

# Vaaratapahtumista oppiminen

– opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille

Kirjoittajat: **Elina Pietikäinen, Kaarin Ruuhilehto ja Jouko Heikkilä**

Luottamuksellisuus: Julkinen



Raportin nimi	
Vaaratapahtumista oppiminen – opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille	
Asiakkaan nimi, yhteyshenkilö ja yhteystiedot	Asiakkaan viite
Työsuojelurahasto, Vaasan sairaanhoitopiiri, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri	TSR hanke 108309
Projektin nimi	Projektin numero/lyhytnimi
Työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumien käsittelyn integrointi ja ennakoiva riskien hallinta terveydenhuollossa	31484 TYPO-RH
Raportin laatija(t)	Sivujen lukumäärä
Elina Pietikäinen, Kaarin Ruuhilehto ja Jouko Heikkilä	75
Avainsanat	Raportin numero
vaaratapahtuma, oppiminen, sosiaali- ja terveydenhuolto	VTT-R-00414-10
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Tässä oppaassa tarkastellaan terveydenhuollon vaaratapahtumien käsittelyä organisaation oppimisen näkökulmasta. Vaaratapahtumien raportoinnin ja käsittelyn tavoitteena on organisaation toiminnasta ja sen haavoittuvuudesta oppiminen ja sitä kautta organisaation toiminnan kehittyminen turvallisemmaksi. Vaaratapahtumia käsittelemällä organisaatio voi oppia kolmenlaisia asioita: voidaan 1) tunnistaa organisaation toiminnassa ongelmakohtia, joihin tarttumalla voidaan ehkäistä tietynlainen poikkeama tulevaisuudessa, havaita poikkeama nopeasti ja/tai ehkäistä tai lieventää sen seurauksia, 2) oppia paremmin ymmärtämään ja hallitsemaan yksiköiden työtehtäviä sekä yksikön ja organisaation perustehtäviä sekä 3) oppia siitä, miten organisaatio toimii ja miten sen tulisi toimia turvallisuuden näkökulmasta.</p> <p>Vaaratapahtumien käsittely siten, että siitä todella opitaan, on vaativa tehtävä ja sen toteutus tulee suunnitella, resursoida ja ohjata hyvin. Vaaratapahtumien käsittelylle tulee organisaatioissa olla selkeät, yhteisesti sovitut ja kaikkien osallisten tiedossa olevat menettelytavat. Käsittely on syytä organisoida olemassa olevaan niin sanottuun linjaorganisaatioon sen sijaan, että käsittelystä huolehtisi erillinen käsittelyorganisaatio. Usein on kuitenkin tarpeen nimetä linjan vastuuhenkilöiden tueksi potilasturvallisuusryhmä tai -ryhmiä sekä potilasturvallisuuskoordinaattori.</p> <p>Vaaratapahtumien tarkastelu tai analysointi tarkoittaa tapahtuman tai tapahtumien jäsentämistä siten, että voidaan paremmin ymmärtää, millaiset tekijät tapahtuman syntyyn ovat vaikuttaneet. Tarkoituksena on saada mahdollisimman perusteellinen ja moniulotteinen kuva tapahtumien taustasta ja siten organisaation toiminnasta. Oppaassa esitellään kolme erilaista, toisiaan täydentävää vaaratapahtumien tarkastelutapaa sekä ohjeet ja apuvälineitä näiden erilaisten tarkastelujen toteuttamiseksi. Vaaratapahtuman välittömän tarkastelun tekee ilmoituksen vastaanottaja. Tarkoituksena on selvittää, mitä tapahtuman suhteen on syytä tehdä heti ja miten tapahtumaa jatkossa käsitellään. Yksittäisen tapahtuman perusteelliseen tarkasteluun valitaan sovituin kriteerein vain osa ilmoitetuista tapahtumista. Tarkastelun tekee moniammatillinen työryhmä. Kertynyttä vaaratapahtumien joukkoa on puolestaan tarpeen tarkastella kokonaisuutena yksikkö-, klinikka-, tulosalue- ja organisaation ylimmällä tasolla. Potilasturvallisuusryhmiä ja muita asiantuntijoita on hyvä nimetä tukemaan tätä työtä. Yksittäisen vaaratapahtuman tai tapahtumajoukon tarkastelu voi toimia herätteenä myös laaja-alaiselle toiminnan riskien ennakoinnille tarkastelulle.</p>	
Luottamuksellisuus	julkinen
Tampereella 19.1.2010	
Laatija	Tarkastaja
Elina Pietikäinen, tutkija	Jouko Heikkilä, tutkija
	Hyväksyjä
	Helena Kortelainen, teknologiapäällikkö
VTT:n yhteystiedot	
VTT, PL 1300, 33101 Tampere, Puh. 020 722 111, Faksi 020 722 3494	
Jakelu	
Saatavissa sähköisenä: <a href="http://www.vtt.fi/proj/typorh">www.vtt.fi/proj/typorh</a>	

## Summary

This guidebook deals with how to handle safety related incidents in health care from the perspective of organizational learning. The purpose of reporting and analysing safety incidents is to learn about the operation of the organization and its vulnerabilities and thus to learn how to improve safety in the organization. By handling incidents an organization can learn three kinds of lessons. Systematic incident reporting and analysis can help the organization 1) to recognize problem areas that need development work so that specific deviations can be prevented in the future, detected quickly and/or their consequences prevented, 2) to learn how to better understand and manage the tasks of the units and the core task of the unit and organization and 3) to learn how the organization works and how it should work from the perspective of safety.

To handle safety incidents so that learning is evoked, is a challenging task that should be planned, resourced and guided well. There shall be clear, shared procedures for it and all people involved need to be aware of them. The handling shall be organized into the line organization instead of an off-line safety organization. However, it is often necessary to name a patient safety group or groups or a patient safety coordinator to support the work that is done in the line by the actual persons in charge.

Safety incidents or adverse events are examined or analysed in order to structure and understand the factors that have affected them. The aim is to get a thorough and multidimensional view of the background of the incident and of the activities of the organization. The guidebook proposes three, complementary means to examine safety incidents and presents guidelines and tools to support their practical use. Immediate examination of the incident is done by the person who receives the report. The point is to clarify, what needs to be done immediately concerning the incident and how the incident report should be further handled. Based on given criteria, some of the reports are chosen for a thorough examination by a multiprofessional working group. The accumulating mass of incidents needs to be examined as whole at all hierarchical levels in the organization. Supporting patient safety expert groups can be nominated to prepare material needed for decision making at the unit level, at the clinic or independent profit centre level and the top management level. Examination of single incidents or the mass of incidents can also act as impulses for a wide proactive risk analysis of the activities.

## Sammanfattning

Handboken behandlar organisationens inläring av negativa händelser och tillbud inom hälsovården. Syftet med att rapportera och analysera patientsäkerhetsändelser är att organisationen lär sig av hur sina egna aktiviteter inverkar säkerheten och vilka sina sårbarheter är. Därigenom kan organisationen öka sin patientsäkerhet. Händelseanalyser kan lära organisationen tre olika saker: man kan 1) identifiera problemställen inom organisationens funktioner som skall klaras upp för att en viss fara kan förebyggas att återkomma och upptäckas så tidigt som möjligt och/eller att de negativa konsekvenserna på faran kan elimineras eller minimeras, 2) lära sig att bättre förstå och behärska det primära uppdraget och de enskilda arbetsuppgifterna på enheterna och organisationen, 3) lära sig hur organisationen hanterar sina risker och hur riskhanteringen borde utvecklas för att garantera patientsäkerheten.

Att behandla händelser på ett lärorikt sätt är ett krävande uppgift som behöver omtänksam planering och ledning samt tillräcklig allokering av resurser. Det måste finnas tydiga och gemensamt uppgjorda behandlingsprocedurer informerade till alla i organisationen. Det är alltid linjeorganisationen som bär ansvaret för behandlingen. Linjen kan inte delegera ansvaret till en avskild skyddsavdelning. Emellertid är det nyttigt och även nödvändigt att använda skyddsorganisationen expertis samt utnämna en koordinator och en eller flera expertgrupper i patientsäkerheten till stöd för linjepersonalen på olika hierarkiska nivåer.

Analyseringen av negativa händelser eller tillbud innebär att man strukturerar händelsen med syfte till att få bättre förståelse om hur händelsen har uppkommit i organisationen och vilka faktorer har inverkat på uppkomsten. Målet är att få en så grundlig och mångfaldig uppfattning om medverkande faktorer och organisatoriska funktioner som möjligt. Handboken föreställer tre behandlingsmetoder som kompletterar varandra samt instruktioner och hjälpmedel för att genomföra behandlingen. Mottagaren på rapporten utför den omedelbara granskningen. Den syftar till att reda ut om något skulle göras omedelbart och hur händelsen skall analyseras vidare. Vissa individuella händelser som uppfyller bestämda kriterier väljs till den grundliga granskningen som utförs av en multiprofessionell arbetsgrupp. Det ackumulerade antalet händelser i sin helhet skall granskas på alla organisationsnivåer, till exempel på enheter, på kliniker, på resultatområden samt i ledningsgruppen på den högsta nivån. Även här fordras det patientsäkerhetsgrupper, -koordinators och andra experter till stöd för linjepersonalen. Statistikanalyser och enskilda händelseanalyser kan också uppväcka intresse till att uppgöra systematiska preventiva riskanalyser.

## Alkusanat

Tämä opas on syntynyt osana VTT:n, Vaasan sairaanhoitopiirin ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirin toteuttamaa projektia Työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden vaaratapahtumien käsittelyn integrointi ja ennakoiva riskien hallinta terveydenhuollossa. Projekti alkoi 1.1.2009 ja päättyi 28.2.2010. Projektia rahoitti siihen osallistuneiden sairaanhoitopiirien ja VTT:n lisäksi Työsuojelurahasto. Yhtenä projektin keskeisenä tavoitteena oli kehittää terveydenhuolto-organisaatioiden käyttöön toimintamalli vaaratapahtumatiedosta oppimiseksi. Oppaassa kuvataan vaaratapahtumista oppimisen periaatteita, organisointia ja menettelytapoja.

Opas voidaan nähdä jatkona VTT:n aikaisemmin toteuttamalle HaiPro-hankkeelle (Knuutila ym., 2007; Ruuhilehto & Knuutila, 2008), jossa kehitettiin terveydenhuolto-organisaatioiden käyttöön vaaratapahtumien raportointimenettely ja työkalu. HaiPro on vapaaehtoisuuteen ja rankaisemattomuuteen perustuva toimintamalli pääasiassa potilaiden turvallisuutta vaarantavien vaaratapahtumien käsittelyyn terveydenhuolto-organisaatioissa. Se viimeisteltiin yhdessä noin neljäkymmenen sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön kanssa (Ruuhilehto & Knuutila, 2008). Tässä oppaassa kuvattua vaaratapahtumista oppimisen mallia kehitettäessä on hyödynnetty HaiPro-hankkeessa saatuja kokemuksia. Opas ei ole kuitenkaan sidottu HaiPro-työkaluun ja menettelytapaan. Opas on pyritty kirjoittamaan siten, että sen tarjoamat opit soveltuvat yhtä lailla myös muista raportointijärjestelmistä tai tietolähteistä saadun tiedon käsittelyyn.

