tilanteen hallinta ja riskiluokka. Laadullista aineistoa syntyy HaiPro raportoinnin neljässä eri kohdassa, jossa vaaratapahtuman ilmoittaja kertoo tapahtuman kuvauksen. Ohjelma tarjoaa ohjaavia kysymyksiä, jotka auttavat tapahtuman kuvauksessa. Näiden kysymysten avulla ilmoittaja kuvaa sitä, mitä ja miten tapahtui sekä mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Lisäksi ilmoittaja kuvaa olosuhteet tapahtumahetkellä sekä tapahtuman syntyyn myötävaikuttavat tekijät. Toinen kohta on kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta. Tähän kirjataan kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta tapahtumahetkellä ja sen jälkeen. Tämän jälkeen tarkastellaan tapahtumista saatavan tiedon hyödyntämistä ja muutoksen seuranta. Kolmannessa kohdassa kirjataan toimenpiteet tai perustellaan miksi toimenpiteitä ei tarvita. Viimeinen kohta on, jossa kerrotaan oma näkemys, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää? Vaaratapahtuma ilmoitus tehdään HaiPro – järjestelmään sähköisellä lomakkeella. Teknisesti kyse on web- selaimella käytettävästä tietokantapohjaisesta sovelluksesta. Ilmoittaja täyttää HaiPro - Potilasturvallisuusilmoituksen (Kuvio 2).

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus

[Sisäiset sivut](#)

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Ilmoituksen pvm: 24.2.2015

Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*) Valitse <input type="text"/> <input type="button" value="Hae"/>	
	Yksikkö, jossa tapahtui (*) Valitse <input type="text"/> <input type="button" value="Hae"/>	
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse <input type="text"/> <input type="button" value="i"/>	
Tapahtuma	Tapahtuma-aika(*) Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> 00 <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Tapahtumapaikka Valitse <input type="text"/>	Tapahtuman luonne (*) <input type="radio"/> läheltä piti <input type="button" value="i"/> <input type="radio"/> tapahtui potilaalle <input type="button" value="i"/> <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus <input type="checkbox"/> Täytetään myös tietoturvailmoitus <input type="button" value="i"/> <input type="checkbox"/> Täytetään myös toimintaympäristöilmoitus <input type="button" value="i"/>
Tapahtuman tyyppi	Valitse <input type="text"/>	
Tapahtuman kuvaus (*)	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin: - Mitä oltiin tekemässä - Mitä ja miten tapahtui - Miten tilanne hoidettiin - Mitä seurasi potilaalle - Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle. <input type="text"/> <input type="text"/> Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät. <input type="text"/> <input type="text"/> Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää? <input type="text"/> <input type="text"/>	
Sähköpostiosoite	Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse. Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu. <input type="text"/>	

[Tulosta ilmoitus](#)

KUVIO 2. HaiPro-Potilasturvallisuusilmoitus (Knuuttila ym. 2007).

Vaaratapahtumien raportointimenettely on prosessi, joka alkaa vaaratilanteen tunnistamisesta ja ilmoittamisesta. Vaaratapahtumia ovat läheltä piti -tapahtumat ja haittatapahtumat. Vaaratapahtumien raportoinnin tarkoituksena on saada tietoa haitta- ja vaaratapahtumista sekä kerätä tietoa läheltä piti - ja vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät kertovat siitä, että organisaation perusprosessit eivät toimi tarkoituksenmukaisella tavalla. Ilmoitettavia asioita ovat kaikki hoitoon liittyvät tapahtumat, jotka aiheuttivat tai jotka olisivat voineet aiheuttaa haittaa potilaalle. Ilmoitukset käsitellään sekä luokitellaan ja tiedot hyödynnetään tavoitellen jat-

kuvan oppimisen kautta tapahtuvaa toimintatapojen, toiminnan olosuhteiden sekä väli-
neiden kehittymistä. Vaaratapahtumailmoitusten käsittely prosessin yhteydessä tarkastel-
laan seuraavia asioita. Mietitään mitä tapahtui, mitä voidaan tehdä, ettei tapahdu uudes-
taan sekä analysoidaan ja kirjataan toimenpiteet. Toimenpide-ehdotukset kohdistetaan
olosuhdetekijöihin - ei yksittäisiin työntekijöihin. Asioista keskustellaan avoimesti yh-
dessä. (Knuuttila ym. 2007.)

4.3 Resilienssin kriteerit ja aineiston analyysi

Resilienssin kriteerit määriteltiin kirjallisuuden perusteella (Luku 2). Resilienssiin liitty-
viä kriteerejä voidaan määritellä joko yksilön tai organisaation näkökulmasta (Hollnagel
ym. 2006; Uusitalo ym. 2009; Hyvönen ym. 2016; Hanen 2017). Resilienssi kriteerejä on
tiivistetty sekä yksilön että organisaation näkökulmasta. Resilienssi kriteerien määritel-
mien laajentaminen turvattiin sillä, että tarkastelussa otettiin mukaan tutkimuksia joissa
ei painotu terveydenhuollon näkökulma (Linnell 2014; Heikkilä 2017). Mukana on muun
muassa maanpuolustuskorkeakoulun tutkimuksia (Aunala 2015; Hyvönen ja Juntunen
2016; Hanen 2017). Aineiston esikatselun perusteella kävi ilmi, että kriteerien laadinta-
vaiheessa ei välttämättä löydy suoria vastaavuuksia kirjallisuuden ja kriteerien välillä.
Sekä organisaation että yksilön resilienssi kriteerejä määriteltäessä on ollut tarkoituksen-
mukaista huomioida sanojen vivahde-erot. Tämän johdosta, vastaavuuksien kohdalla on
huomioitu asian kokonaisilmaisu. Prosessin edetessä olen paljon miettinyt sanavalintoja.
Tulkinnallisuuden pienentämiseksi on aineistosta poimittu suoria lainauksia tukemaan
kirjoittajan tekemää päätöstä. Aineistossa oli myös ilmoituksia, joissa samanaikaisesti oli
nähtävissä useampi kuin yksi kriteeri.

Tarkastelun kohteena olevassa aineistossa on sekä laadullista että määrällistä aineistoa.
Laadullista aineistoa syntyy, kun ilmoituksen jättäjä kertoo tapahtumasta omin sanoin
sekä vastaa HaiPro - järjestelmässä oleviin ohjaaviin kysymyksiin. Määrällistä aineistoa
syntyy, kun HaiPro - järjestelmään kirjataan yksikkö, jossa tapahtui. Lisäksi valitaan il-
moittajan ammattiryhmä, määritellään tapahtuman luonne ja tyyppi sekä riskiluokka.

Kirjallisuuden perusteella (Luku 2.) tiivistettiin 18 organisaation resilienssiä kuvaavat kriteerit (Taulukko 1). Kirjallisuudesta poimittiin käsitteitä ja niiden pohjalta määriteltiin resilienssin kriteerit.

TAULUKKO 1. Organisaation resilienssin kriteerit

	Tekijä + vuosi	Käsite	Kriteerit
1.1	Hanen ym. 2011, Hyvönen ym. 2016, Heikkilä 2017, Hollnagel ym. 2006, Hanen 2017	Jatkuvan muutoksen hallinta, yhteisön kyky välittömään itseorganisoitumiseen, resilienssi eli joustavuus, resilienssi eli kimmoisuus	Hallinta
			Vikkelyys
			Joustavuus
			Kimmoisuus
1.2	Provonost ym, 2013, Aunala 2015, Hollnagell 2015, Hyvönen ym. 2016, Heikkilä 2017, Hanen 2017	Potilasturvallisuus kulttuuri tukee tilannekohtaisuuden ymmärtämistä, adaptaatioprosessin toimivuuden arviointi, kyky oppia	Virheistä oppiminen
			Palautuminen
			Sopeutua
1.3	Hyvönen ym. 2016, Heikkilä 2017	Eri vuorovaikutusprosessien verkosto, keskustelua ohjaava metafora, normatiivinen ohjaus	Vuorovaikutus
			Kirjallinen viestintä
			Suullinen viestintä
1.4	Hyvönen ym. 2016, Heikkilä 2017, Hollnagel ym. 2006, Wildavsky 1988, Hollnagell 2015, Hanen 2017	Monipuoliset älylliset ja kulttuuriset tietovarannot, organisaation kyky ennakoida, organisaation kokemus ja toimintatavat, tilanteen mukainen säätäminen	Kekseliäisyys
			Ennakoida
			Notkea
			Tarkkailu
			Varautua
1.5	Hyvönen ym. 2016, Hollnagel ym. 2006, Hanen 2017	Toimintakyvyn takaava kriisinaikainen monimuotoisuus ja varajärjestelmät, kriisitilanteet lisäävät turvallisuuden tunnetta	Päällekkäisyys
			Sietokykyisyys
			Kriisinhallinta

Kirjallisuuden perusteella (Luku 2.) tiivistettiin 11 yksilön resilienssiä kuvaavat kriteerit (Taulukko 2). Kirjallisuudesta poimittiin käsitteitä ja niiden pohjalta määriteltiin resilienssin kriteerit.

TAULUKKO 2. Yksilön resilienssin kriteerit

	Tekijä + vuosi	Käsite	Kriteeri
2.1	Hollnagel ym. 2006, Uusitalo ym. 2009, Heikkilä 2017	Uusi tapa ajatella turvallisuutta, herkkyys toiminnan muutoksiin havainnointi- ja ajattelukyky	Turvallisuusajattelu
			Muutosherkkyys
			Dialogi
2.2	Hollnagel ym. 2006, Uusitalo ym. 2009	Kyky ennakoida, ongelman analysointia yhdessä	Ennakoida
			Varautua
2.3	Hollnagel ym. 2006, Aunala 2015, Hyvönen ym. 2016, Heikkilä 2017	Ihmisen käyttäytyminen hätätilanteessa, toimintakykyiset yksilöt johdettavissa suorituskykyisiksi adaptaatioprosessi,	Selviytyminen
			Henkinen toimintakyky
			Sopeutua
			Mukautuminen
2.4	Hyvönen ym. 2016, Aunala 2015	Sopeutuminen uhkakuviin, kriisinsietokyky	Sitkeys
			Sisukkuus

Määrällisen aineiston analyysin kohdalla laadittiin suorat jakaumat saatujen tulosten pohjalta. Lisäksi toteutettiin summatiiviset tulokset taulukko muotoihin. Informatiivisuuden lisäämiseksi hyödynnettiin kuvioita ja prosenttiosuuksia. Laadullisen aineiston analyysi aloitettiin lukemalla läpi koko laadullinen aineisto (n=203). Näin aineistosta muodostui niin sanottu yleiskäsitys ilmoitusten sisällöstä. Seuraavaksi aineisto analysoitiin vaihe kerrallaan. Jokaisen vaiheen kohdalla tarkasteltiin, löytyykö sieltä kirjauksia, merkintöjä tai ilmauksia, jotka sopivat joko organisaation 18 kriteerin (Taulukko 1) tai yksilön 11 kriteerin (Taulukko 2) määritelmiin. Tämän jälkeen analysoitiin ilmoitukset (n= 33), joissa kaikissa neljässä eri kokonaisuudessa oli kirjauksia. Tarkastelussa ilmoitusten kohdalla arvioidaan, löytyykö HaiPro ilmoitusten kaikista neljästä kokonaisuudesta resilienssi kriteerejä vastaavia käsitteitä. Lopuksi aineistosta esiin tulleita määritelmiä arviointiin suhteessa tutkimukselle asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Aineiston määrälliset tulokset

Aineisto koostui HaiPro ilmoituksista (n=203). Seuraavat taulukot ja kuviot perustuvat aineiston rakenteisen tiedon jakaumiin ja prosenttiosuuksien esittämiseen. HaiPro- järjestelmässä ilmoituksen tekijä valitsee yksikön, jossa vaaratapahtuma tapahtui (Taulukko 3). Aineiston mukaan puolet tilanteista tapahtui vuodeosastoilla. Aineiston perusteella seuraavaksi yleisimpinä tapahtumapaikkoina olivat palvelutalot ja kotihoito. Vähiten ilmoituksia oli tehty ensihoidosta.