Opas jakaantuu kahteen osaan, jotka muodostavat kokonaisuuden. Ensimmäisessä osassa selvennetään vaaratapahtumista oppimiseen liittyviä käsitteitä sekä kuvataan vaaratapahtumista oppimisen periaatteita ja haasteita tavoitteena kehittää ymmärrystä organisaation toiminnan ja turvallisuuden suhteesta. Oppaan toiseen osaan on koottu käytännön ohjeita ja kysymyslistoja vaaratapahtumien tarkastelun ja niistä oppimisen tueksi.

Harjoitus tekee mestarin, sanoo suomalainen sananlasku. Uskomme, että oppaasta on sinulle apua taipaleellasi mestariksi. Oppaaseen on koottu suuri määrä tarkasteluun liittyviä asioita ja tarkoitus on, että palaat siihen uudelleen ja uudelleen ja opit uusia asioita. Voit hyödyntää opasta käsikirjaimaisesti kulloinkin niiltä osin, mikä opintarpeesi on.

Kiitämme lämpimästi kaikkia oppaan laatimiseen panoksensa antaneita henkilöitä ja tahoja. Vaasan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän innokas potilasturvallisuuden kehitystyö ja yhteistyö oppaan laatimisessa on ollut meille suureksi avuksi. HaiPro-käyttäjäverkoston kokemukset ja näkemykset ovat laajemminkin olleet avuksi työssämme. Kiitoksemme myös hankkeen aktiiviselle johtoryhmälle, johon ovat kuuluneet

Lasse Koste, Kymenlaakson SHP, puheenjohtaja  
Ulla Anttila, Lääkäriliitto  
Päivi Hämäläinen ja Lauri Vuorenkoski, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
Marina Kinnunen, Vaasan SHP  
Peter Rehnström ja Kenneth Johansson, Työsuojelurahasto  
Johanna Rosenberg, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto  
Hannu Stålhammar, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus  
Irmeli Vuoriluoto, Tehy  
Helena Kortelainen, VTT

*Tampereella 19.1.2010*

*Elina Pietikäinen, Kaarin Ruuhilehto ja Jouko Heikkilä*

## Sisällysluettelo

Summary .....	2
Sammanfattning.....	3
Alkusanat.....	4
OSA 1: TAUSTAA.....	7
1. Miksi opas nyt? .....	8
2. Mitä vaaratapahtumat ovat ja miten niistä saadaan tietoa? .....	9
3. Miten vaaratapahtumat syntyvät? .....	11
4. Mitä tavoitteita vaaratapahtumien raportoinnilla ja käsittelyllä voi olla? .....	14
5. Mitä vaaratapahtumista oppiminen on? .....	16
6. Mitä vaaratapahtumien käsittely on? .....	21
OSA 2: TEE NÄIN.....	23
7. Vaaratapahtumien käsittelyn organisointi .....	24
8. Vaaratapahtumien tarkastelutavat .....	28
8.1 Yksittäisen vaaratapahtuman välitön tarkastelu .....	30
8.2. Yksittäisen vaaratapahtuman perusteellinen tarkastelu .....	39
8.3 Vaaratapahtumajoukon tarkastelu.....	41
8.4 Toiminnan riskien tarkastelu ilmoitettuja tapahtumia hyödyntäen.....	46
Loppusanat.....	50
Lähteet.....	51
LIITE 1. Erilaisia suojausmahdollisuuksia.....	54
LIITE 2. Vaaratapahtuman tarkastelun muistiinpanolomake.....	56
LIITE 3. Ihmiselle tyypillisistä poikkeamista tuttuudeltaan ja vaatimuksiltaan erilaisissa tehtävissä ja siitä, millaiset kehittämistoimet milloinkin ovat tehokkaimpia .....	58
LIITE 4. Tarkistuslistoja tapahtuman syntyyn liittyvien tekijöiden arviointiin.....	61
LIITE 5. Vaaratapahtumajoukon tarkastelua ohjaavat kysymykset.....	67
LIITE 6. Riskien suuruuden määrittäminen .....	73
LIITE 7. Esimerkki riskien tarkastelun tulosten koontilomakkeesta .....	75





## **OSA 1: TAUSTAA**

## 1. Miksi opas nyt?

Vaaratapahtumien systemaattinen raportointi on pitkään ollut erilaisilla turvallisuuskriittisillä aloilla kuten ilmailussa ja ydinvoima-alalla keskeinen tapa saada tietoa organisaation toiminnasta ja tarttua toiminnassa ilmeneviin turvallisuushaasteisiin. Viime vuosina myös terveydenhuollossa on alettu raportoida vaaratapahtumia. Vaaratapahtumien raportoinnin tueksi on kehitetty sähköisiä järjestelmiä, joiden käyttö on muutaman vuoden aikana laajentunut nopeasti suomalaisissa terveydenhuolto-organisaatioissa. Vaaratapahtumista puhumisen ja niiden raportoinnin yleistymisen myötä tietoa vaaratapahtumista on useissa organisaatioissa jo kertynyt runsaasti. Ajankohtainen haaste onkin nyt se, miten kertyvää vaaratapahtumatietoa voidaan parhaalla mahdollisella tavalla hyödyntää organisaation turvallisuuden hallinnassa ja edistämässä. Tiedon yhä tehokkaampi levittäminen, tietojen kokoavat esitystavat, toimintojen kehittäminen sekä laajempi organisaatiotason tiedon hyödyntäminen ja oppiminen raportoinnista ovat vasta kehittymässä. Tämän oppaan tarkoituksena on tukea tätä työtä.

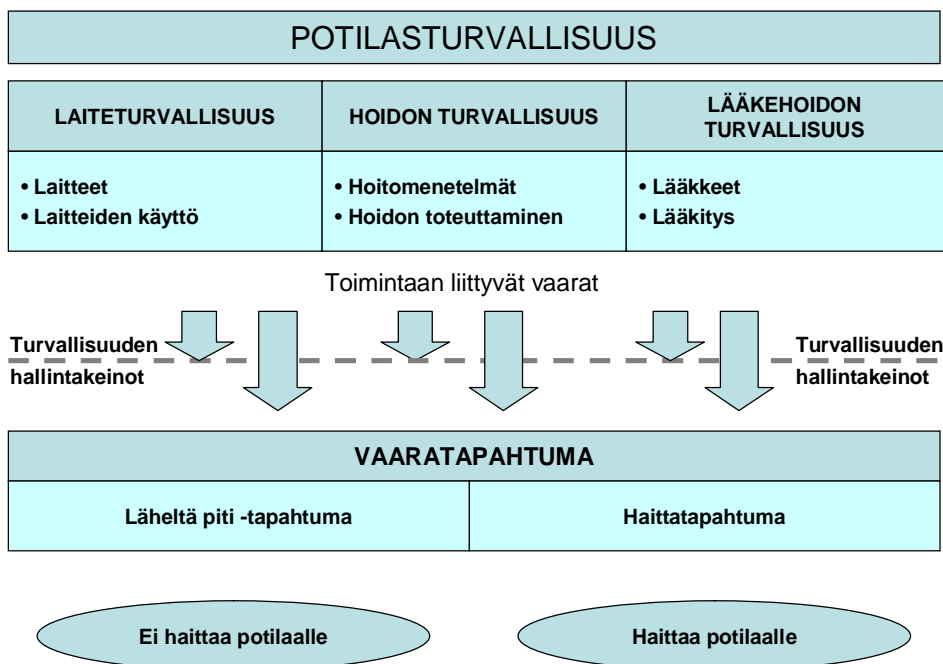
Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) kansallisessa potilasturvallisuusstrategiassa edellytetään, että vuoteen 2013 mennessä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla tulee olla selkeät menettelytavat poikkeamien ja vaaratapahtumien sisäistä raportointia, seuranta ja käsittelyä varten. Vapaaehtoisien ja luottamuksellisen raportoinnin - eli niin sanotun matalan kynnyksen raportoinnin - tavoitteena on strategian mukaan hoidon laadun ja turvallisuuden jatkuva parantaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee tarkempia linjauksia siitä, miten vaaratapahtumia tulisi raportoida ja raporteista saatavaa tietoa hyödyntää oppimisessa.

Tämä opas on tehty sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden *potilasturvallisuustyön* tueksi. Parhaimmillaan potilasturvallisuutta, työturvallisuutta ja muita turvallisuuden lajeja kuten laitosten fyysistä turvallisuutta ja tietoturvallisuutta tarkastellaan organisaatioissa kokonaisuutena. Potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden kehittäminen on kuitenkin organisoitu useissa sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioissa eri tavalla. Näiden turvallisuuden lajien hallintaa ohjaavat eri lait ja niiden kehittämisestä vastaavat organisaatioissa useimmiten eri henkilöt. Potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden vaaratapahtumien raportointi ja raporttien käsittely tapahtuu useimmissa organisaatioissa eri kanavia pitkin. Projektissa, jonka tuloksena tämä opas on syntynyt, kehitetään myös keinoja yhtenäistää potilasturvallisuuteen ja työturvallisuuteen liittyvien vaaratapahtumien raportointia. Myös vaaratapahtumista oppimisessa on hyvä ottaa huomioon eri turvallisuuden lajit. Selkeyden vuoksi tämän oppaan tarkastelunäkökulmana on potilasturvallisuus. Oppaan lähestymistapa on kuitenkin mahdollista ja toivottavaa soveltaa myös muihin turvallisuuden lajeihin liittyvistä vaaratapahtumista oppimisessa.

## 2. Mitä vaaratapahtumat ovat ja miten niistä saadaan tietoa?

Tässä oppaassa tarkastelemme potilasturvallisuuden vaaratapahtumista oppimista. **Vaaratapahtumalla** tarkoitetaan yleisesti mitä tahansa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, 2007).

Kuvassa 1 on havainnollistettu potilasturvallisuuden eri osa-alueita ja niiden vaarantumista. Potilasturvallisuuden vaaratapahtumat voivat liittyä hoidossa tarvittaviin laitteisiin ja niiden käyttöön, hoidon toteuttamiseen tai lääkehoitoon. Potilasturvallisuuden on terveydenhuolto-organisaatioissa tunnistettu vaarantuvan usein esimerkiksi lääkkeiden jakamisen, antamisen ja kirjaamisen yhteydessä (Ruuhilehto & Knuutila, 2008). Myös tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät vaaratapahtumat ovat terveydenhuollossa melko tavallisia (Ruuhilehto & Knuutila, 2008). Vaaratapahtuman tunnistaminen ei aina ole helppoa. Erityisesti sellaisia vaaratapahtumia, jotka ovat vähitellen muuttuneet organisaatiossa normaaleiksi ja rutiininomaisiksi, ei helposti tunnisteta ja raportoida (katso esim. Amalberti ym., 2006).



Kuva 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet (mukaillen Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2009).

Tässä oppaassa keskitymme erityisesti siihen, miten vapaaehtoisen vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kautta saatavaa tietoa tulisi organisaatiossa käsitellä, jotta siitä opittaisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Vapaaehtoinen raportointi voidaan toteuttaa joko nimellä tai nimettä tehtävillä ilmoituksilla. Opas on käyttökelpoinen kumpaakin toteutustapaa käytettäessä. Oppaan lähtökohdana on kuitenkin ollut vapaaehtoinen, anonymi raportointi, jolla pyritään siihen, että potilasturvallisuuden vaaratapahtumat – myös kiusalliselta ja vaikealta tuntuvalta – saadaan mahdollisimman laajasti nostettua yhteiseen keskusteluun kehittämisen lähtökohdaksi. Vapaaehtoisuus luo pakkoa paremman lähtökohdan oppimiselle. Vapaaehtoisella ja anonymillä raportoinnilla voidaan saada tietoon tapahtumia, joita ei nimiä käyttäen haluttaisi tuoda käsittelyyn. Näin vältetään myös joutumista syyttämisen- ja puolustautumisasemiin. Anonymin raportointijärjestelmän kautta ei kuitenkaan voida

tarkastella tapahtuman kaikkia yksityiskohtia ja ilmoitettujen tietojen täydentämisen mahdollisuudet ovat rajalliset. Kun ilmoittajan nimi on tiedossa, on yksityiskohtien täydentäminen luonnollisesti helpompaa. Anonymiteetti on koettu raportointikulttuurin kehittämisen alkuvaiheessa tärkeäksi motivaatiotekijäksi ilmoitusten tekemisessä.

Terveydenhuolto-organisaatiot saavat tietoa vaaratapahtumistaan varsinaisten raportointijärjestelmien lisäksi myös muulla tavoin. Tietolähteenä toimivat esimerkiksi Potilasvakuutuskeskuksen kautta tulevat lausuntopyynnöt epäilyistä potilasvahingoista sekä käsitellyistä tapauksista tehdyt päätökset. Vaaratapahtumat voivat tulla organisaatiossa tietoisuuden myös asiakas- tai potilaspalautejärjestelmien kautta tai potilaiden tekemien muistutusten, kanteluiden tai valitusten muodossa. Epämuodollisempia tietolähteitä vaaratapahtumista ovat esimerkiksi suora työntekijöiltä, potilailta tai heidän läheisiltään saatu palaute. Oppimisessa voidaan hyödyntää paitsi oman organisaation sisältä tietoon tulevia vaaratapahtumia, myös organisaation ulkopuolelta, esimerkiksi toisesta samantyyppisestä organisaatiosta, tulevia vaaratapahtumatietoja. Tällaisia organisaation ulkopuolella ilmenneitä vaaratapahtumia voidaan käsitellä organisaation sisäisessä kehittämistyössä eräänlaisina mahdollisina vaaratapahtumina. Näistä organisaation ulkoisista tapahtumista saadaan tietoa esimerkiksi ammattilehdistä ja tutkimusjulkaisuista sekä sosiaali- ja terveystieteiden järjestöjen ja organisaatioiden www-sivuilta (esim. Ruotsin Socialstyrelsenin sivusto). Hyödyllistä informaatiota vaaratapahtumista tarjoavat myös erilaiset organisaatioiden tai erityisalojen yhteiset foorumit ja konferenssit, joissa käsitellään sitä, millaisia vaaratapahtumia muissa samantyyppisissä työympäristöissä on tapahtunut. Eri lähteistä saatava tieto on erityyppistä. Oppaan periaatteita voidaan kuitenkin hyödyntää soveltuvin osin vaaratapahtumien lisäksi myös muiden tietolähteiden kautta saatavan informaation käsittelyssä.

**POHDITTAVAKSI:**

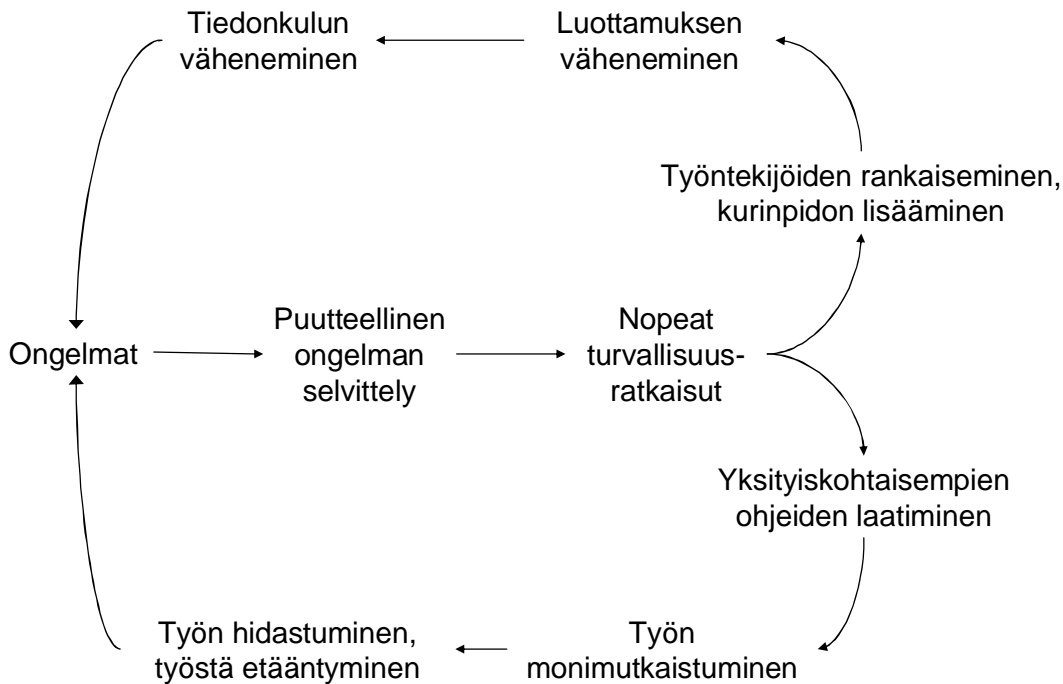
- § *Minkälaisista tietolähteistä omassa organisaatiossasi on mahdollista saada tietoa vaaratapahtumista?*
- § *Hyödynnetäänkö erilaisia tietolähteitä riittävästi?*
- § *Millaisia eroja eri lähteistä saatavassa vaaratapahtumatiedossa on? Millaista tietoa eri kanavien kautta saadaan?*
- § *Millaisia haasteita liittyy toisten organisaatioiden tapahtumista oppimiseen?*

### 3. Miten vaaratapahtumat syntyvät?

Siitä miten erilaiset vaaratapahtumat tai onnettomuudet syntyvät, on turvallisuustutkimuksessa esitetty useita erilaisia näkemyksiä, niin sanottuja onnettomuusmalleja. Myös terveys- ja sosiaalialalla työskentelevillä yksilöillä on omat – enemmän tai vähemmän tiedostetut - mielensisäiset mallinsa siitä, miksi, miten ja milloin vaaratapahtumat syntyvät. Käsitykset vaaratapahtumien synnystä ja siitä, miten organisaation toimintaa tulisi turvallisuuden näkökulmasta hallita, ohjaavat sitä millaisiin asioihin vaaratapahtumien käsittelyssä kiinnitetään huomiota ja millaisia kehittämistoimenpiteitä vaaratapahtumien käsittelyn pohjalta tehdään. Siksi vaaratapahtumien käsittelyyn osallistuvien henkilöiden on tärkeää *keskustella yhdessä* siitä, miten he kukin ymmärtävät vaaratapahtumien syntyvän ja miten he katsovat että turvallisuutta tulisi hallita. Näin voidaan vertailla käsityksiä toisten kanssa, huomata niiden välisiä eroja ja muodostaa yhdessä yhtenäisempää käsitystä vaaratapahtumien synnystä ja turvallisuuden hallinnasta.

Kaikkiin onnettomuusmalleihin liittyvät omat haasteensa. Terveysturvallisuudessa vaaratapahtumien synty on liitetty korostuneesti yksittäisten henkilöiden toimintaan ja osaamiseen. Potilasturvallisuuden vaaratapahtumia on usein selitetty esimerkiksi yksittäisen organisaation jäsenen huolimattomuudella. Tällöin turvallisuuden hallitsemisessa on luontevaa korostaa yksilöiden toiminnan rajoittamista ja valvontaa esimerkiksi tehtäväkohtaisten sääntöjen ja ohjeiden avulla. Yksi tämänkaltaisen onnettomuuksien selittämisen ja turvallisuuden hallinnan ongelma on, että se koetaan helposti syyllistävänä. Se voi johtaa tapahtumien yhteisen käsittelyn sijaan yksilöiden puolustautumiseen ja ongelmien peittelemiseen. Siksi se ei tarjoa hyvää lähtökohtaa turvallisuuden kehittämiseksi.

*Jos vaaratapahtumaan johtaneita tekijöitä ei pysähdytä tarkastelemaan riittävästi, voidaan nopeasti tehdyillä, hyvää tarkoittavilla korjaustoimenpiteillä jopa saada aikaan enemmän vahinkoa kuin hyötyä turvallisuuden kannalta. Marais ym. (2006) ovat esittäneet, että turvallisuuskriittisissä organisaatioissa reagoidaan vaaratapahtumiin tyypillisesti nopeasti esimerkiksi tarkentamalla työhön liittyviä ohjeita tai sääntöjä sekä valvomalla työntekijöitä tarkemmin (Kuva 2). Työntekijät ovat kuitenkin taipuvaisia tulkitsemaan nämä kehittämistoimenpiteet epäluottamuslauseena itseään kohtaan. Ammattitaitoiset työntekijät voivat kokea kehittämistoimet tunkeileviksi ja työmotivaatiota heikentäviksi. Työntekijöiden syyllistäminen, esimerkiksi vetoamalla heidän huolimattomuuteensa saattaa johtaa siihen, että ongelmia peitellään, vaikka sen tarkoituksena olisi lisätä vastuullisuutta ja vaaratietoisuutta työyhteisössä. Liian suuri määrä yksityiskohtaisia ohjeita voi puolestaan vähentää työntekijöiden työmotivaatiota tai johtaa ohjeiden joustamattomaan noudattamiseen sellaisissakin tilanteissa, joissa se ei ole tarkoituksenmukaista turvallisuuden tai tuottavuuden kannalta. Tästä syystä sen ymmärtäminen, mitkä tekijät johtivat siihen, että ihmiset toimivat vaaratapahtuman yhteydessä niin kuin toimivat eli millaiset käsitykset, oletukset ja tavoitteet heidän toimintaansa ohjasivat, on ensiarvoisen tärkeää.*



Kuva 2. Tyypillinen reagoititapa vaaratapahtumiin turvallisuuskriittisillä aloilla (muokaten Marras ym., 2006, 576).

Yksittäisten henkilöiden toimintaa ja osaamista vaaratapahtuman synnyssä voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, miten hyvin työskentelyedellytykset ja olosuhteet tukivat toimintaa. Esimerkiksi laitteiden suunnittelussa ja työjärjestelyissä ei aina ole huomioitu tarpeeksi ihmisen yleisiä tiedonkäsittelyn rajoituksia tai normaalia vireystilan vaihtelua, jolloin virheiden tekemisen todennäköisyys kasvaa. Esimerkiksi potilaiden turvallisuuden kannalta kriittistä lääkkeenjakoja on tehty muiden toimien ohessa, rauhattomissa ja ahtaissa tiloissa tai väsyneenä aamuyön tunteina. Tutkimusten mukaan aamuyöllä onnettomuusriskit ja virheiden tekeminen lisääntyy. Ihmiset eivät ole myöskään kovin hyviä arvioimaan omaa vireystilaansa ja sen vaikutuksia suoritukseen.

Tyypillisesti vaaratapahtumien on myös nähty olevan seurausta tietystä ajallisesti etenevästä toisiinsa liittyvien tapahtumien sarjasta: seuraava tapahtuma on aina suoraan edellisen seuraus. Tällöin on pyritty löytämään ketjun perimmäinen syy (root cause) tai syyt. Tämän päivän organisaatiot ja niissä tehtävä työ ovat kuitenkin usein niin monimutkaisia, että niissä ilmenevien vaaratapahtumien selittäminen suorana tapahtumaketjuna, syinä ja seurauksina, on liian yksinkertaistavaa auttaakseen toiminnan kehittämisessä. Käytännössä vaaratapahtumien syntyyn vaikuttavat samanaikaisesti useat eritasoiset tekijät (esim. yksilön ymmärrys työstään, yksikön sisäinen yhteistyö, organisaation resurssienhallinta ja myös organisaation ulkopuoliset vaikuttajat). Perinteisesti vaaratapahtumien syntyä tarkasteltaessa on keskitytty liikaa läsnä olleisiin henkilöihin ja tapahtumaa välittömästi edeltäneisiin tilannetekijöihin.