TAULUKKO 3. Yksikkö, jossa vaaratapahtuma tapahtui

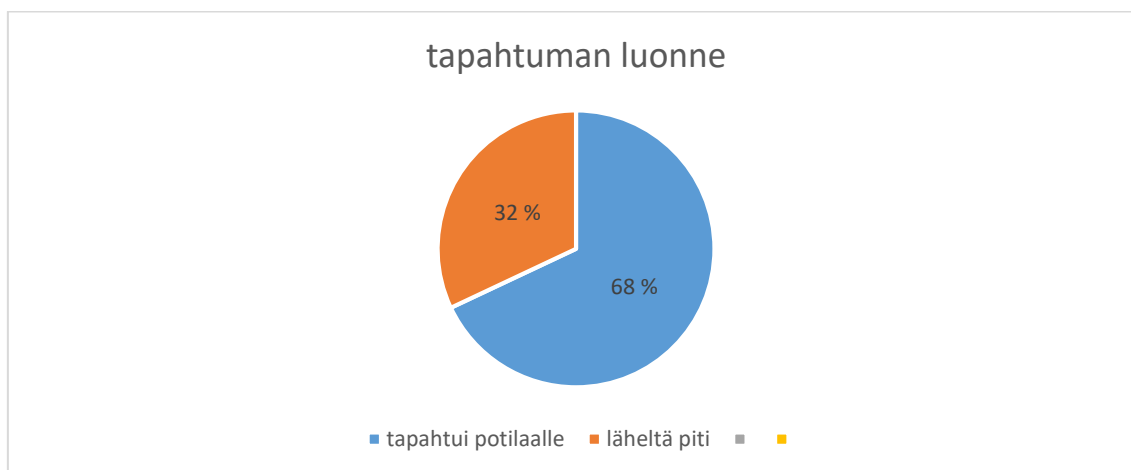
Yksikkö	Lukumäärä (%)
	N=203 (100 %)
Vuodeosasto	104 (51.2 %)
Palvelutalo	29 (14.2 %)
Kotihoito	24 (11.8 %)
Päivystys	18 (8.8 %)
Poliklinikka vastaanotto	14 (7.0 %)
Toimenpideyksikkö	12 (6.0 %)
Ensihoito	1 (0.5 %)
Ei valittu	1 (0.5 %)

Aineiston perusteella ilmoituksen tekijän suurin ilmoittajaryhmä oli sairaanhoitajat (Taulukko 4). Lähihoitajien ja muun henkilökunnan osuus oli 15%. Lääkäreiden osuus oli viisi prosenttia. Huomioitavaa on, että yksi omainen oli tehnyt myös ilmoituksen.

TAULUKKO 4. Ilmoittajan ammattiryhmä

Ilmoittajan ammattiryhmä	Lukumäärä (%)
	N=203 (100 %)
Sairaanhoitajat	123 (61.0 %)
Lähihoitaja, muu henkilökunta	31 (15.8 %)
Muu hoitotyöntekijä	27 (13.3 %)
Lääkärit	12 (5.9 %)
Tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta avustavat henkilöt	3 (1.5 %)
Ei valittu	3 (1.5 %)
Suunterveydenhuolto	1 (0.5 %)
Omainen	1 (0.5 %)

Kaksi kolmesta ilmoituksesta tapahtui potilaalle. Aineistossa läheltä piti - ilmoitusten osuus oli 32 prosenttia (Kuvio 3).

**KUVIO 3. Tapahtuman luonne**

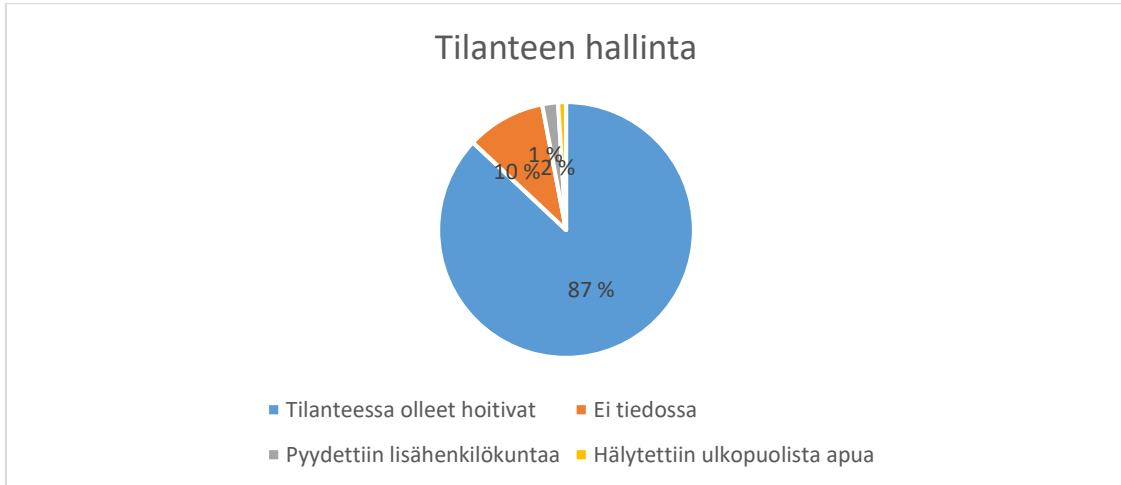
Aineistossa esiintyivät kaikki 13 eri tapahtuman tyyppiä. Aineiston perusteella puolet tehdyistä ilmoituksista olivat lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiainetilanteisiin liittyviä. Reilu viidesosa liittyi tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan. Vähiten vaaratapahtuma ilmoituksia oli tehty aseptiikasta, ensihoidon toimintaympäristöstä sekä operatiivisesta että invasiivisista toimenpiteistä (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Tapahtuman tyyppi

Tapahtuman tyyppi	Lukumäärä (%)
	N=203 (100 %)
Lääke- ja nestehoito, verensiirto, varjo- tai merkkiaine	102 (50.2 %)
Tiedonkulku tai tiedonhallinta	45 (22.2 %)
Tapaturma, onnettomuus	11 (5.4 %)
Muu hoito ja seuranta	10 (4.9 %)
Muu	10 (4.9 %)
Laboratorio-, kuvantamis- tai muu potilastutkimukseen liittyvä	9 (4.4 %)
Laitteeseen tai sen käyttöön liittyvä	4 (2.0 %)
Väkivalta	4 (2.0 %)
Ei tiedossa	3 (1.5 %)
Aseptiikka	2 (1.0 %)
Operatiivinen toimenpide	1 (0.5 %)
Invasiivinen toimenpide	1 (0.5 %)
Ensihoidon toimintaympäristö	1 (0.5 %)

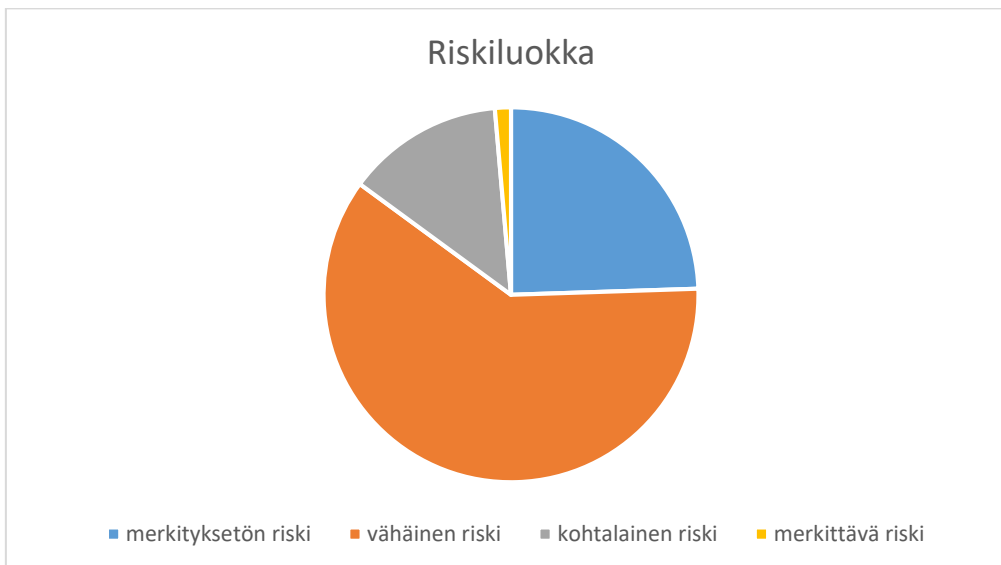
Aineiston perusteella oli mahdollisuus tarkastella tilanteen hallintaa. Tilanteen hallinta arvioitiin neljän eri vaihtoehdon kohdalla (Kuvio 4). Vaihtoehdot ovat 1) tilanteessa olleet

hoitivat, 2) pyydettiin lisähenkilökuntaa, 3) hälytettiin ulkopuolista apua ja 4) ei tiedossa. Aineistosta kävi ilmi, että reilussa 80 % tilanteissa olleet hoitivat tilanteiden hallinnan (Kuvio 4). Aineiston pohjalta vähiten on tilanteita, joissa on hälytetty paikalle ulkopuolista apua.