Potilasturvallisuuden vaaratapahtumat ovat äärimmäisen harvoin yksittäisten ammattihenkilöiden tarkoituksellisia tai välinpitämättömyyden vuoksi tapahtuneita tekoja. Organisaation oppimisen kannalta vaaratapahtumia on hyödyllisintä tarkastella tapahtumina, jotka johtuvat siitä, että organisaation turvallisuuden hallintaan tähtäävät toimintaprosessit (esim. organisaation oppimiskäytännöt, muutosten hallinta ja resurssien hallinta) eivät ole luoneet organisaation jäsenille riittäviä edellytyk-

siä hallita työtään tietyssä tilanteessa turvallisesti sekä ymmärtää riittävän hyvin oman tehtävänsä, yksikkönsä ja/tai organisaationsa toiminnan tavoitetta, toimintaan liittyviä vaaroja ja työn reunaeh-toja.

Vaaratapahtumat kehittyvät usein myös hitaasti, organisaation normaalin toiminnan vähittäisen aje-lehtimisen vuoksi. Tyypillinen esimerkki tällaisesta tilanteesta ovat niin sanotut käytäväpotilaat: osasto on mitoitettu tietylle potilasmäärälle, alun perin tilapäisratkaisusta on muodostunut normaali-tilanne, joka järjestetään entisin henkilökuntamitoituksin. Vaaratapahtumia, jotka ovat vähitellen muuttuneet organisaatiossa normaaleiksi ja rutiininomaisiksi, ei välttämättä tunnisteta vaaratapah-tumiksi (katso esim. Amalberti ym., 2006).

**POHDITTAVAKSI:**

- § *Millainen käsitys sinulla on siitä, miten vaaratapahtumat syntyvät? Millaiset asiat johtavat mielestäsi potilasturvallisuuden vaarantumiseen?*
- § *Miten muut yksikössäsi tai organisaatiossasi ajattelevat vaaratapahtumien syntyvän?*
- § *Miten erilaiset käsitykset vaaratapahtumien synnystä mielestäsi näkyvät yksi-kössäsi tai organisaatiossasi siinä,*
  - *millaisia vaaratapahtumia ilmoitetaan*
  - *miten tapahtunutta kuvataan*
  - *mihin käsittelyssä kiinnitetään huomiota*
  - *miten turvallisuutta pyritään parantamaan?*

#### 4. Mitä tavoitteita vaaratapahtumien raportoinnilla ja käsittelyllä voi olla?

Vaaratapahtumien raportointi ja käsitteleminen eivät ole itsetarkoitus, vaan ne ovat välineitä tai keinoja, joilla pyritään turvallisuuden paranemiseen. Tässä oppaassa vaaratapahtumien käsittelyä tarkastellaan organisaation oppimisen näkökulmasta. **Vaaratapahtumien raportoinnin ja käsittelyn tavoitteena on organisaation toiminnasta ja sen haavoittuvuuksista oppiminen ja sitä kautta organisaation toiminnan kehittyminen turvallisemmaksi.** Vaaratapahtumien käsittelyyn liittyvät laajasti kaikki ne toiminnot, joiden avulla potilasturvallisuuden vaaratapahtumatietoja organisaatiossa (esim. keskussairaalassa, lääkäriasemalla) tarkastellaan ja joiden avulla niistä pyritään oppimaan.

Vaaratapahtumia käsitellään myös muunlaisten tavoitteiden edistämiseksi. Vaaratapahtumien käsittelyssä voidaan pyrkiä esimerkiksi rikosoikeudellisten laiminlyöntien selvittämiseen tai vaaratapahtumien henkilöstössä ja potilaissa aiheuttamien stressireaktioiden lievittämiseen. Erilaisten tavoitteiden edistämässä painottuvat erilaiset asiat. Esimerkiksi henkilöstön psyykkisen hyvinvoinnin tukemisessa vaaratapahtuman jälkeen pidetään usein tärkeänä, että mukana olleet käsittelevät tapahtumaa yhdessä pian tapahtuman jälkeen. Tällä pyritään siihen, että työtä voitaisiin jatkaa mahdollisimman nopeasti normaalisti ja että tapahtuma ei aiheuttaisi kasaantuvia psyykkisiä ongelmia työntekijöille.<sup>1</sup> Jos vaaratapahtumien käsittelyn tavoitteena on vastuullisten selvittäminen, on tärkeää, että tapahtuman käsittelijät ovat mahdollisimman puolueettomia ja että käsittelyssä keskitytään ennen kaikkea arvioimaan, mitä vaaratapahtumatilanteessa todella tapahtui tai millaisia konkreettisia tekoja tilanteessa tehtiin.

Silloin kun vaaratapahtumien käsittelyn tavoitteena on organisaation oppiminen yksi keskeinen toiminnan periaate on *rankaisemattomuus*. Organisaation oppimiseen tähtäävässä käsittelyssä ei pyritä löytämään syyllisiä. Tämä on asia, jota on syytä vahvasti painottaa organisaatioissa. Toinen tärkeä toimintaperiaate on *osallistaminen*. Vaaratapahtumien käsittelyn ei tulisi tapahtua vain yhden tai muutaman turvallisuusvastaavan toimesta, vaan siihen tulisi mahdollisuuksien mukaan osallistaa laajasti organisaation jäseniä. Näin pyritään varmistamaan sitä, että vaaratapahtumatieto ja sen käsittely edistävät aidosti työn tekemistä ja että opitut asiat leviävät ja jäävät elämään organisaatiossa. Vaaratapahtumien käsittelyssä on organisaation oppimisen kannalta tärkeää myös se, että siinä kiinnitetään huomiota henkilöstön omiin näkemyksiin ja kokemuksiin, sillä nämä käsitykset ohjaavat sitä miten työtä organisaatiossa tehdään.

Joskus käsittelyn erilaiset tavoitteet voivat olla keskenään ristiriitaisia. Esimerkiksi rikosoikeudellinen tutkinta ja syyllisten etsintä voivat saada organisaation jäsenet puolustuskannalle tai suojelemaan toisiaan ja vaikeuttavat siten organisaation oppimista tapahtumasta. Aina tutkimuksissa ja käytännön turvallisuustyössä ei ole riittävästi selvennetty sitä, mikä vaaratapahtumien käsittelyn tavoite on. Samankaltaisella käsittelyllä saatetaan - tietoisesti tai tiedostamatta - pyrkiä sekä organisaation oppimiseen, vastuullisten selvittämiseen että henkilöstön stressireaktioiden lievittämiseen. Parasta olisi, että organisaatiossa olisi erilliset vaaratapahtumien käsittelyprosessit eri tarkoituksiin.

---

<sup>1</sup> Äkillisen kriisitilanteen purkamisen yleisiä periaatteita on kuvattu tarkemmin esimerkiksi Saaren (2000) kirjassa *Kuin salama kirkkaalta taivaalta* sekä Saaren ja Kantasen (2009) kirjassa *Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas*. Terveydenhuollossa on vaaratapahtumien purkamiseksi luotu erilaisia ohjeita ja apuvälineitä, joiden ensisijaisena tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta, mutta joiden avulla on haluttu myös auttaa terveydenhuollon työntekijöitä selviytymään paremmin näissä tilanteissa. Muun muassa vaaratapahtumien avointa käsittelyä potilaan ja/tai tämän omaisten kanssa sekä anteeksipyyntöä esittämistä potilaalle on pidetty tärkeänä terveydenhuollon ammattilaisten omankin selviytymisen kannalta (Pasternack, 2006).



Kun näin ei kuitenkaan käytännössä aina voida toimia, on hyvä pyrkiä vähintäänkin pitämään kirkkaana se, mikä vaaratapahtumien käsittelyn tavoite kulloinkin on.

***POHDITTAVAKSI:***

- § *Minkälaisia tavoitteita vaaratapahtumien käsittelyllä on tällä hetkellä yksikössäsi tai organisaatiossasi?*
- § *Onko vaaratapahtumien käsittelyn tarkoitus kaikille selvä?*
- § *Miten tällä hetkellä yksikössäsi tai organisaatiossasi erilaiset tavoitteet vaikuttavat vaaratapahtumien käsittelyyn?*

## 5. Mitä vaaratapahtumista oppiminen on?

Oppiminen ja osaaminen mielletään usein yksittäisten henkilöiden asiaksi. *Oppimista tapahtuu kuitenkin terveydenhuolto-organisaatioissa monella tasolla.* Yksittäisten ammattihenkilöiden lisäksi myös erilaiset ryhmät kuten osastot tai yksiköt oppivat ja kokonaisten terveydenhuolto-organisaatioiden kuten sairaaloiden tai sairaanhoitopiirien voidaan ajatella oppivan. Oppimista voidaan ajatella tapahtuvan myös laajemmin terveysalan organisaatioiden verkostossa ja yhteiskunnan tasolla. Oppimisen myötä yksittäinen ammattihenkilö, yksikkö tai organisaatio selviää tietystä tilanteesta ja vastaavantapaisista tulevista tilanteista helpommin ja paremmin.

Organisaatiotasoinen oppiminen on erityisen tärkeää potilasturvallisuuden varmistamisessa, sillä organisaatio luo edellytykset sille, että sen sisällä toimivat yksiköt ja yksilöt voivat tehdä työtään turvallisesti. Terveydenhuollossa tehtävä työ on monimutkaista ja yksittäisen potilaan hoitoon osallistuu yleensä useita henkilöitä ja osastoja, jopa useita hallinnollisesti erillisiä tulos- tai toimialueita. Siksi terveydenhuollossa työskentelevän ihmisen tai edes kokonaisen osaston tai yksikön on vaikeaa yksin huolehtia potilaan turvallisuudesta ja hallita kokonaisuutta.

Yksikön tai organisaation oppiminen ei tapahdu irrallaan sen sisällä toimivien yksilöiden oppimisesta. Yksikön tai organisaation oppimista voidaan kuitenkin pitää laajempänä ja osin erilaisena ilmiönä kuin yksilöiden oppimista. Yksikkö- tai organisaatiotasoisesta oppimisesta voidaan puhua silloin, kun organisaation jäsenet tai yksiköt jakavat opitun yhteisesti. Jaettu oppiminen näkyy muutoksena tai muutospyrkimyksenä kyseisen yksikön tai organisaation jäsenten käsityksissä, osaamisessa ja käyttäytymisessä. Usein oppiminen näkyy myös fyysisesti konkreettisina muutoksina esimerkiksi organisaation dokumenteissa, laitteissa ja toimintaympäristössä. Se voi myös ilmetä muutoksena organisaation rakenteissa. Yksikkö- tai organisaatiotasoisesta oppimista voidaan ajatella tapahtuneen silloin, kun opittu asia ei katoa, vaikka asian kannalta keskeinen avainhenkilö lähtisi yksiköstä tai organisaatiosta.