KUVIO 4. Tilanteen hallinta

Riskin suuruus tapahtuman kohdalla (Kuvio 5). Potilaaseen kohdistuvien riskien luokittelu on neliportainen. Luokat ovat 1) merkityksetön riski, 2) vähäinen riski, 3) kohtalainen riski ja 4) merkittävä riski.



KUVIO 5. Tapahtuman riskiluokka

Aineistoon kuuluvista ilmoituksista (n=203) lähes puolessa oli määritelty 1) vähäinen riskiluokkaan. Todennäköisyys tapahtuman kohdalla oli määritelty luokkaan mahdollinen ja seuraukset oli arvioitu vähäisiksi. Vähäiset seuraukset-luokka tarkoitti epämukavuutta, hoidon viivästyistä tai hoidon pitkittymistä ilman merkittävää terveysvaikutusta. Seuraava oli 2) merkityksetön riskiluokka. Tässä todennäköisyys oli arvioitu epätodennäköiseksi ja seuraukset olivat vähäiset. Luokassa 3) kohtalainen riski oli vain muutama ilmoitus. Vaaratilanteita tai läheltä piti- tapauksia oli sattunut tai seuraukset olivat olleet haitallisia. Haitallisina seuraukset nähtiin, kun ilmaantui toimenpiteitä vaativia vammoja, hoidon pitkittymistä ja ylimääräistä kärsimystä. Yksi ilmoitus oli kirjattu 4) merkittävä riski –luokkaan, jossa seuraukset oli arvioitu vakaviksi. Aineistossa oli myös ilmoituksia, joissa riskiluokkaa ei oltu arvioitu.

5.2 Aineiston laadulliset tulokset

Aineiston laadulliset tulokset jakautuvat neljään eri kokonaisuuteen. Nämä ovat resilienssi tapahtumien kuvauksissa, tapahtumatilanteessa käytetty resilienssi, tilanteenhallintaan liittyvä resilienssi ja vaaratapahtumatilanteesta oppiminen. Neljän kokonaisuuden osalta analysointiin organisaatioon ja yksilöön liittyvä resilienssi. Esimerkit ovat lainauksia vaaratapahtumailmoituksista. Esimerkkien yksittäisten sanojen tummennuksilla painotetaan kriteerien näkyvyyttä kyseisessä ilmoituksessa.

5.2.1 Resilienssi tapahtumien kuvauksissa

Aineiston ilmoitustekstit (n=203) olivat pääosin tiivistä kirjausta tai vain toteamus siitä, mitä oli tapahtunut. Kirjaukset sisälsivät ajoittain pohdintaa ja usein oli käytetty paljon lyhenteitä. Muutamissa kohden työsuojelun näkökulma painottui. Esimerkiksi oli kirjattu sisäilmailmoitukseen liittyviä asioita, uhkaavia tilanteita asiakkaiden kesken sekä parkkipaikan valaistus asiaa. Lisäksi yksilön työkokemus painottui eli oli tehty vertailua kokemattoman ja kokeneen hoitajan välillä. Aineiston perusteella voidaan todeta, että arjen

tilanteisiin liittyy paljon unohduksia sekä väärinkäsityksiä. Lisäksi todentuvat kirjausvirheet, jotka johtivat ilmoituksen tekemiseen. Tapahtumakuvausten merkkimäärä vaihteli välillä 18 – 2086. ”Lääkedosettien **täydentämisen yhteydessä huomattu**, että asiakkaalle jaettu Diformin 1 g 2x2, vaikka lääkelistalla menossa Metforem 500 mg 2x2. Asiakas saanut kaksinkertaisen määrän vaikuttavaa ainetta. Asia laitettu lääkärin arvioitavaksi.”

Aineiston perusteella ilmoituksia oli tehty eniten lääkevirheistä. Lääkevirheitä oli tunnistettu, kun seuraava hoitaja huomasi poikkeaman tai oli tehty lääkityksen kaksoistarkastus. Hyvin usein myös potilaiden tai omaisten havainnot johtivat toimenpiteen korjaamiseen. ”Aamulääkkeitä annettaessa **potilas huomannut** itse, että Absenor- enterotabletit olivat väärän vahvuisia. Aamun lääkemukiin oli jaettu 300mg:n tablettien sijaan 500mg:n tabletteja 2 kpl. Potilaan aamulääkkeet **tarkistettiin** ja lääkemukista poistettiin 500mg:n tabletit ja tilalle jaettiin kaksi 300mg tablettia.”

Seuraavassa on tyypillinen kuvaus tilanteesta, jossa työntekijä oli itse huomannut tilanteen. ”Menin antamaan asiakkaalle aamulääkkeet. Mukanani oli useita dosetteja. **Tarkistin** dosetin ja annoin lääkkeet suoraan asiakkaalle, joka laittoi ne suuhunsa. Kun katsoin dosettia uudestaan, **huomasin** sen olevan toisen asiakkaan ja tämä asiakas oli jo ehtinyt niellä lääkkeet. Huomasin virheeni välittömästi ja **ilmoitin** siitä sairaanhoitajalle, joka ilmoitti myös lääkärille asiasta.”

Aineiston perusteella tapahtuman kuvauksissa organisaatio resilienssi kriteerejä löytyi 9/18 (Taulukko 6). Eniten havaittiin kriteerejä virheistä oppiminen, kirjallinen ja suullinen viestintä. ”Neurologi kandi tuli antamaan **suullisen** lääkemääräyksen sairaanhoitajalle, että potilaalle jolla carotis alueen TIA ja huomenna suunniteltu endorterektomia annetaan FRAGMIN 15 000 IU sc, 2 sairaanhoitajaa (kokenutta) **kuulemassa** määräyksen ja samantein **kyseenalaistivat** lääkemääräyksen suuruuden. Hoitajat pyytäneet kandi tarkistamaan määräys neurologilta. Oikea annosmäärä on siis tarkistuksen jälkeen 6000 IU sc. Kandi tullut asiasta vielä **keskustelemaan** ja asiaa pahoittelemaan, virhettä ei siis tapahtunut potilaaseen saakka koska sairaanhoitajat **huomasivat** määräyksen olevaan virheellinen.”

Aineiston pohjalta organisaation resilienssi kriteerit sopeutua ja ennakoida näkyivät ilmoituksissa samanaikaisesti.” *Alettu jakamaan lääkkeitä dosettiin. **Huomattu**, että yhtä lääkettä ei ole riittävästi. Lääkeresepti jäänyt uusimatta edellisellä kerralla, samoin lääkkeen tilaus. Resepti **uusittu** ja lääke **tilattu**.*”

Aineistosta löytyi tapahtuman kuvauksissa yksilön resilienssi kriteerejä 8/11 (Taulukko 7). Usein aineistossa esiintyi kriteerit dialogi ja ennakoida. Turvallisuusajattelun näkökulmasta kriteeri ennakoida esiintyi aineistossa muun muassa dialogin yhteydessä. ” ***Asiakas soitti** eilen toiselle kotiavustajalle ja **ilmoitti**, että ei ole saanut oikeaa määrää lääkkeitä. Kyseinen henkilö ei jaa lääkkeitä, vaan ilmoitti asiasta myöhemmin. **Tarkistin** dosetin sitten seuraavana päivänä, jolloin **huomasin** kyseiset virheet. Toimistolla jaetaan lääkkeitä kyseiselle asiakkaalle kahden viikon välein.* ”

5.2.2 Tapahtumatilanteessa käytetty resilienssi

Tapahtumatilanteessa käytetystä resilienssistä kertoo kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta. Aineistossa (n=203) mainittiin, että tapahtumasta keskusteltiin 39 ilmoituksessa. Keskustelu tapahtuneesta oli jo toteutettu ennen ilmoituksen tekoa 28 ilmoituksen kohdalla. Tapahtumatilanteiden toimenpiteiden kuvaukset vaihtelivat 9 - 45 merkkimäärän välillä, eli kirjaukset olivat lyhyitä. Lisäksi kirjauksissa viitattiin esimerkiksi jo aiemmin tehtyyn ilmoitukseen.

Aineiston perusteella tapahtumatilanteessa käytetty organisaation resilienssi kriteerejä löytyi 8/18 (Taulukko 6). Kriteereistä kirjallinen ja suullinen viestintä oli useimmiten mainittu, ohjeen laatimisen muodossa. ” *Päivystykseen **laaditaan** hoitoprotokollat*”. Organisaation kriteereistä varautuminen kuvattiin ” ***Suunnitellaan** PCA- koulutusta*” ja ” ***Informoidaan** HaiPron tekemisestä*”. Kriteerit ennakoida ja hallinta kuvattiin aineistossa osaamisen lisäämisenä tai toimintamallin muutoksena ” ***Koulutus** diabeteksen hoidosta*”. ” *Toimenpide ehdotus viedään päivystysalueen osasto kokoukseen. **Uusi käytäntö** on jo otettu käyttöön.* ”

Aineiston perusteella tapahtumatilanteessa käytetty yksilön resilienssi kriteerejä löytyi 8/11 (Taulukko 7). Kriteerit turvallisuusajattelu, muutosherkkyys ja ennakoita näkyivät aineistossa: ” **Tarkkaavaisuutta** lääkkeitä antaessa, erityisesti jos mukana on useamman henkilön lääkkeet. **Tarkistetaan** aina ennen antamista, että oikean asiakkaan lääkkeet.” ”**Informoidaan** henkilökuntaa **toimintamallista**, jos havaitaan viallisia tuotteita.”

5.2.3 Tilanteenhallintaan liittyvä resilienssi

Tilanteenhallinnassa resilienssi näyttäytyi arvioina vaihtoehdoista mitä tehdä tai ei tehdä mitään. Ilmoitusten kirjauksissa mainittiin sanat perehdytys, muistuttaminen, koulutus ja keskustellaan, mutta ei ole kirjattu mihin asiayhteyteen nämä toimenpiteet liittyvät. Kirjauksissa lääkärin ja hoitajien välinen yhteistyö korostuu. Tilanteenhallintaan liittyvien kuvausten merkkimäärä vaihteli välillä 9 – 271. Aineiston perusteella tilanteenhallintaan liittyvä resilienssi todentui tiedonkulun tarkentamisena. ”**Info** osastokokouksessa”, ”*perehdytysohjelman päivittäminen*” ja ”*asia viety potilasturvallisuustyöryhmän käsiteltäväksi ja toimenpide – ehdotusten laatimiseksi*”.