Organisaatiot oppivat sekä myönteisistä että kielteisistä tapahtumista. Kun toiminta johtaa turvallisuuden kannalta toivottuihin lopputuloksiin (esim. potilas paranee, hänen tilansa ei huonone tai johdanto antaa organisaation jäsenille positiivista palautetta) organisaatioissa ajatellaan, että nykyinen toimintatapa on oikeansuuntainen. Toivottu lopputulos vahvistaa edelleen olemassa olevia käsityksiä ja toimintamalleja. Organisaatioiden on tärkeää pyrkiä oppimaan myös turvallisuuden kannalta kielteisistä tapahtumista. Vaaratapahtumat voivat havahduttavalla tavalla ”avata ikkunan” organisaation toimintaan. Usein läheltä piti -tapaukset, joissa vakavia seurauksia ei vielä ole ilmennyt, ovat kaikkien hedelmällisimpiä oppimisen kannalta. Niiden avoin, oppimiseen tähtäävä käsittely työyhteisössä on helpompaa kuin vakavien tapahtumien, joiden käsittelyyn liittyy yleensä jossain määrin myös vastuullisten tai ”syyllisten” etsiminen. Konkreettisten vaaratapahtumien yhteisen käsittelyn kautta voidaan päästä käsiksi toimintatapoihin, jotka ovat muodostuneet organisaation normaaliksi toiminnaksi mutta eivät ole tarkoituksenmukaisia potilasturvallisuuden kannalta.

Mitä vaaratapahtumista sitten pitäisi oppia, kun tavoitteena on organisaation toiminnan kehittymisen turvallisemmaksi? Vaaratapahtumia käsittelemällä organisaatio voi oppia kolmenlaisia asioita:

- 1) Vaaratapahtumia käsittelemällä voidaan tunnistaa organisaation toiminnassa ongelmakohtia, joihin tarttumalla voidaan ehkäistä tietynlainen poikkeama tulevaisuudessa, havaita poikkeama nopeasti ja/tai ehkäistä tai lieventää sen seurauksia.

- 2) Vaaratapahtumia käsittelemällä voidaan oppia paremmin ymmärtämään ja hallitsemaan yksilöiden työtehtäviä sekä yksikön ja organisaation perustehtävää.
- 3) Vaaratapahtumia käsittelemällä voidaan oppia siitä, miten organisaatio toimii ja miten sen tulisi toimia turvallisuuden näkökulmasta.

Seuraavassa näitä oppeja kuvataan tarkemmin.

### **1) Vaaratapahtumia käsittelemällä voidaan tunnistaa organisaation toiminnassa ongelmakohtia, joihin tarttumalla voidaan ehkäistä tietynlainen poikkeama tulevaisuudessa, havaita poikkeama nopeasti ja/tai ehkäistä tai lieventää sen seurauksia**

Turvallisuuden varmistamisessa on perinteisesti keskitytty erilaisten poikkeamien ja vaarojen vähentämiseen, nopeaan havaitsemiseen sekä seurausten ehkäisemiseen tai lieventämiseen. Turvallisuuskriittisten organisaatioiden toimintaan on yleensä tätä varten suunniteltu ja rakennettu erilaisia menettelyitä, varmistuksia, tarkistuksia ja suojausjärjestelmiä. Tällainen on esimerkiksi kirurginen tarkistuslista (Haynes ym., 2009). Se on yksinkertainen varmistusmenettely, jonka avulla ennen leikkauksen aloittamista käydään ryhmässä systemaattisesti läpi, että kaikki asiat ovat kunnossa leikkausta varten. Toinen terveydenhuollossa tyypillinen varmistusmenettely on toimenpiteen tarkistus, jota kutsutaan kaksoistarkistukseksi (double-checking) tai ristiin tarkistukseksi (cross-checking). Esimerkiksi lääkkeenjaon yhteydessä lääkkeenjakajan lisäksi voi myös toinen henkilö tarkistaa jaon oikeellisuuden. Kaksoistarkistuksella voidaan myös varmentaa, että toimen tarkoitus tai sitä toteuttavan ammattihenkilön aikomus on oikea, että aikomusten pohjalta laaditut suunnitelmat ovat oikeat, että suunnitelmien toteuttamiseksi tapahtuvan toiminta on oikeaa ja vielä, että seuraukset potilaalle ovat oikeat (Branlat ym., 2008). Usein on tarpeellista käyttää useampia erilaisia, peräkkäisiä varmistustapoja, jotta haitalliset seuraukset vältettäisiin. Kaikkia varmistuksia ei ole syytä rakentaa ”viimetippaan” eli sen vaiheen estämiseksi, joka välittömästi edeltää haitallisia seurauksia.

Oppaan liitteessä 1 on kerrottu lisää erilaisista suojausmahdollisuuksista. Myös niiden keskinäistä tehoa on tarkasteltu liitteessä.

Varmistusmenettelyt ovat usein tehokkaita tapoja ehkäistä erityisesti konkreettisia ja yksittäisten ihmisten tiedonkäsittelyn rajoituksista aiheutuvia vaaroja. Erilaisia suojausjärjestelmiä tai varmistuksia rakentamalla pyritään rajoittamaan tai hallitsemaan ihmisen tiedonkäsittelyn rajoituksista johtuvaa toiminnan normaalia vaihtelua siten, että se ei aiheuttaisi vaaraa. Kaikkia monimutkaisen työn vaaroja on kuitenkin mahdotonta tunnistaa ja poistaa varmistusten avulla. Toiminnan vaihtelun rajoittamisen lisäksi turvallisuuden kehittämisessä on tärkeää pyrkiä myös lisäämään organisaation jäsenten tietoisuutta ja ymmärrystä turvallisuudesta sekä omasta ja organisaationsa työstä niin, että heillä olisi jatkossa edellytykset toimia erilaisissa tilanteissa joustavasti turvallisella tavalla. Mikäli erilaisia varmistusmenettelyitä on hyvin paljon, ne voivat monimutkaistaa työn tekemistä tai rajata toimintamahdollisuuksia ja vaikuttaa sitä kautta jopa haitallisesti potilasturvallisuuteen. Varmistusmenettelyt saattavat myös aiheuttaa työntekijöille harhaanjohtavan tunteen siitä, että vaarat ovat hallinnassa eikä erityistä valppautta tarvita. Esimerkiksi lääkkeenjakaja saattaa suhtautua työhönsä eri tavoin tietäessään, että joku toinen joka tapauksessa tarkistaa hänen jakonsa myöhemmin.

### **2) Vaaratapahtumia käsittelemällä voidaan oppia paremmin ymmärtämään ja hallitsemaan yksilöiden työtehtäviä sekä yksikön ja organisaation perustehtävää**

Viimeaikaisessa turvallisuustutkimuksessa on kiinnitetty huomiota siihen, että turvallisuuden kehittämisen tulisi olla sidoksissa yksilön, yksikön ja/tai organisaation perustehtävään (katso esim. Nu-

tinin & Norros, 2009; Reiman, 2007). Sen paremmin potilasturvallisuuden vaarat kuin potilasturvallisuuden kehittämisenkään eivät ole irrallinen asia organisaation toiminnasta, vaan vaarat aiheutuvat ja turvallisuus syntyy siitä, miten perustyötä ymmärretään ja hallitaan. Perustyön hallintaan liittyviä asioita opitaan muun muassa terveydenhuollon ammattilaisten perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksessa sekä tieteelliseen tutkimukseen osallistumalla ja tieteen edistystä seuraamalla. Terveydenhuollossa on kuitenkin myös paljon asioita, jotka kukin yksilö oppii kokemuksen kautta oman tekemisensä myötä tai jotka välittyvät ammattilaiselta toiselle niin sanottuna hiljaisena tietona yhdessä tekemisen kautta. Vaaratapahtumien systemaattinen käsittely on yksi keino tehostaa tämän hiljaisen tiedon leviämistä organisaatiossa.

Vaaratapahtumien käsittely voi auttaa luomaan yhteistä ymmärrystä esimerkiksi siitä, mikä jonkin tietyn toiminnan *tavoite* organisaatiossa on ja mikä sen tulisi olla. Toiminnan tavoite saattaa ensi silmäyksellä vaikuttaa itsestään selvältä ja se saattaa olla kirjattuna virallisiiin dokumentteihin tietyllä tavalla. Käytännössä tilanne kuitenkin on usein toinen. Eri henkilöt ja organisaation eri osat mieltävät usein tietyn toiminnan tarkoituksen eri tavoin. Yksilöiden käsitykset, arvot ja uskomukset sekä yksikössä ja organisaatiossa laajemmin vallitsevat käsitykset, arvot ja uskomukset ohjaavat potilaiden hoidossa tehtäviä ratkaisuja ja vaikuttavat siten potilasturvallisuuteen. Kärjistäen voidaan todeta, että toiminnan kannalta voi olla ratkaisevaa vaikkapa se, mielletäänkö hoidon tavoitteeksi potilaan elämänlaadun parantuminen vai potilaan sairauden parantuminen tai kenties potilaan nopea kotiutuminen keinolla millä hyvänsä. Vaaratapahtumat voivat osoittaa, että toiminnan tavoite on mielletty eri osissa organisaatiota eri tavoin tai että toisen organisaation toimintaa ohjaavista käsityksistä, arvoista ja uskomuksista ei ole oltu tietoisia. On kuitenkin tärkeää, että organisaation eri osissa ollaan tietoisia siitä, millaisia erilaisia näkemyksiä tavoitteista voi muilla organisaation jäsenillä ja organisaation eri osissa olla. Näin näkemysten erilaisuus voidaan ottaa toiminnassa mahdollisimman hyvin huomioon.

Vaaratapahtumien käsittely voi auttaa ymmärtämään paremmin paitsi toiminnan tavoitetta, myös *työn kohdetta ja siihen luontaisesti liittyviä vaaroja*. Vaaratapahtumat tuovat esiin asioita, joihin tietynlaisten potilaiden hoidossa on jatkossa syytä kiinnittää erityistä huomiota ja joita on syytä pyrkiä hallitsemaan. Vaaratapahtuman käsittely voi auttaa organisaation jäseniä hahmottamaan paremmin esimerkiksi sitä, millaisiin oireisiin on syytä kiinnittää huomiota tiettyjen potilaiden kohdalla, mistä asioista potilailta on syytä kysyä tarkemmin ja millä tavalla potilaita on syytä ohjata itsehoidossa. Vaaratapahtumien käsittely voi auttaa huomaamaan myös tarpeen kokonaisten hoitoprosessien tai tiettyjen osakokonaisuuksien systemaattiseen läpikäymiseen vaarojen ja riskien tunnistamiseksi ja niiden hallinnan kehittämiseksi.

Vaaratapahtumat voivat myös auttaa ymmärtämään paremmin niitä *reunaehtoja*, jotka on huomioitava potilaiden hoidossa. Esimerkiksi paikalliset tekijät kuten palveluiden saatavuus potilaan asuinalueella voivat vaikuttaa olennaisesti hoitoon. Vaaratapahtumat auttavat ymmärtämään myös sitä, miten yhteiskunnalliset asiat kuten lainsäädäntö tai kunnalliset tai valtakunnalliset resurssinjakukset vaikuttavat toimintaan ja potilaiden turvallisuuteen.

### **3) Vaaratapahtumia käsittelemällä voidaan oppia siitä, miten organisaatio toimii ja miten sen tulisi toimia turvallisuuden näkökulmasta**

Organisaation johtamis-, ohjaus- ja hallintaprosessien tehtävänä on varmistaa pitkällä tähtäimellä, että henkilöstöllä on hyvät edellytykset työn tekemiseen turvallisesti. Tätä kutsutaan turvallisuuden johtamiseksi. Myös terveydenhuollossa turvallisuuden ja laadun systemaattiseen organisaatiolähtöiseen hallintaan on kiinnitetty viime aikoina enenevässä määrin huomiota.

Turvallisuuden johtamisessa voidaan pitää tärkeänä sitä, että

- potilasturvallisuus huomioidaan ja nostetaan näkyvästi esiin toiminnan suunnittelussa, päätöksenteossa ja johdon toiminnassa kaiken kaikkiaan
- potilasturvallisuuteen liittyvät vastuut määritellään selkeästi ja kattavasti
- tiedonkulun sujuvuus varmistetaan
- organisaation sisäisestä yhteistyöstä huolehditaan
- henkilöstön osaamisesta ja kouluttamisesta huolehditaan
- resursseja (työaika, tilat, materiaalit) hallitaan siten, että ne vastaavat työn vaatimuksia
- muutoksia hallitaan siten, että työn tekeminen turvallisesti on mahdollista muutoksesta huolimatta tai että työn tekemisen edellytykset paranevat aidosti muutosten myötä
- organisaatiossa hallitaan yhteistyötä ulkopuolisten toimijoiden (esim. keikkalääkärit, ulkoiset tukipalvelut, jatkohoitopaikat) kanssa siten, että työtä voidaan tehdä mahdollisimman turvallisesti eri toimijoiden verkostossa (katso esim. Pietikäinen ym., 2009).

Näitä edellä listattuja asioita voidaan kutsua organisaation turvallisuuden varmistamiseen tähtääviksi prosesseiksi tai turvallisuuden johtamisen prosesseiksi. Vaaratapahtumat voivat osoittaa, miten nämä organisaation turvallisuuden varmistamiseen tähtäävät prosessit toimivat käytännössä. Vaaratapahtumia tarkastelemalla voidaan saada tietoa siitä, miten organisaatiossa on onnistuttu turvallisen työnteon edellytysten luomisessa ja ylläpitämisessä. Vaaratapahtumat kertovat esimerkiksi siitä, miten johtamisessa, vastuiden määrittelyssä tai tiedonkulun varmistamisessa on potilasturvallisuuden näkökulmasta onnistuttu.

Vaaratapahtumat voivat tuoda havainnollisesti esiin, millaisia toimintatapoja organisaatiossa käytännössä on eli millaista on organisaation niin sanottu normaali toiminta. Se miten työtä organisaatiossa tehdään, elää ja kehittyy vähitellen kun työntekijät vastaavat eteen tuleviin potilaiden hoidon ja toimintaympäristön asettamiin haasteisiin. Tämän vuoksi organisaation todelliset toimintatavat voivat poiketa laatukäsikirjassa tai potilaiden hoitopolkujen kuvauksissa esitetyistä virallisista toimintaprosesseista. Organisaatioon voi muodostua vähitellen erilaisia epävirallisia tapoja, rooleja ja vastuita, joista ei ole avoimesti keskusteltu tai jotka eivät ole laajasti kaikkien tiedossa. Usein vaaratapahtumat pysäyttävät organisaation jäsenet näiden asioiden äärelle ja herättävät kysymyksen: tapahtuuko meillä todella tällaista.

Joskus vaaratapahtumien käsittelyn kautta esiin tulevat epäviralliset toimintatavat voivat olla sellaisia, että ne vaarantavat potilasturvallisuuden. Silloin toimintatapaa on syytä muuttaa niin, että potilasturvallisuus saadaan jatkossa varmistettua. Toisaalta, hyvät epäviralliset käytännöt voidaan virallistaa eli levittää niitä laajemminkin organisaatiossa ja muuttaa toimintatapoja suunnitellusti. Turvallisuuden kannalta keskeistä on, että organisaation todellinen toiminta – se miten hoitopolut ja viralliset toimintaprosessit todellisuudessa etenevät - otetaan avoimesti esiin ja huomioidaan toiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa ja että vallitsevista toimintatavoista ja niihin liittyvistä riskeistä tullaan tietoiseksi.

***POHDITTAVAKSI:***

- § *Mieti, mitä vaaratapahtumat ovat sinulle, yksiköllesi tai organisaatiollesi opettaneet?*
- § *Missä asioissa oppiminen näkyy? Millaiset asiat ovat muuttuneet?*
- § *Mitä haasteita oppimiseen yksikössäsi tai organisaatiossasi liittyy? Millaiset asiat ovat edesauttaneet yksikkösi tai organisaatiosi oppimista?*
- § *Mitä muuta vaaratapahtumista vielä voisi oppia?*

## 6. Mitä vaaratapahtumien käsittely on?

Vaaratapahtumien käsittelyllä tarkoitamme laajasti kaikkia niitä toimia, joiden avulla potilasturvallisuuden vaaratapahtumatiedoista organisaatiossa pyritään oppimaan. Vaaratapahtumia voidaan tarkastella joko yksittäisinä tapahtumina tai tapahtumajoukkona. Tapahtumien tarkastelua niistä saatavilla olevan opin jäsentämiseksi kutsutaan myös tutkinnaksi tai analyysiksi.

Terveydenhuollon vaaratapahtumien käsittely on keskittynyt tyypillisesti yksittäisten tapahtumien analysointiin. Organisaatiotasoista laajemman tapahtumajoukon analysointia ei ole juurikaan tehty. Esimerkiksi ydinvoima-alalla kansainvälinen ydinvoimajärjestö IAEA pitää tämän tyyppistä tapahtumien laajempaa tarkastelua tärkeänä turvallisuuden kannalta (IAEA, 2005).

Terveydenhuollossa on sovellettu perinteisille turvallisuuskriittisille aloille, kuten ydinvoimateollisuuteen ja ilmailuun, kehitettyjä yksittäisten tapahtumien analysointimenetelmiä<sup>2</sup>. Yksittäisten tapahtumien analysointimenetelmistä eri maissa on laajimmin käytössä niin sanottu perussyyanalyysi (Root Cause Analysis, RCA). Ruotsissa siitä on laadittu oma MTO-sovellus (Händelseanalys, 2005).

Monet olemassa olevat vaaratapahtumien ja onnettomuuksien analyysimenettelyt vaativat perusteellista perehtymistä menetelmään ja erityistä ammattitaitoa, esimerkiksi teoreettista osaamista ihmisen kognitiivisista toiminnoista. Yksittäisen vaaratapahtuman systemaattinen moniammatillinen analysointi vie helposti paljon aikaa haastatteluineen, dokumenttianalyyseineen ja johtopäätöksiineen. Analyysin toteuttaminen riittävän perusteellisesti ja asiantuntevasti on useimmiten hyvin haasteellista.

Yksittäisten tapahtumien kuvaukset kertovat ainutkertaisista tapahtumista, jotka eivät koskaan toistu täsmälleen samanlaisena. Miten niitä siis voidaan käyttää opiksi turvallisuuden parantamisessa? Esimerkiksi seuraavasti:

- Yksittäisen tapahtuman tarkastelu voi auttaa tunnistamaan ja ymmärtämään sellaisia perustavanlaatuisia organisatorisia tekijöitä, ilmiöitä ja mekanismeja, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen.
- Yksittäistä tapahtumaa voidaan käyttää esimerkkinä havainnollistamaan organisaation toimintaan liittyviä jatkoselvitys- ja kehittämistarpeita.
- Yksittäisiä tapahtumia voidaan hyödyntää tositarinoina konkretisoimaan henkilöstölle sitä, että potilaiden turvallisuus todella voi vaarantua myös heidän omassa organisaatiossaan. Niiden käsittely voi lisätä henkilöstön vaaratietoisuutta.

Kaikkien yksittäisten tapahtumien perusteellinen tutkinta ei kuitenkaan välttämättä tuo panostukseensa nähden riittävää lisäarvoa organisaation oppimiselle. Samoihin organisaation kehittämistä koskeviin johtopäätöksiin voidaan usein päätyä myös analysoimalla samalla kertaa laajempaa vaaratapahtumien joukkoa (katso esim. Nuutinen & Norros, 2009).

---

<sup>2</sup> Woloshynowych ym. (2005) ovat tehneet Iso-Britanniassa systemaattisen selvityksen erilaisista yksittäisten tapahtumien analyysimenettelyistä ja niiden soveltuvuudesta terveydenhuoltoon.

Vaaratapahtumia käsiteltäessä – olipa kyse sitten yksittäisestä tapahtumasta tai tapahtumajoukosta – on tarpeen käyttää apuna systemaattista analysointimenetelmää, viitekehystä tai kysymyslistaa, joka ohjaa sitä, mihin asioihin kiinnitetään huomiota. Systemaattisen analyysimenettelyn tai kysymyslistan käyttämiseen liittyy menetelmästä riippumatta huomattavia etuja verrattuna siihen, että tapahtumaa tai tapahtumajoukkoa käsiteltäisiin aivan vapaamuotoisesti. Systemaattisen analyysimenettelyn käyttäminen auttaa varmistamaan, että

- tarkastelussa otetaan laajasti huomioon mahdolliset tapahtumaan vaikuttaneet tekijät,
- päättelyn virheet ja tarkastelua tekevien henkilöiden ennako-oletukset eivät ohjaa tarkastelua liikaa,
- tarkasteluprosessiin osallistuvat henkilöt eivät koe käsittelyä uhkaavaksi ja liian henkilökohtaiseksi ja ennen kaikkea, että
- tarkasteluun osallistuvat erilaisia ammatti- ja kokemustaustoja edustavat henkilöt voivat yhdessä muodostaa näkemyksen tapahtumasta.

Systemaattisen analyysimallin tai kysymyslistan käyttö on avuksi, mutta menetelmän liian orjallinen seuraaminen ei ole. Mikään analyysimenetelmä ei automaattisesti johda tulokseen ilman analysointiin osallistuvien henkilöiden tulkintoja, valintoja ja päätelmiä. Analyysimenetelmät eivät myöskään suoraan osoita, miten tulisi jatkossa toimia. Tapahtumien käsittelyä ohjaavat mallit ja kysymyslistat – myös tämän oppaan osassa 2 esitetyt - ovat vain apuvälineitä tähän päättelyyn ja päätöksentekoon.

Erilaiset tapahtumien tarkastelutavat voivat johtaa erilaisiin lopputuloksiin siitä, millaiset tekijät tapahtumien syntyyn ovat vaikuttaneet (katso esim. Brooker, 2008; Hollnagel, 2008). Onnettomuuksien analysointia käsittelevät tutkimukset osoittavat, että yhtä ainoaa ”lopullista totuutta” tapahtuman tai tapahtumien synnystä ja syistä on vaikeaa, jopa mahdotonta, saavuttaa. Organisaation oppimisen kannalta ei ”objektiivisen totuuden” saavuttaminen ole aina edes olennaisinta. Olennaisempaa voi olla se, että tapahtuman tai tapahtumien analysointi menetelmän viitekehyksessä auttaa näkemään organisaatiossa tehtävän työn uudesta näkökulmasta ja saa aikaan keskustelua siitä, miten työtä tulisi tehdä jotta se olisi turvallisempaa. Parhaimmillaan tapahtumat analysoidaankin yhden tietyn menetelmän sijaan usein erilaisin lähestymistavoin (Sklet, 2004; Woloshynowych ym., 2005).

Oppaan toisessa osassa kuvataan käytännön käsittelyä ja menettelyitä, jotka perustuvat tässä taustaosassa esitettyihin ajatuksiin ja periaatteisiin.