Aineiston perusteella tilanteenhallintaan liittyvä organisaatio resilienssi kriteerejä löytyi 8/18 (Taulukko 6). Melko usein ilmoituksissa mainittiin kriteerit vuorovaikutus sekä kirjallinen ja suullinen viestintä. Näiden lisäksi kriteerit hallinta ja virheistä oppiminen näytettyivät aineistossa koulutuksena ja tiedottamisena. ”*Toimenpide ehdotuksena: Määräysohjeen **merkitsemiskäytäntöä muutettu**: Määräysohje jätetään tilaan toteutus aloitettu.*” ja ”**Informoidaan** henkilökuntaa käyttämään esim. lonkkahousuja riskipotilailla.” Aineiston perusteella tilanteenhallintaan liittyvä organisaation resilienssi kriteerit vuorovaikutus ja ennakoita oli mainittu samassa asiayhteydessä. ”*Informoidaan osastokokouksessa ja pyritään miettimään ennaltaehkäiseviä toimia.*”

Aineiston perusteella tilanteenhallintaan liittyvä yksilön resilienssi kriteerejä löytyi 8/11 (Taulukko 7). Perusteluja sisältävissä ilmoituksissa oli myös mietitty laajemmin tapahtunutta. Aineistosta käy ilmi, että tapahtuman kuvauksen lisäksi oli kirjattu toiminta tilanteessa, tilanteen hallinta sekä vaaratapahtumatilanteesta oppiminen. Näin oli toimittu vain 33 tapahtuman kuvauksen kohdalla (n=203). Tämä vaikutti siihen, että ilmoituksista ei välttämättä löytynyt yksittäistä sanaa tai kriteeriä, jonka voisi nostaa esiin. Vastaavasti myös yksilön ja organisaation resilienssi kriteerejä ennakoita ja varautua löytyi samasta

ilmoituksesta. ” **Käydään läpi** tapahtunut viikkopalaverissa, **mietitään** keinoja sängyn väljen vuoraamiseksi vastaavanlaisen tilanteen ehkäisemiseksi”.

Aineiston perusteella tilanteenhallintaan liittyvä yksilön resilienssi kriteerit selviytymisen ja turvallisuusajattelu olivat nähtävissä aineistossa. ”*Hoitohenkilökunnalla tulisi olla selkeät hoitolinjaukset, vaikea hoitaa potilaita ja omaisia, kun ei tiedä mikä on tavoite.*”

5.2.4 Vaaratapahtumatilanteesta oppiminen

Aineistosta käy ilmi, että vaaratapahtumasta oppimisen yhteydessä pyydettiin koulutusta ja lisäresurssia. Lisäresurssia ei määritelty tarkemmin. Lisäksi ehdotettiin, että potilasrannekkeiden käyttöä tulisi lisätä sekä tulisi muistaa potilaiden identifiointi hoitotilanteissa. Lisäksi pyydettiin huomioimaan, että lääkkeiden jakajille tulee taata työrauha sekä mahdollistetaan kaksoistarkastusten toteuttaminen. Lisäksi huomioitiin, että kirjaaminen kaikelta osin tulisi olla tarkempaa. Vaaratapahtumatilanteesta oppimisen merkkimäärä vaihteli välillä 25 – 460. ”*olemalla asiassa tarkempia*”, ”*huolellisuus raporttia lukiessa ja asioiden tarkistaminen*” ja ”*huolellinen lääkejako, tarkistus jaon jälkeen*”.

Aineiston perusteella vaaratapahtumatilanteesta oppimisen kohdalla tuli esille eniten organisaatio resilienssin kriteerejä 15/18 (Taulukko 6). Kriteerit hallinta, ennakoida, varautua, virheistä oppiminen ja tarkkailu aineiston perusteella. ”*Tarkkaavaisuutta ja huolellisuutta lääkehoitoon*”, ”*Määräykset tulisi laittaa toteutus aloitettu tilaan, jos ensiavussa niistä puolet tehty, mutta jos osaston määräyksiä niin jättää ne auki.*” ja ”*Kaikilla potilailla tulee olla potilasranneke, josta pitää tarkistaa, että kyseessä on oikea potilas*”. Aineiston perusteella vaaratapahtumatilanteesta oppimisen organisaation resilienssi kriteeri kirjallinen viestintä näkyi aineistossa muun muassa ohjeen muodossa. ”*Luettava tarkemmin kirsu-lehti. Kirjoitettava teksti, niin, että eri ”osa-alueet” erottuvat toisistaan. Jos seuraava vuoro on lukemassa raporttia ja edellisellä vuorolla on jotain kirjoittamatta, tulisi asiasta mainita selkeästi*”.

Aineiston pohjalta vaaratapahtumatilanteesta oppimisen yksilön resilienssi kriteerejä oli eniten tässä kokonaisuudessa 11/11 (Taulukko 7). Aineistossa kriteeri selviytyminen oli nähtävissä ” *hoitaja antanut vahingossa väärän potilaan lääkkeet. Potilas kuitenkin huomasi asian ennen kuin ehti ottaa lääkkeet ja hänelle annettu oikeat lääkkeet.*”

Organisaation resilienssiä kuvaavat 18 kriteeriä on tiivistetty taulukkoon 6. Laadullisen aineiston analyysi on tehty analysoiden jokainen vaaratapahtuma kirjauksen vaihe erikseen ja ristiintaulukoitu kriteerien kohdalla (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Organisaation resilienssi vaaratapahtumakirjauksissa

Kriteeri	Tapahtuman kuvaus	Kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta	Kirjaa toimenpiteet tai perustele miksi toimenpiteitä ei tarvita	Kerro oma näemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?
Hallinta		1	1	1
Vikkelyys				
Joustavuus				1
Kimmoisuus				
Virheistä oppiminen	1	1	1	1
Palautuminen	1			1
Sopeutua	1	1	1	1
Vuorovaikutus	1	1	1	1
Kirjallinen viestintä	1	1	1	1
Suullinen viestintä	1	1	1	1
Kekseliäisyys				1
Ennakoida	1	1	1	1
Notkea				
Tarkkailu	1	1	1	1
Varautua				1
Päällekkäisyys				1
Sietokyky	1			1
Kriisinhallinta				1
Summa	9 / 18	8 / 18	8 / 18	15 / 18

Organisaation resilienssi kriteereitä vikkelyys, joustavuus, kimmoisuus ja notkea ei ollut havaittavissa läpikäydyssä aineistossa (n=203) missään neljästä kokonaisuudessa. Vastaavasti kriteerit virheistä oppiminen, sopeutua, vuorovaikutus, suullinen viestintä, ennakoida ja tarkkailu oli löydettävissä kaikissa edellä läpikäydyissä neljässä kokonaisuudessa. Yksilön resilienssi kriteerit turvallisuus ajattelu, dialogi, ennakoida, selviytyminen ja mukautuminen löytyvät kaikista neljästä kokonaisuudesta.

Yksilön resilienssiä kuvaavat 11 kriteeriä on tiivistetty taulukkoon 7. Laadullisen aineiston analyysi on tehty analysoiden jokainen vaaratapahtuma kirjauksen vaihe erikseen ja ristiintaulukoitu kriteerien kohdalla (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Yksilön resilienssi vaaratapahtumakirjauksissa

Kriteeri	Tapahtuman kuvaus	Kuvaus toimenpiteiden toteuttamisesta	Kirjaa toimenpiteet tai perustelemiksi toimenpiteitä ei tarvita	Kerro oma näemyksesi, miten tapahtuman toistumisen voitaisiin estää?
Turvallisuus ajattelu	1	1	1	1
Muutosherkkyys		1	1	1
Dialogi	1	1	1	1
Ennakoida	1	1	1	1
Varautua			1	1
Selviytyminen	1	1	1	1
Henkinen toimintakyky	1			1
Sopeutua	1		1	1
Mukautuminen	1	1	1	1
Sitkeys	1	1		1
Sisukkuus		1		1
Summa	8/11	8/11	8/11	11/11

Yksilön resilienssi kriteerit turvallisuus ajattelu, dialogi, ennakoida, selviytyminen ja muutuminen löytyivät aineistosta (n=203) kaikista neljästä kokonaisuudesta. Yksilön resilienssi kriteereistä löytyi kolme samaa kriteeriä kuin organisaation kriteereissä. Nämä olivat ennakoida, varautua ja sopeutua. ” *Käydään läpi tapahtunut viikkopalaverissa, mietitään keinoja sängyn välien vuoraamiseksi vastaavanlaisen tilanteen ehkäisemiseksi* ”. Lisäksi yksilön kriteereistä löytyy kriteeri dialogi ja organisaation kriteereissä on kirjallinen ja suullinen viestintä omina kokonaisuuksina.

Vaaratapahtumista oppiminen on haavoittuva prosessi. Aineistosta käy ilmi, että on hyvä miettiä tavoitteita yhdessä. Tämä keskustelu on hyvä toteuttaa työyhteisön yhdessä. Aineistossa oli usein maininta yhteisestä osastokokouksesta. Samalla ihmisiä valtuutetaan entistä enemmän. Lisäksi puhuttiin myös niistä hyvin sujuneista tilanteista. Asenteilla on toiminnan edetessä merkittävä osuus. Asennoituminen omiin kykyihin oli keskeistä ja lähti ihmisen perusluonteesta. Näissä tilanteissa esimiesten ja vastuuhenkilöiden läsnäolo koettiin tärkeänä. Aineistosta kävi ilmi, että organisaation ylimmän johdon läsnäoloa kaivattiin vaaratapahtumien selvittelyssä. Aineistosta tuli esille ajatus, että organisaatiossa tuli olla selkeä ja vastuutettu vaaratapahtumista oppimisen toimintamalli.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusaineisto (n=203) koostui satunnaisotoksesta yli 80 000 vaaratapahtumailmoituksesta. Aineisto koostuu seitsemän organisaation (kaupunki (n=2), sairaanhoitopiiri (n=2), sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (n=2), sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon tutkimuskeskus (n=1)) vaaratapahtuma ilmoituksesta vuosilta 2007-2016. Näiden ilmoitusten yhdistävä tekijä on, että kohdassa seuraus hoitavalle yksikölle on valittu kohta imagohaitta. Jokaisesta organisaatiosta on 29 satunnaisesti poimittua vaaratapahtumailmoitusta, yhteensä 203 vaaratapahtumailmoituksesta. Osa-aineisto on satunnaistettu Itä-Suomen yliopiston aineistosta. Aineistolle oli saatu tutkimuslupa seitsemästä organisaatiosta, kun Itä-Suomen yliopiston tutkimuseettinen toimikunta oli antanut tutkimussuunnitelmalle puollon. (Saranto ym. 2018.)