***POHDITTAVAKSI:***

- § *Miten vaaratapahtumia yksikössäsi ja organisaatiossasi tällä hetkellä käsitellään?*
- § *Arvioi, miten käsittely tällä hetkellä tukee sitä, että*
- *tapahtumaan vaikuttavat tekijät otetaan laajasti huomioon*
  - *ennako-oletukset eivät ohjaa tarkastelua liikaa*
  - *tarkastelua ei koeta uhkaavaksi ja liian henkilökohtaiseksi*
  - *eri ammatti- ja kokemustaustaiset henkilöt voivat muodostaa yhteisen näkemyksen tapahtumasta.*



## **OSA 2: TEE NÄIN**

## 7. Vaaratapahtumien käsittelyn organisointi

Vaaratapahtumien käsittelyyn liittyvät laajasti kaikki ne toiminnot, joiden avulla potilasturvallisuuden vaaratapahtumatietoja organisaatioissa tarkastellaan ja joiden avulla niistä pyritään oppimaan. Vaaratapahtumien käsittely, siten, että siitä todella opitaan, on vaativa tehtävä ja sen toteutus tulee suunnitella, resursoida ja ohjata hyvin. Vaaratapahtumien käsittelylle tulee organisaatioissa olla mahdollisimman selkeät, yhteisesti sovitut ja kaikkien osallisten tiedossa olevat menettelytavat.

Käsittelyn organisointiin ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa. Kukin organisaatio määrittelee itse olemassa olevan rakenteensa ja toimintansa sekä omien menettelytapojensa mukaisen parhaan ratkaisun. Vaaratapahtumien käsittely tulee organisoida siten, että

- tapahtumat tulevat käsitellyiksi
- kaikki tarvittavat tahot (henkilöt, organisaatioyksiköt ja organisaatiot) voidaan osallistaa käsittelyn eri vaiheisiin
- käsittelyn periaatteista, johtopäätöksistä ja niiden pohjalta tapahtuvasta kehittämisestä voidaan viestiä laajasti
- vaaratapahtumien käsittelyn toimivuutta voidaan arvioida säännöllisesti ja kehittää jatkuvasti.

Keskeinen periaate organisoimisessa on, että potilasturvallisuuden vaaratapahtumia ei käsitellä organisaation toiminnasta irrallisina asioina. Vaarat aiheutuvat ja turvallisuus syntyy siitä, miten henkilöstö – tässä tarkoitetaan kaikkia hierarkiatasoja ja tehtäväalueita organisaatioissa – työnsä ymmärtää ja hallitsee. Sen vuoksi henkilöstön on syytä osallistua mahdollisimman laajasti käsittelyyn. *Vaaratapahtumien käsittelyllähän pyritään nimenomaan organisaation tehtävää toteuttavien ihmisten työskentelyedellytysten parantumiseen ja heidän työtä koskevan ymmärryksensä lisääntymiseen – ja sitä myöten potilasturvallisuuden parantamiseen.*

Tapahtumien käsittelyn tulee kuitenkin olla irrallinen kaikista kurinpidollisista menettelyistä. Jos näin ei ole, tapahtumien käsittelyssä ei välttämättä huomioida riittävän laajasti kaikkia näkökulmia. Käsittelyssä rajaudutaan helposti tarkastelemaan vain niin sanottua virallista organisaatiota ja virallisia toimintatapoja eikä sitä, mitä organisaatioissa todellisuudessa tapahtuu. Erilaisten näkökulmien huomioon ottamista työryhmissä edistää se, että ryhmissä ovat edustettuina eri ammattiryhmät ja organisaation osat.

Käsittely organisoidaan olemassa olevaan linjaorganisaatioon sen sijaan, että käsittelystä huolehtisi erillinen käsittelyorganisaatio (turvallisuusyksikkö tai -osasto tms.). Usein on kuitenkin tarpeen nimetä linjan vastuuhenkilöiden tueksi potilasturvallisuusryhmä tai -ryhmiä sekä potilasturvallisuuskoordinaattori. Tarpeellisia nämä ovat erityisesti silloin, kun vaaratapahtumat raportoidaan ja käsitellään niin, että kaikki alueella toimivat erikois- ja perusterveydenhuollon yksiköt (sairaalat, terveyskeskukset, kotihoito) raportoivat samaan tietokantaan.

Yhteistyö myös muiden turvallisuuden osa-alueiden toimijoiden kanssa on hyödyllistä. Esimerkiksi osasto/yksikkötasolla ovat käytettävissä valitut työsuojeluasiamiehet tai siellä toimii työsuojelupari. Tulosaluetasolla toimivat työsuojeluvaltuutetut ja työsuojelutoimikunnat. Isoissa organisaatioissa on koko organisaation tasolla toimiva koordinoiva työsuojeluvaltuutettu ja työsuojelutoimikunta. Työturvallisuuden lisäksi tietoturvallisuus, toimitilaturvallisuus ja ympäristöturvallisuus ovat tur-

vallisuuden osa-alueita, joiden kanssa potilasturvallisuuden kehittämisessä on syytä tehdä yhteistyötä.

Seuraava HaiPro-järjestelmästä mukailtu Kuva 3 havainnollistaa organisointia. Taulukossa 1 on esitetty erään sairaanhoitopiirin potilasturvallisuuskoordinaattorin laatima kuvaus työtehtävistään.



Kuva 3. Esimerkki vaaratapahtumailmoitusten käsittelyn organisoinnista.

Vastuuhenkilöitä, ryhmiä tai työpareja nimettäessä on selkeästi sovittava toiminnan tavoitteista, tehtävistä, käytettävistä resursseista ja ryhmän tai henkilön asemasta organisaatiossa. Ryhmien toiminnalle tulee varata riittävästi resursseja. Tehtävissä toimiville henkilöille tulee varata työaika tapahtumien käsittelyä varten. Käsittely vie alussa enemmän aikaa ja voi tuntua vaikealta. Kokemuksen kertyessä käsittelytaidot kehittyvät. Tapahtumien käsittelyn osaamisen kerryttämiseksi ja toiminnan kehittämiseksi on tärkeää, että tapahtumien käsittelystä tai käsittelyn koordinoinnista vastaavat säännöllisesti samat ihmiset. *On myös tärkeää, että toiminnalla on organisaation ylimmän johdon selkeä tuki.*

*Taulukko 1. Esimerkki potilasturvallisuuskoordinaattorin toiminnasta eräässä sairaanhoitopiirissä*

## **Mitä potilasturvallisuuskoordinaattori tekee?**

### Raportoinnin ja oppimisen tukeminen:

Raportointijärjestelmään liittyvät tehtävät

- toimii pääkäyttäjänä; ylläpitää ja päivittää käyttäjätietoja
- avustaa käyttöönoton suunnittelussa ja antaa käyttäjäkoulutuksen
- toimii HelpDeskinä – auttaa päivittäisissä ongelmatilanteissa
- toimii yhteyshenkilönä palveluntuottajaan päin
- toimii yhteyshenkilönä samaan raportointijärjestelmään raportoiville perusterveydenhuollon yksiköille

Raportointitietojen hyödyntäminen

- tuottaa sähköisestä järjestelmästä säännölliset raportit vaaratapahtumista organisaation potilasturvallisuusvastaavalle (= johtajaylilääkärille)
- tuottaa raportteja ja esittelee niitä pyynnöstä toimi-/vastuualueille (= näiden potilasturvallisuudesta vastaaville henkilöille)
- yhdistää vaaratapahtumatiedot muuhun seurantatietoon (esim. jatkuvaan asiakaspalautteeseen, potilaiden määrään ja hoitoisuuteen, henkilöstön määrään, toteutuma/suunnitelma/työvuoro)

Raportointimenettelyn kehittäminen

- kerää HaiPro-järjestelmän kehitysideoita ja välittää ne palveluntuottajalle
- kehittää tietojen hyödyntämisen työkaluja ja menetelmiä

### Riskienhallinnan edistäminen

- järjestää riskienhallintamallin käyttöön liittyvää koulutusta (Turvallinen hoitoyksikkö - malli)
- tukee yksiköissä tapahtuvaa prosessikuvausten avulla toteutettavaa riskinarviointia yhdessä turvallisuuspäällikön kanssa

### Potilasturvallisuusosaamisen edistäminen

- suunnittelee ja toteuttaa säännöllistä sisäistä ja ulkoista koulutusta yhdessä koulutusyksikön kanssa
- luennoi pyynnöstä muiden järjestämissä sisäisissä koulutuksissa tai kehittämistilaisuuksissa.

### Viestintä

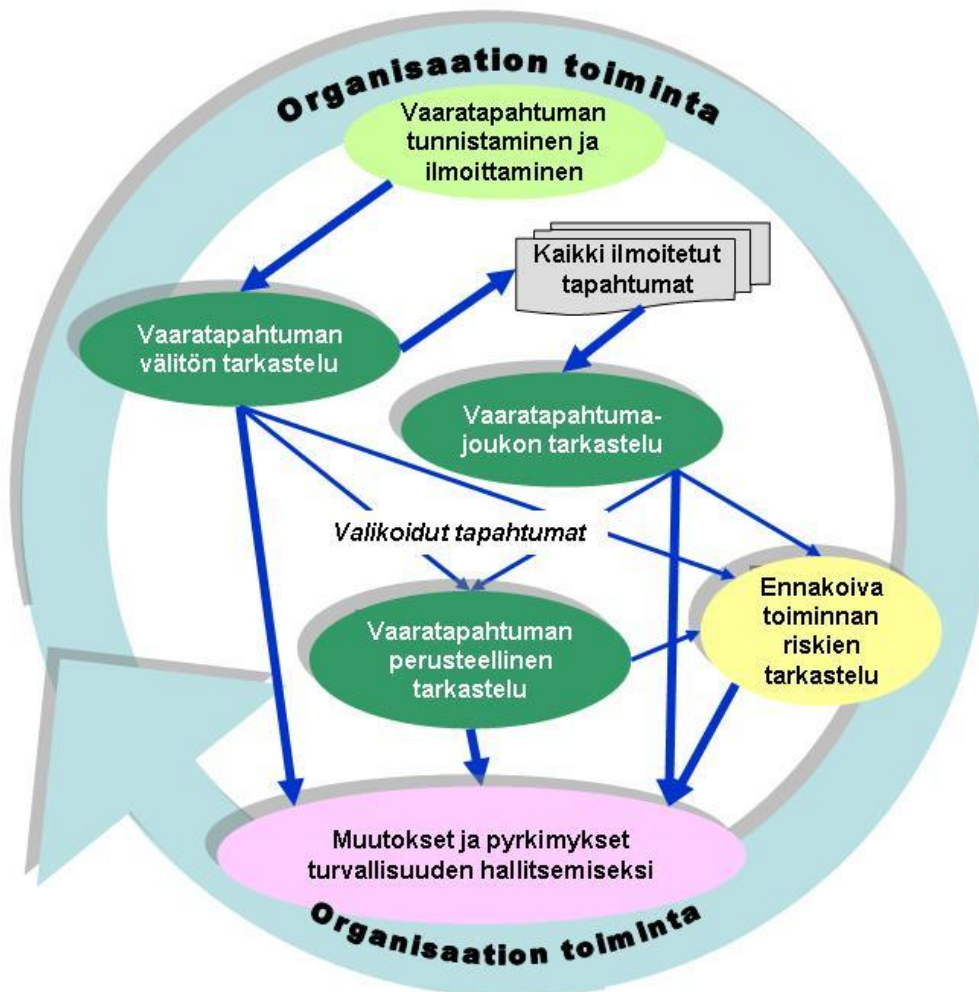
- tiedottaa ajankohtaisista sisäisistä ja ulkoisista potilasturvallisuusasioista henkilöstölle
- ylläpitää sisäisiä ja ulkoisia potilasturvallisuuden verkkosivuja.