Tutkimuksen etenemisen mahdollisimman tarkka selostus lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston analysointi on tehty itsenäisesti eli tutkimuksen missään vaiheessa ei ollut käytettävissä rinnakkaisluokitusta. Resilienssiin liittyviä kriteerejä voidaan määrittellä jo yksilön tai organisaation näkökulmasta. Kirjallisuuden perusteella (Luku 2.) tiivistettiin 18 organisaation resilienssiä kuvaavaa kriteeriä sekä 11 yksilön resilienssiä kuvaavaa kriteeriä. Kirjallisuudesta poimittiin käsitteitä ja niiden pohjalta määriteltiin resilienssin kriteerit. Resilienssi kriteerien mahdollisimman laaja määrittely turvattiin sillä, että mukaan otettiin tutkimuksia esimerkiksi maapuolustuskorkeakoulusta. Aineiston säilytys on ajankohtaista tutkimuksen analyysin ajan. Tämän jälkeen aineisto (n=203) tuhoataan. Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset kohdentuvat aineiston käsittelyyn. Siellä voi tulla vastaan avoimissa kirjauksissa kohtia, joiden perusteella voidaan päätellä kyseinen organisaatio, mahdollisesti jopa yksikkö. Hyvän tiedonhallintatavan mukaan henkilötiedot tulee aina poistaa tutkimusaineistosta. Tähän perustuen ennen aineiston analyysia poistettiin tiedot, joilla voidaan tunnistaa ilmoituksen tekijä tai käsittelijä sekä potilas, asiakas, organisaatio että yksikkö.

Vaaratapahtumatilanteesta oppimisen kohdalla havaittiin eniten resilienssi kriteerin esiintyvyyttä. Kriteereitä vikkelyys, joustavuus, kimmoisuus ja notkea ei ollut havaittavissa läpikäydyssä aineistossa (n=203). Vastaavasti kriteerit virheistä oppiminen, sopeutua,

vuorovaikutus, suullinen viestintä, ennakoida ja tarkkailu oli löydettävissä kaikissa neljässä kokonaisuudessa. Useimmiten organisaation resilienssiä kirjallisuudessa kuvataan käsitteillä ennakoida, hallinta ja joustavuus. Mielenkiintoista tuloksissa on se, että kriteeri joustavuus nousee esille kirjallisuudessa, mutta ei esiinny tulosten kohdalla. Joustavuus on organisaation kykyä ennakoida ja sitä kautta hallita eteen tulevia yllättäviä tilanteita. Toiminnan muutokset luovat uusia innovaatioita ja kehittävät arjen toimintamalleja. Organisaation turvallisuus on jatkuvassa muutoksessa. Keskustelua tulisi lisätä siihen suuntaan, missä tunnistamme onnistuneita tilanteita. Näiden tarkastelun kautta turvallisuus-kulttuuri kehittyy. (Uusitalo ym. 2009; Hollnagel ym. 2015; Hanen 2017.) Organisaation resilienssiä kirjallisuudessa kuvataan käsitteillä joustavuus ja ennakoida. Ari-Elmeri Hyvönen ja Tapio Juntunen (2016) kirjoittivat, että esimerkiksi vikkelyys tarkoittaa yhteisöjen kykyä välittömään itseorganisoitumiseen. Etenkin kriisinaikaiset tapahtumat kehittävät toimintaa. Tom Hanen (2017) mukaan, resilienssi kuvastaa toimintaympäristön tilannekohtaista ymmärtämistä turvallisuusajattelussa.

Kirjallisuuden perusteella tiivistettiin yksilön resilienssiä kuvaavat 11 kriteeriä. Arvioi-
dessa vaaratapahtumatilanteessa oppimista tuli esille eniten resilienssi kriteereitä. Kriteeriä varautua ei löytynyt ilmoittajien kirjaamista tapahtuma kuvauksista. Varautumista kuvataan kirjallisuudessa tilanteiden moninaisuutena. Toiset muuttujat ovat selkeästi, toiset ovat ajoittain piilossa. Kaikkeen ei voida varautua. (Heikkilä2017; Hanen 2017.) Kriteerit turvallisuus ajattelu, dialogi, ennakoida, selviytyminen ja mukautuminen löytyvät kaikista neljästä eri kokonaisuudesta. Useimmiten yksilön resilienssiä kirjallisuudessa määritellään käsitteillä ennakoida, muutosherkkyys, dialogi ja varautua. Puhutaan nopeasti muuttuvista tilanteista ja niiden aikaisesta toiminnasta. Turvallisuus tulee huomioida päivittäisessä toiminnassa. Ihmisten erilaisuus ja reagointi tilanteissa on hyvä huomioida yhteisessä keskustelussa. (Hollnagel 2015; Hyvönen & Juntunen 2016; Palojoki 2017.) Yksilön turvallisuus on olemassa, mutta se on jatkuvassa muutoksessa. Se kuinka yksilöt pystyvät käsittelemään tilanteita heijastuu aineiston sisällöstä. Tätä tukee myös Hanen ja Huhtisen (2011) tutkimus. Aunalan (2015) mukaan mieltä voi jokainen meistä harjoittaa joustokykyisemmäksi.

Aikaisempien tutkimuksien perusteella tiedetään, että ennakointi vahvistaa resilienssiä. Tilanteiden ennakointi lisää myös turvallisuuden tunnetta. (Hollnagel 2015; Hyvönen &

Juntunen 2016.) Samansuuntainen on myös Palojoen (2017) näkemys. Keskeisten virheiden ennakointi, tunnistaminen ja korjaaminen on yksilön näkökulmasta huomioitava asia. Kriteerit ennakoida, varautua ja sopeutua löytyvät sekä organisaation että yksilön resilienssi kriteereinä läpikäydystä ilmoituksista. Esimerkiksi sopeutuminen löytyy organisaation resilienssin kohdalla kaikista neljästä kokonaisuudesta. Vastaavasti se puuttuu yksilön resilienssin kriteerien kohdalla, kun kuvataan toimenpiteiden toteuttamisesta. Lisäksi voidaan tunnistaa, että yksilön resilienssi kriteereissä dialogi tunnistetaan organisaation resilienssin kohdalla suullinen viestintä ja kirjallinen viestintä kriteereiden kautta. Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät tilanteet (22.2 %) olivat esillä koko aineiston (N=203) analyysin kautta. Arjessa tilanteet eivät kuitenkaan suju suunnitelmien mukaan.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, minkälaista resilienssi tietoa terveydenhuollon vaaratapahtumaraportointi (HaiPro) aineistosta löytyy potilasturvallisuuden johtamisen tueksi. Aineisto (n=203) luettiin arvioiden läpi. Aineiston esitelmä vaiheen tarkastelussa painotettiin sitä, onko kirjauksista löydettävissä potilasturvallisuuden hyviä käytänteitä tai korjaavia toimenpiteitä. Aineistosta oli löydettävissä ilmauksia hyvistä käytänteistä ja korjaavista toimenpiteistä. Tämän vaiheen tulokset liitettiin lopullisiin tuloksiin.

Aineisto koostui HaiPro ilmoituksista (n=203). Aineiston perusteella yli puolet vaaratapahtumailmoituksista tuli vuodeosastolta. Muita mainittuja yksiköitä olivat palvelutalo, kotihoito, päivystys, poliklinikka vastaanotto, toimenpideyksikkö ja ensihoito. Suurin osa ilmoituksista oli sairaanhoitajien tekemiä. Ilmoittajan ammattiryhmässä seuraavia olivat lähihoitajia / muu henkilökunta, muu hoitotyöntekijä ja lääkäri. Hoitajien ilmoitusherkkyys verrattuna lääkäreihin oli selkeä, vaikka tilanteita varmasti myös lääkäreiden kohdalla oli arjen toiminnassa. Tulos on saman suuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa esimerkiksi Kinnunen (2010). Tulokset vahvistavat Pietikäisen ym. (2012) määritelmää siitä, että organisaatiot ovat erilaisia perustehtäviltään, että toimijoiltaan.

Tapahtuman luonne määriteltiin, läheltä piti ja tapahtui potilaalle. Aineistossa läheltä piti- tilanteita oli vähemmän kuin tapahtui potilaalle tilanteita. Tapahtui potilaalla tilan-

teita, oli kaksikolmasosaa aineistosta. Tulos oli mielenkiintoinen. Kirjallisuuden perusteella, suhdeluvun tulisi olla päinvastainen. Organisaatiot, joissa läheltä piti- tilanteita on enemmän kuin tapahtui potilaalle ovat turvallisuuskulttuurin kohdalla toimineet juuri oikein. Päämääränä on, oppia läheltä piti- tilanteista, näin pyritään vähentämään samanlaisien tilanteiden toistuminen. (Knuutila ym. 2007; Helovuo ym. 2011.) Henkilökunta huomioi herkemmin tilanteita ja toimii ennakoiden. Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) mukaan läheltä piti tilanteita, tulee arvioida ja seurata, koska vaikutukset eivät välttämättä ulotu potilaaseen. Näissä tilanteissa on kuitenkin hoidosta aiheutuvan haitan mahdollisuus olemassa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) ohjeistaa ilmoittamaan hänen hoidossa tapahtuneista haitoista. Knuutilan ym. (2007) mukaan, tapahtuu potilaalle, ilmoitusten kohdalla järjestelmään on mahdollista merkitä, onko potilaalle ilmoitettu. Toimintatapa edistää avoimen turvallisuuskulttuurin kehittymistä.

Aineistosta yli puolet ilmoituksista oli tehty luokassa lääke- ja nestehoito, verensiirto, varjo- tai merkkiaine. Seuraavina olivat tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät tilanteet sekä tapaturma ja onnettomuus. Tiedonkulkuun liittyvät asiat korostuvat. Terveystieteiden huollossa todentuu paljon niin suullista kuin kirjallista tiedonkulkua ja tiedonhallintaa. Osa tästä tapahtuu sähköisesti ja osa suullisesti. Aineistosta käy ilmi, että edelleen nämä asiat puhuttavat. Tulos on samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa esimerkiksi Palojoki (2017). Tämän aineiston kohdalla ei ollut tarkoituksenmukaista tarkemmin käsitellä tilanteen taustoja. Kirjallisuuden resilienssi kriteereiden kohdalla Hyvönen ym. (2016) ja Heikkilä (2017) nostivat esille sekä kirjallinen että suullinen viestinnän, vuorovaikutuksen ja dialogin. Tilanteet arjessa saatetaan toisten tietoon ja jaetaan yhteisössä kaikille

Aineiston analyysin perusteella voi todeta, että selkeästi eniten tilanteen hallinta etenee niin, että tilanteessa olleet hoitivat. Seuraavana olivat lisähenkilökunnan pyytäminen ja ulkopuolisen avun hälyttäminen tässä järjestyksessä. Aineistossa oli muutamia ilmoituksia, joissa oli merkitty vaihtoehto ei ollut tiedossa tai sitä ei oltu valittu ollenkaan. Pietikäisen ym. (2012) tulos on samansuuntainen eli toiminta on paikallisesti tilanteen mukaan ohjautuvaa. Tämä tukee toimijoiden kykyä tilannekohtaiseen itseorganisoitumiseen.

Aineistossa **riskiluokan määrittely** ja riskin suuruuden arviointi ei ole ollut johdonmukaista. Tunnistettujen riskien merkittävyyttä oli arvioitu suhteessa niiden vaikutuksiin ja toteutumisen todennäköisyyteen. Vaaratilanteita tai läheltä piti- tapauksia oli sattunut tai seuraukset olivat olleet haitallisia. Haitallisina seurauksia arvioidaan, kun ilmaantuu toimenpiteitä vaativia vammoja, hoidon pitkittymistä ja ylimääräistä kärsimystä. Yksi ilmoitus oli määritelty kohtaan merkittävä riski. Kyseessä on silloin ollut vaaratilanne tai läheltä piti- tapaus. Aineistossa oli myös ilmoituksia, joissa riskin määritelmää ei oltu arvioitu. Reiman ja Oedewald (2009) ovat todenneet, että terveydenhuollon toimintaan sisältyy vaaroja, jotka huonosti hallittuina aiheuttavat potilaalle vahinkoa. Terveydenhuollon turvallisuusjohtaminen ei ole niin hyvin juurtunutta kuin korkean riskin organisaatioissa esimerkiksi ilmailun alalla.

Aineistossa oli eniten ilmoituksia lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyviin tilanteisiin, kun tarkasteltiin HaiPro- järjestelmässä olevan koko prosessin hyödynnettävyyttä. Aineistosta löytyi 33 ilmoitusta (n=203), joista kaikki ilmoitusprosessin neljä kokonaisuutta oli kirjattu. Aineiston kokonaismäärään suhteutettuna HaiPro- järjestelmän ilmoitusten lukumäärä oli melko pieni. Torkki ym. (2017) ovat todenneet, että organisaatioiden kesken on paljon vaihtelua HaiPro ilmoitusten tekemisessä. Tässä aineistossa lääkehoitoon liittyvät tilanteet korostuivat, koska näistä 33 ilmoituksesta 22 käsitteli lääkehoitoon liittyvää vaaratapahtumaa. Knuuttila työryhmineen (2007) toteaa, että vaaratapahtumien raportoinnin tarkoituksena on saada tietoa haittatapahtumista (vaaratapahtumista) sekä kerätä tietoa läheltä piti - ja vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat tekijät kertovat siitä, että organisaation perusprosessit eivät toimi tarkoituksenmukaisella tavalla. Lisäksi Moilanen (2001) ja Kinnunen (2010) toteavat, että on hyvä huomioida oppiva organisaatio ja virheistä oppimisen ideologiaa. Asennoitumisella muutoksiin on suuri rooli tapahtumien eteenpäin viemisessä. Asennoituminen omiin mahdollisuuksiin ja kykyihin on keskeisellä sijalla muutoksista selviämisessä. Muutoksiin asennoituminen lähtee ihmisen perusluonteesta.

”Asukas löytynyt lattialta, ei silminnäkijää, iltavuoron aikana. Ei vammaa. Ei aiheuttanut toimenpiteitä. Kaatunut kahdesti illan aikana. Potilaan terveydentila ja apuväline vaikuttaneet tapahtumaan.” Ilmoitusteksti kertoo siitä, kuinka paljon jää sanoittamatta tilantee-

seen liittyvää tietoa ja taitoa. Pohdin lukiessa taustaa ja sitä millainen osaaminen on tilanteen hoitajalla ollut, kun hän on tehnyt kyseisiä päätöksiä ja kirjannut niitä. Näen tilanteessa yksilön resilienssi kriteerejä esimerkiksi turvallisuusajattelu ja selviytyminen.

Kriteerit virheistä oppiminen, suullinen ja kirjallinen viestintä löytyvät organisaation resilienssi kriteereistä. Vastaavasti yksilön resilienssi kriteerien kohdalla nousevat esille turvallisuusajattelu ja dialogi. Moilanen (2001) korostaa, että oppiva organisaatio tiedottaa oppimisen merkityksen. Tieto ja osaaminen ovat elintärkeitä. Hanen (2017) on todennut, että resilienssi ajattelun kohdalla on hyvä huomioida, että monitahoinen todellisuus aiheuttaa jatkuvasti yllätyksiä. Nostin kyseisen ilmoituksen esille ja pohdin sitä, jos tässä tilanteessa ei olisi ollut mukana noita kahta kokenutta hoitajaa. Olisiko virheellinen lääkemääräys edennyt potilaaseen asti? Esimerkki vahvistaa näkemystä, että ei pelkästään joko organisaation tai yksilön resilienssi riitä turvaamaan tilanteita. Näissä tilanteissa tulee tarkastella niin yksilön kuin organisaation resilienssiä vahvistavia tekijöitä. Onko meillä tietoa HaiPro-järjestelmässä, jonka hyödynnettävyys on jäänyt hyvin pieneksi. Näissä edellä olevissa esimerkeissä on Hollnagel (2015) esiin nostamaa Safety-II ajattelua. Keskustelu turvallisuuskulttuurista tulisi painottaa tilanteisiin, joissa asiat ovat menneet hyvin. Samalla näissä tilanteissa organisaation laatimat suojaukset ovat toimineet tilanteen vaatimalla tavalla.

Aineiston analyysin kohdalla ei aina voinut tehdä yksiselitteistä rajanvetoa siitä, oliko kyseessä organisaation resilienssi kriteerit esimerkiksi hallinta ja kirjallinen viestintä vai yksilön resilienssi kriteerit selviytyminen ja turvallisuusajattelu. *”Hoitohenkilökunnalla tulisi olla selkeät hoitolinjaukset, vaikea hoitaa potilaita ja omaisia, kun ei tiedä mikä on tavoite.”* Kuvaus vahvistaa näkökulmaa, että molempia tarvitaan hyvän turvallisuuskulttuurin ylläpitämisessä. Uusitalon ja kumppaneiden (2009) mukaan resilienssiä syntyy siitä, kun yhdessä pysähdytään analysoimaan ongelmaa ja miettimään ratkaisua osana laajempaa järjestelmää.

Yhteenvetona aineiston tuloksista voi ensin todeta, että kirjausten sisällöissä on todella paljon vaihtelua. Toinen on, että on organisaatioita ja käyttäjiä, jotka todella hyödyntävät HaiPro- järjestelmää ilmoituksia kirjatessaan. Vastaavasti on niitä, joiden ilmoitusten si-

sältöön kaipaa lisää koulutusta ja ohjeistusta. Aineistoa läpikäydessä pohdin sitä, tehdäänkö osassa tilanteissa vaaratapahtumailmoitus, kun se on pakko tehdä ja kirjaus on tätä kautta todella minimalistinen. Vai onko näissäkin tilanteissa niin kiire, että ei ehditä pohtia tai tarkemmin miettiä mitä ja miten kirjataan. Jäin kaipaamaan sitä analyyttistä ammatillista kirjaamistapaa, johon meidät kaikki terveydenhuollon ammattilaiset on ohjattu. Hieman petyin siihen, että ilmoituksissa oli käytetty niin usein erilaisia lyhenteitä ja viittauksia edellisiin ilmoituksiin. Lisäksi oli kirjattu sinne kuulumattomia asioita esimerkiksi viittaus sairaanhoitajatoimen täyttölupaan. HaiPro - ohjelman käytöstä oppimista ja tapahtuman kirjaamisesta on siis vielä opeteltavaa. Useissa tilanteissa on välttytty suuremmalta haitalta vain, kun seuraava hoitaja on huomannut tapahtuneen tai potilas itse reagoi ennakoivasta. Ilmoituksissa tulee vastaan niin potilaiden kuin kollegoiden nimiä, potilaiden henkilötunnuksia, ilmoituksen kirjaaja kertoo omista henkilökohtaisista asioista, viestitetään jotain asiaa toiseen yksikköön, esitetään kysymyksiä tai hoito-ohjeita, ihmetellään tapahtunutta tai on kirjattu, viittauksia edelliseen tapahtumaan. Aineiston analyysin kautta tulee ilmi, että arjen tilanteisiin liittyy unohduksia ja sekä väärin ymmärryksiä niin suullisessa kuin kirjallisessa viestinnässä. Edellä esitettyihin tuloksiin pohjaten, koulutusta on hyvä lisätä HaiPro- järjestelmän käyttäjien keskuudessa. Tulos on samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Kinnunen (2010) todensi, että kiireen johdosta työntekijä priorisoi herkemmin. Silloin voidaan arvioida, tehdäänkö töitä ja jätetään ilmoittamatta havaituista virheistä.

Kirjallisuudessa esiintyviä resilienssi kriteereitä on havaittavissa myös johtamista käsittelevässä kirjallisuudessa. Esimerkiksi hallinta, muutosherkkyys ja vuorovaikutus. Terveydenhuollon organisaatio on turvallisuuskriittistä toimintaa käsittävä organisaatio. Toimintaan sisältyy vaaroja, jotka voivat huonosti hallittuina aiheuttaa vahinkoa potilaille. Toiminnan keskeisenä vaatimuksena on turvallisuuden hallinta. Organisaation potilasturvallisuuden kehittämisen ja johtaminen vaativat asennemuutosta. Asenteet muuttuvat parhaiten esimerkin voimalla. Esimerkin antajat ja edellä kulkijat tulevat organisaation johdosta. (Reiman & Oedewald, 2009; Aaltonen & Rosenberg, 2013.)

Johtamiseen liittyvästä kirjallisuudesta löytyy eniten resilienssi kriteereistä virheistä oppiminen, kirjallinen viestintä ja suullinen viestintä. Ei riitä, että organisaatiossa otetaan käyttöön esimerkiksi vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Yhtä tärkeää on, että käy-

töissä on systemaattinen ja vastuutettu tiedonsiirto ja säännöllinen keskustelumahdollisuus. Inhimilliset tekijät vaikuttavat merkittävästi potilasturvallisuuteen. Inhimillinen virhe on käsitteenä hankala. Tapahtunut tunnistetaan virheeksi usein vasta jälkikäteen. Tiimityö ja potilasturvallisuuden kehittäminen ovat potilasturvallisuuden lähtökohta. (Kinnunen 2010; Hollnagel ym. 2015.) Asioita havaitaan ja tarkkaillaan, niitä tulkitaan aikaisemmin opitun ja koetun perusteella sekä tehdään ratkaisuja siitä, miten toimitaan. Ihmisen kyky havaita asioita ympäristöstään on rajallinen ja altis tulkintavirheille. Toimintaa ei saada koskaan virheettömäksi. Resilienssin huomioiminen johtamisessa on uusi tapa edistää turvallisuutta. (Uusitalo ym. 2009; Kinnunen 2010; Hollnagel ym. 2015.) Onko organisaation vai yksilön resilienssi ensisijainen tekijä turvallisuuden parantamisessa. Sanoisin että molempia tarvitaan. Kirjallisuuden perusteella esimerkiksi Uusitalo ym. (2009) toteavat, että keskeinen edellytys resilienssille on organisaation kyky tuottaa yhteistyössä uusia reagointitapoja. Organisaatio pystyy tarkastelemaan eritasoisia ratkaisuja. Kyky selviytyä yllättävistä tilanteista paranee tätä kautta. Aunalan (2015) mukaan toimintakykyisiä yksilöitä voidaan johtaa ja parantaa suorituskyykyä. Näitä tilanteita voidaan ja tulee harjoittaa edeltävästi.

Organisaatiossa on hyvä tapa, että esimerkiksi 1-2 kertaa vuodessa johto käy läpi HaiPro-järjestelmästä saatavan raportin läpi. Tähän keskusteluun kutsutaan henkilökunta mukaan tarkastelemaan ilmoituksia yhdessä. Näin turvallisuuskulttuuri kehittyy koko organisaatiossa. (Knuutila ym. 2007; Kinnunen 2010). Sydänmaanlakka (2009) puhuu älykkään johtamisen näkökulmasta. Eli toimimalla tiimeissä ja verkostoissa vahvistetaan johtamista. Tätä kautta syntyy vapauden tunnetta, varmuutta työskennellä ja oppia yhdessä. Aineiston tulokset ovat samansuuntaiset, joita Kinnunen (2010) on tuonut esille. Johtotason ja työntekijöiden näkemykset eivät aina kohtaa. Työyhteisöissä oppiminen tapahtuu parhaiten avoimesti yhdessä keskustelemalla ja etsimällä yhteisiä näkemyksiä. Näissä johdolla on tärkeä rooli.

Aineiston analyysi osoittaa, että resilienssi kriteereitä on löydettävissä aineistosta. Potilasturvallisuudenjohtamisessa resilienssi näkökulma ei ole vielä vahvistunut terveydenhuollon sektorilla. Resilienssin tunnistaminen ja vakiintuminen osaksi arkea vaatii vielä työtä. Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää enemmän ilmoitusten tekijöiden kirjaamiseen. Ilmoitusten joukossa oli paljon viittauksia edelliseen ilmoitukseen tai toiseen tapahtumaan.

HaiPro- järjestelmä on melko hyvin tunnettu terveydenhuollon sektorille, mutta lisäohjeistusta sisällön tuottamiseen ja sen hyödyntämiseen tulisi jatkossa selkeästi lisätä. HaiPro- järjestelmän kautta on saatavissa koottua tietoa organisaation turvallisuuskulttuurin tilasta. Sen tiedon pohjalta kehittämistyön suunnitelmallisuus paranee. Lisäksi meidän tulisi enemmän tarkastella tilanteita, joissa me onnistumme. Näissä tilanteissa myös turvallisuus on hyvä ja näiden kokemusten jakaminen on osa osaamisen kehittämistä.

Tämän aineiston pohjalta hyviä käytäntöjä olivat muun muassa lääkejaon check listat, selkeät vastualueet, perehdytys, informoidaan henkilökuntaa uusista toimintamalleista kirjallisesti ja suullisesti sekä säännölliset osastotunnit joissa tilanteita käydään yhdessä keskustellen läpi. Tutkimuskysymykseen millaisia potilasturvallisuuden korjaavia toimenpiteitä aineistosta löytyy, voidaan aineiston pohjalta vastata. Pääpaino tapahtuneista ilmoituksista on lääkehoidon osalta ja korjaavana toimenpiteenä nähdään tarkistus lääkejaon jälkeen sekä ohjataan olemaan tarkempia lääkejaon yhteydessä. Lisäksi mainitaan potilaan nimen varmistaminen, hoitosuunnitelman lukemista, kunnollista perehdytystä, työrauhan antamista, kirjallisten ohjeiden tarkempi lukeminen ja perään kuulutetaan huolellisuutta sekä tarkkaavaisuutta. Edellä kuvattujen toimenpiteiden jalkauttaminen arjen työhön vaatii kuitenkin työyhteisön yhteistä suunnitelmallista pohdintaa, kehittämistä ja sovittuihin asioihin sitoutumista. Ilman tätä nämäkin huomioid ovat vain osa järjestelmää. Tutkimuskysymykseen millaisia potilasturvallisuuden johtamisen resilienssi kuvauksia aineistosta löytyy, voidaan aineiston pohjalta vastata. Ilmoituksista on nähtävissä, että lähiesimiehen pitävät yhteiset osastokokoukset ovat tiedonkulun kannalta tärkeitä. Lisäksi on organisaatioita, joissa erityisesti on nostettu esille johtoryhmän kannanotto ja tiedottaminen tapahtuminen yhteydessä.

Terveydenhuollon organisaatioiden jatkuva muutos vaikuttaa toimintamalleihin ja johtamistarpeisiin. Moniammatilliset keskustelut koetaan tärkeänä. Ihmiset toimivat tilanteissa eri tavalla ja vaikutus on tätä kautta inhimillinen lopputulokseen. Ryhmän toiminnan tunteminen on lähiesimiehelle tärkeä näkökulma kehittämistä suunnitellessa. Lisäksi organisaation johdon tulisi olla tietoisia, mitä kentällä tapahtuu. Potilasturvallisuuteen liittyvät asenteet organisaatiossa muuttuvat parhaiten esimerkin voimalla eli niiden, joita työyksikössä kuunnellaan. Organisaation johdon tulee sisäistää potilasturvallisuuden tärkeys ja

noudattaa sen kautta nousevia periaatteita päivittäisessä toiminnassaan. (Pietikäinen ym. 2012; Aaltonen & Rosenberg 2013.)

Millaista on toiminta organisaatiossa ja työyhteisön jäsenten keskuudessa, kun huomioidaan ajattelussa resilienssi turvallisuuden johtaminen? Toiminnan kehittämisen parantamiseksi sosiaali- ja terveyspalveluiden turvallisuuden seurannan kohdalla on hyvä hakea parhaita käytäntöjä eri sektoreilta. Harri Gustafsberg ja Markku Nyman (2015) kirjoittavat, että eri alojen kouluttajat ja urheilulajien valmentajat tuovat esille puheissaan valmentamisen merkityksen. Tässä painottuu mielen harjoittaminen. Riittävän usein tehtynä harjoitukset muodostuvat osaksi päivittäistä toimintaa.

Ennen kaikkea mittarien ja indikaattorien ryhmittely eri tasoille sekä niistä seuraavat prosessit ja muutokset toimintatavoissa ovat sellaisia, joista sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin turvallisuuskulttuurin luomisessa voitaisiin oppia. Nyt läpikäydyistä terveydenhuollon vaaratapahtuma ilmoituksista käy ilmi, kuinka erilaisista terveydenhuollon yksiköistä on kysy. Tästä johtuen turvallisuus on keskiössä eri tavalla. Osassa ilmoituksista kerrotaan, että joko potilas tai omainen oli huomannut esimerkiksi lääkevirheen. Ilman heidän valppauttaan olisi voinut todentua haittatilanne potilaalle. Näin ajatellen, ei terveydenhuoltojärjestelmämme vaikuta kovin turvalliselta. Hollnagel (2015) ja Aasen työryhmineen (2009) toteavat, että resilienssi ajattelu korostaa ennakointia kehittäviä prosesseja, jatkuvaa varuillaan oloa ja tarkkailua sekä kokemuksesta oppimista. Resilientti organisaatio on herkkä muutoksille ja sitä kautta koko ajan valmiina muuttumaan. Organisaatiotehokkuuden ja turvallisuuden välinen suhde on toistaiseksi vaikea tunnistaa. Muun muassa Wildavsky (1988) ja Hanen (2017) ovat todenneet, että resilienssiin pohjautuva ajattelu- ja toimintatapa tähtää yllätysten parempaan sietämiseen. Käytännössä tämä tarkoittaa yleisluontoista varautumista kuten kokemuksista oppimista, tiedon välittämistä, resurssien takaamista, tekniikoiden kehittämistä ja puskurointien rakentamista.

Potilasturvallisuuden tutkimukseen käsite resilienssi on vasta laajemmin tulossa mukaan terveydenhuollon turvallisuusjohtamiseen. Se, kuinka käsite määritellään vaikuttaa siihen, mikä on lähestymistapa asiaan. Mielenkiintoista oli huomata, kuinka paljon erilaisia määrittelyjä resilienssillä on. Syntyykö arjen resilienssiä ensin yksilö vai organisaatiolähtöisesti vai joustavasti yhdessä. Henkilökohtaisesti tuntuu, että mitä enemmän asiaa tar-

kasteli, sitä enemmän tuli pohdittavia näkökulmia vastaa. Samalla mietin sitä, kuinka paljon jo aiheesta tiedetään muilla sektoreilla. Asioiden tarkastelua yli sektorirajojen tulisi olla tiedon laaja-alaista käytettävyyttä. Potilasturvallisuuden resilienssi johtamisen rinnalla on hyvä huomioida erilaisia johtamisen ismejä muun muassa adaptiivinen johtaminen, muutosjohtaminen, oppiva organisaatio ja virheistä oppiminen. Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri tukee virheistä oppimista. Vaaratapahtumien raportointi auttaa työntekijöitä ajattelemaan organisaation kokonaisuutta eikä ainoastaan oman yksikön lähtökohdista. Johdon sitoutuminen ja esimiesten tuki antavat suuntaa virheistä oppimiselle. Ilmoituksia rakentavasti käsittelemällä on mahdollista saada kehitystä aikaiseksi ja synnyttää avoimuuden ja luottamuksen ilmapiiriä. Toisaalta syylistämällä voi saada pitkäksi aikaa ihmiset mieluummin salailemaan ja ohittamaan vaaratapahtumat. (Sydänmaanlakka 2009; Moilanen 2001; Kinnunen 2010; Pietikäinen ym. 2012.)

Kirjallisen työn edetessä pohdin, miten tutkimusta voisi jatkaa. Nyt toteutuneessa kirjallisessa työssä hahmottui kolme resilienssi kriteeriä, jotka ovat samat niin yksilö kuin organisaatio puolella. Kuinka näiden käsitteiden implementointia arkeen voi tukea potilasturvallisuudenjohtamista edistämällä. Pohdin työn edetessä, onko HairPro -järjestelmään mahdollista toteuttaa sovellus, jossa nuo hyvät käytänteet kirjattaisiin muistiin ja ovat näin toisten yksiköiden hyödynnettävissä suoraan potilasturvallisuustyön kehittämisessä. Esimerkiksi tiivistetään kriteereitä ja mallinnetaan niistä niin sanottuja markkereita. Näitä markkereina keinoäly "koodaa" ja poimii HaiPro – järjestelmästä hyviä käytänteitä organisaatioiden jatkohyödynnettäväksi. Julkaisujen ja julkisuuden lisääminen suomen kielellä on yksi keino tukea potilasturvallisuuden kehittämistä. Potilasturvallisuuden kehittäminen tarvitsee aktiivisen työyhteisön jäsenen. Hänen tulee olla riittävän korkeassa asemassa, jotta asiat etenevät organisaatiossa.

6.3 Johtopäätökset

Kirjallisuuden perusteella määriteltiin resilienssin kriteerit organisaation ja yksilön näkökulmasta. Kriteerejä oli löydettävissä tarkastelun kohteena olevista vaaratapahtumailmoituksista. Organisaation ja yksilön kriteereistä löytyy yhteisiä tekijöitä eli kriteerit ennakoita, varautua ja sopeutua. Vaaratapahtumista oppiminen on haavoittuva prosessi. Toi-

mintakulttuurin kehittäminen on pitkäjänteinen prosessi. Toteutus edellyttää organisaatiolta ja etenkin sen johdolta vahvaa osaamista erilaiset johtamisen näkökulmat huomioiden, esimerkiksi joustava johtaminen tai muutosjohtaminen. Toiminnan turvallisuus ei saa olla kiinni siitä, kuka on kussakin vuorossa läsnä. Jokainen meistä terveydenhuollon ammattilaisista on velvollinen huomioimaan koko ajan ympäristöä ja ilmoittamaan mahdollisesta läheltä piti tai mahdollisesta vaaratilanteesta. Näin opimme itsekin parhaiten ja luomme turvallisempaa ympäristöä. Näin toimien olemme askeleen lähempänä resilienssiä toimintaa potilasturvallisuuden parhaaksi.

LÄHTEET

Aaltonen Leena-Maija & Rosenberg Per 2013. Primum est non nocere. Teoksessa Aaltonen Leena-Maija & Rosenberg Per (toim) Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim Tampere.

Aase Karina, Wiig Siri & Hoyland Sindre 2009. Safety first!? Organizational efficiency trends and their influence on safety. Saatavissa: <https://uef.finna.fi/PrimoRecord/pci.proquest746199000>. Luettu 29.6.2017.

Aunala Aki (toim) 2015. Toimintakyky turvallisuuden johtamisessa. Maanpuolustuskorkeakoulu. Johtamisen ja sotilaspedagogiikan laitos. Julkaisusarja 2: artikkelikokoelmat no 16 (2015).

Braithwaite Jeffrey, Wears Robert L. & Hollnagel Erik. 2015. Resilient health care: turning patient safety on its head. International journal for quality in health care, 2015, 1-3.

Bourbeau Philippe & Vuori Juha 2016. Security, resilience and desecuritization; multidirectional moves and dynamics.

Finto 2018. Saatavissa: <http://finto.fi/ys0/fi/page/p25253> luettu 28.1.2018. Luettu: 10.1.2018.

Gustafsberg Harri & Markku Nyman 2015. Mielen valmentamisella optimaaliseen suoritukseen. Teoksessa Aunala Aki (toim) 2015. Toimintakyky turvallisuuden johtamisessa. Maanpuolustuskorkeakoulu. Johtamisen ja sotilaspedagogiikan laitos. Julkaisusarja 2: artikkelikokoelmat no 16 (2015).

Haavisto Eero, Mäkijärvi Markku & Anttila Veli-Jukka 2013. Turvallinen sairaala. Teoksessa Aaltonen Leena-Maija & Rosenberg Per (toim) Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim Tampere.

Hanen Tom & Huhtinen Aki-Mauri 2011. Yhteenkietoutumisen teoria – yllätysten ja sattuman tieteellinen selitys. Tiede ja ase 2011 (69), 9-33.

Hanen Tom. 2017. Yllätysten edessä. Kompleksisuusteoreettinen tulkinta yllättävien ja dynaamisten tilanteiden johtamisesta 2017. Maanpuolustuskorkeakoulu Helsinki.

Heikkilä Jukka-Pekka 2017. Organisaation resilienssi – ennakoimattoman mahdollisuudet. Saatavissa: <https://www.tekes.fi/nyt/uutiset-2017/organisaation-resilienssi--ennakoimattoman-mahdollisuudet/>. Luettu: 28.11.2017.

Helovuo Arto, Kinnunen Marina, Peltomaa Karolina & Pennanen Pirjo 2011. Potilasturvallisuus. Edita Prima Oy.

Hollnagel Erik, Woods David & Levenson Nancy (Eds.) 2006. Resilience engineering. Aldershot; Ashgate.

Hollnagel Erik. 2015. RAG – Resilience Analysis Grid. Saatavissa: <http://erikhollnagel.com/one-webmedia/RAG%20Outline%20V2.pdf>. Luettu: 21.7.2017.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Hyvönen Ari-Elmeri & Juntunen Tapio 2016. Sopeutuva yhteiskunta ja resilienssi; turvallisuus poliittinen analyysi. Poliittikka 58:3, 206 – 223. Saatavissa: <http://www.doria.fi/handle/10024/142973>. Luettu: 21.7.2017.

Kinnunen Marina 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf. Luettu: 30.11.2017.

Kleij Rick van der, Molenaar David & Schraagen Jan Maarten 2011. Making teams more resilient: Effects of shared transformational leadership training on resilience. Human factors and ergonomics society 55th annual meeting.

Knuuttila Jari, Ruuhilehto Kaarin & Wallenius Jarkko 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveysthuollon laadunhallinta. Yliopistopaino Helsinki.

Kotisaari Marja-Liisa, Kukkola Sirkka & Ranta Jouko 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Fioca Oy, Helsinki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 / 785. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu: 28.11.2017.

Linnell Mikael 2014. Citizen response in crisis: individual and collective efforts to enhance community resilience. An interdisciplinary journal of humans in ICT environments 10(2), 2014, 68 – 94. Saatavissa: 10.17011/ht/urn.201411203311. Luettu: 10.8.2017.

Moilanen Raili 2001. Oppivan organisaation mahdollisuudet, 47-50,126-127, 130-131.

Notkola Irma-Leena 2010. Rekisteritutkimuksen toteuttaminen ja lainsäädäntö. Rekisteritutkimuksen tukikeskus (ReTki). Saatavissa: https://rekisteritutkimus.files.wordpress.com/2012/04/notkola-_081220101.pdf. Luettu: 2.4.2018.

Palojoki Sari 2017. The understanding and prevention of technology – induced errors in electronic health records: a path toward health information technology resilience. Itä - Suomen yliopisto, Kuopio.

Pietikäinen Elina, Heikkilä Jouko & Reiman Teemu 2012. Adaptiivinen potilasturvallisuuden johtaminen. Saatavissa: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T58.pdf>. Luettu: 30.6.2017.

Plankett Alan 2016. Learning from excellence Saatavissa: <http://learningfromexcellence.com/>. Luettu: 10.11.2017

Potilasturvallisuusopas 2011. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas201115.pdf>. Luettu: 11.10.2017.

Provonost Peter, Weast Byron, Holzmueller Christine, Rosenstein Barry, Kidwell Roland, Haller, K. B., Feroli, E. R., Sexton, J. B. & Rubin, H. R. 2003. Evaluation of the culture of safety; survey of clinician and managers in an academic medical center. Qual saf health care 2003; 12, 405 – 410.

Provonost Peter, Goeschel Christine, Marsteller Jill, Sexton Bryan, Pham Julius, Berenholtz Sean. 2009. Framework for patient safety research and improvement. Circulation, Vol.119 (2), p.330-337.

Reason James 1997. Understanding how things go wrong. Teoksessa Vincent Charles 2010. Patient safety. Wiley-Blackwell, BMJI Books.14-167. Ed.

Reason James 2000. Human error: models and management. BMJ 2000 Mar 18; 320(7237): 768–770. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Luettu: 8.9.2017.

Reiman Teemu & Oedewald Pia 2009. Terveysturvallisuuden organisaatiot ovat turvallisuuskriittisiä organisaatioita. Teoksessa Kinnunen Marina & Peltomaa Karolina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen graafiset palvelut Oy.23-42.

Saranto Kaija, Kivekäs Eija, Palojoki Sari, Kinnunen Ulla-Mari, Sjöblom Olli & Suomi Reima 2018. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Saatavissa: <https://kaks.fi/julkaisut/tiedonkulun-vaikutus-sote-palvelujen-maineeseen/>. Luettu: 25.5.2018.

Saranto Kaija & Kuusisto-Niemi Sirpa 2011. Tietohallinnon teorit ja käsitteenmuodostus TTKM 2016.

Snellman Erna 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen Marina & Peltomaa Karolina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen graafiset palvelut Oy.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006. Potilas- ja lääketurvallisuussanasto. Stakesin työpöytäpaperi 28/2006. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75835/T28-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>. Luettu: 20.7.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Saatavissa: <http://stm.fi/potilasturvallisuus>. Luettu: 8.6.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuus strategia 2017 – 2021. Julkaisuja 2017: 9. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu: 4.8.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2017. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön strategia 2020.

Sydänmaanlakka Pentti 2009. Jatkuva uudistuminen. Luovuuden ja innovatiivisuuden johtaminen. Talentum 2009. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Terveysturvallisuuslaki 2010/1326. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu: 28.11.2017.

Torkki Paulus, Leskelä Riikka-Leena, Linna Miika, Torvinen Anna, Klemola Katja, Sinivuori Kari, Larsio Antti & Hörhammer Iris. 2017. Ehdotus sosiaali- ja terveysturvallisuuden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. Saatavissa: http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/36_Uuden+SOTEn+mittaristo+julkaistavaksi+-+nimi+muutettu.pdf/9738a490-285e-4328-9d4a-eb11dce58524?version=1.0. Luettu: 1.1.2018.

Uusitalo Teuvo, Heikkilä Jouko, Rantanen Eeva, Lappalainen Jorma, Liuhamo Mika, Palukka Pertti & Hämäläinen Päivi 2009. Ennakoiva ja joustava turvallisuuden johtaminen. Resilienssi Suomessa. Tutkimusraportti VTT-R-09394-09.

Vincent Charles 2010. Patient safety. Wiley-Blackwell, BMJI Books.

Wildavsky Aaron 1988. Searching for Safety. Transaction Publishers, New Brunswick NJ.