Käsittelyn organisoinnin tärkeät asiat tiivistetysti:

- käsittelyn organisointi linjaorganisaatioon
- johdon selkeä tuki
- käsittelyyn varataan resurssit ja annetaan koulutus
- käsittely on irrallaan kurinpidollisista menettelyistä
- mahdollisimman laajan joukon osallistaminen.

## 8. Vaaratapahtumien tarkastelutavat

Vaaratapahtumien käsittelyn keskeisiä toimintoja on havainnollistettu kuvassa 4. Vihreällä pohjalla (valkoinen teksti) kuvassa on esitetty kolme eri tapaa tarkastella vaaratapahtumia. Vaaratapahtumien tarkastelu tai analysointi tarkoittaa tapahtuman tai tapahtumien jäsentämistä siten, että voidaan paremmin ymmärtää, millaiset tekijät tapahtuman syntyyn ovat vaikuttaneet. Tarkoituksena on saada mahdollisimman perusteellinen ja moniulotteinen kuva tapahtumien taustasta ja siten organisaation toiminnasta.



Kuva 4. Vaaratapahtumien käsittelyn keskeiset toiminnot organisaatiossa.

Tässä luvussa esittelemme tarkemmin nämä kolme erilaista, toisiaan täydentävää vaaratapahtumien tarkastelutapaa. Lisäksi kuvaamme vaaratapahtumatietojen käyttöä toiminnan ennakoivassa riskien tarkastelussa.

Ensimmäisen tarkastelun tekee ilmoituksen ensimmäinen lukija. Jokaiseen yksikköön, jossa ilmoituksia tehdään, on nimetty vastuuhenkilö tai -henkilöt, jotka saavat tiedon järjestelmään tehdystä ilmoituksesta ja lukevat kaikki heidän vastuualueellaan tehdyt ilmoitukset. Esimerkiksi HaiPro-raportointijärjestelmässä näitä henkilöitä kutsutaan käsittelijöiksi. Ensimmäisen tarkastelun tarkoituksena on selvittää, mitä pitää tehdä heti ja miten tapahtumaa jatkossa käsitellään. Tarkastelu perustuu ilmoittajan antamiin tietoihin, joihin perustuen tapahtumatiedot viedään kaikki tapahtumat kokoavaan tietokantaan.

Toinen tarkastelutapa on yksittäisen tapahtuman perusteellinen analyysi, johon valikoidaan vain osa ilmoitetuista tapahtumista. Tarkastelun tekee moniammatillinen työryhmä tai nimetyt vastuuhenkilöt, jotka on koulutettu tapahtumien analysointiin. Useiden tapahtumien kohdalla riittää, että ilmoituksen vastaanottaja (käsittelijä) käy sen läpi ja harkitsee, edellyttääkö se toimenpiteitä. Joitakin yksittäisiä tapahtumia on kuitenkin tarpeen käsitellä myös syvällisemmin laajemman organisaation työryhmän toimesta.

Monissa organisaatioissa syvällisemmän tarkastelun kohteeksi otetaan pelkästään tapahtumat, jotka ovat jo johtaneet vakaviin seurauksiin potilaalle. Ne osoittavat selkeästi, että tällaista voi todella tapahtua ja että asialle on jotain tehtävä. Vakavien tapahtumien tarkasteluun motivoivat lisäksi työyhteisön ulkopuolelta, esimerkiksi median tai potilaiden taholta, tulevat paineet. Tällaisista tapahtumista oppimiseen liittyy kuitenkin haasteita, koska niistä yleensä seuraa tutkinta myös mahdollisten korvausvelvoitteiden ja syyllisyyskysymysten selvittämiseksi. *Oppimisen kannalta* on tarkoituksenmukaisempaa keskittyä läheltä piti -tapahtumiin, joista olisi voinut olla vakavia seurauksia. Tällöin voidaan helpommin varmistaa, että organisaation jäsenet eivät asetu puolustuskannalle tai suojelemaan toisiaan ja vaikeuta siten organisaation oppimista tapahtumasta. Näin on mahdollista myös estää vakavien tapahtumien toteutumista jo ennakolta. Kriteereitä, joilla vaaratapahtumia voidaan valita perusteelliseen tarkasteluun käsitellään tarkemmin luvussa 8.2.

Kolmas tarkastelu on kertyvän vaaratapahtumajoukon tarkastelu. Kaikista ilmoitetuista tapahtumista kertyy tapahtumien joukko, jota on tarpeen käsitellä kokonaisuutena organisaation potilasturvallisuusryhmän sekä yksikkö/klinikka/tulosaluetasoisien työryhmän tai työparin toimesta. Ilmoituksia voidaan siis tarkastella tai analysoida kahdesta toisiaan täydentävästä lähtökohdasta: yksittäisinä tapahtumina ”alhaalta ylös” tai laajempana tapahtumien kokonaisuutena ”ylhäältä alas”.

Olemme sisällyttäneet oppaaseen myös toiminnan riskien ennakoivan tarkastelun yhtenä raportoinnista saatavan tiedon hyödyntämisen tapana. Niin yksittäisten tapahtumien tarkastelu kuin tapahtumajoukon tarkastelukin voi herättää huolen siitä, onko jokin tietty toiminta tai prosessi kokonaisuudessaan järjestetty organisaatiossa turvallisuuden kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla ja mitä muita mahdollisia riskejä tähän toimintaan liittyy. Kyseistä toimintaa voi tällöin olla hyödyllistä tarkastella laajemmin esimerkiksi toiminnan ennakoivan riskien tarkastelun avulla. Lääkelaitos on julkaissut mallin terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan (Knuutila & Tamminen, 2004). Tätä mallia voidaan käyttää ennakoivan riskien tarkastelun ohjaamisessa. Mallin periaatteita on kuvattu lyhyesti myös myöhemmin tässä oppaassa.

## 8.1 Yksittäisen vaaratapahtuman välitön tarkastelu

Seuraavassa on kuvattu yksittäisen vaaratapahtuman tarkastelun jäsennys, joka on tarkoitettu erityisesti tapahtumailmoituksia vastaanottavan vastuuhenkilön käytettäväksi, kun hän käy läpi ilmoitettuja tapahtumia. Tämän ensimmäisen tarkastelun tarkoituksena on selvittää, mitä ilmoitetun tapahtuman pohjalta on tarpeen tehdä välittömästi tai jatkossa turvallisuuden parantamiseksi.

Yksittäistä vaaratapahtumaa tarkastellaan seuraavien kysymysten avulla:

1. Mitä tapahtui?
2. Missä tehtävässä, toiminnassa ja toimintakokonaisuudessa tapahtuma tapahtui?
3. Miten tapahtuma havaittiin ja/tai estettiin tai rajattiin sen haitalliset seuraukset?
4. Ovatko tapahtumaan liittyvät tehtävät, toiminta ja toimintakokonaisuudet tuttuja ja tavanomaisia vai uusia tai harvoin toistuvia?
5. Millaisia käsityksiä ja tavoitteita tapahtumaan liittyi?
6. Millaiset edellytykset tapahtumassa oli turvalliselle toiminnalle?
7. Mitä ehdotan tehtäväksi tarkasteluni perusteella?

Kysymykset perustuvat siihen, että tarkasteltava tapahtumailmoitus on tehty kirjallisena ja että ilmoittaja kuvaa tapahtuman vapaamuotoisesti (kysymys 1). Kysymykset varmistavat vaaratapahtuman kattavan ja monipuolisen tarkastelun ohjaamalla tarkastelijaa

- tarkastelemaan vaaratapahtuman yhteyttä organisaation toimintaan laaja-alaisesti ja tunnistamaan kehitettävät tehtävät ja prosessit (kysymys 2)
- tarkastelemaan vaaratapahtumaa riskienhallinnan periaattein ja näkökulmasta (kysymys 3)
- ottamaan niin sanotun inhimillisen virheen tarkastelussa huomioon inhimillisen toiminnan lainmukaisuudet ja yhteydet vaaratapahtumien syntyyn (kysymys 4)
- tarkastelemaan vaaratapahtuman syntyyn liittyviä yksilöiden, ryhmien ja yksiköiden toiminnan tavoitteita, toimintaedellytyksiä ja -olosuhteita sekä niitä organisaation prosesseja ja funktioita, joiden tehtävänä on huolehtia organisaation turvallisuuden hallinnasta (kysymykset 5 ja 6).

Viimeinen, seitsemäs, kysymys kokoaa yhteen aiempien kysymysten pohjalta tekemäsi tarkastelun tuloksen ja esittää ehdotuksesi jatkotoimiksi tapahtumaan liittyen (kysymys 7).

Jokainen kysymys avataan erikseen yksityiskohtaiseksi kysymyssarjaksi. Mukana on myös esimerkkejä, perustietoa ja tarkistuskysymyksiä tarkastelun avuksi. Voit kirjata kysymysten 2.-6. tuotamat havaintosi ja päätelmäsi muistiinpanolomakkeelle (liite 2). Tarkastelusi keskeisten tulosten kirjaaminen on hyväksi, kun mietit toimenpide-ehdotuksia ja perustelet ehdotuksiasi.

Jokaisen kysymyksen läpikäynti ei välttämättä ole jokaisen tapahtuman kohdalla tuloksekas tai merkityksellinen esimerkiksi niukkojen tapahtumakuvausten vuoksi. Vaiheiden ajatuksellinen läpikäynti kuitenkin kehittää käsittelytaitojasi. Kokemuksen kertyessä opit paremmin ja laajemmin kiinnittämään huomiota oleellisiin asioihin ja voit saada enemmän irti niukoistakin kuvauksista.



## 1. Mitä tapahtui?

### *Miksi:*

Tapahtuman tiedot tallentuvat tietokantaan ja näkyvät sekä laadullisissa että määrällisissä tarkasteluissa. Käytät tapahtumakuvausta ja omaa asiantuntemustasi seuraaviin kysymyksiin vastaamisessa.

### *Tee näin:*

Lue, mitä ilmoittaja on havainnut ja kirjannut, mitä tietoa saat tapahtumasta. Selvitä itsellesi, mitä on tapahtunut. Siirrä ilmoituksesta tapahtumatiedot tietokantaan vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmänne käsittelyohjeiden ja kirjauslomakkeen mukaisesti. Täydennä tapahtumatietoja tarvittaessa mahdollisuuksien mukaan.

## 2. Missä tehtävässä, toiminnassa ja toimintakokonaisuudessa tapahtuma tapahtui?

### *Miksi:*

Tunnistat laaja-alaisesti, mihin kaikkeen toimintaan vaaratapahtuma liittyy organisaation toiminnassa: mitä ovat ne tehtävät, toiminnot tai prosessit, joilla tämänkaltaisia vaaratapahtumia voidaan hallita ja joita kehittämällä tämänkaltaisia tapahtumia voidaan ehkäistä. Näet myös, edustaako tapahtuma tavanomaista, usein toistuvaa tapahtumaa vai liittyykö se esimerkiksi harvoin esiintyvään tehtävään tai monimutkaiseen tehtäväkokonaisuuteen. Sillä on merkitystä osuvien parannustoimien valinnassa.

### *Tee näin:*

- Pohdi, mihin yksilöiden tehtäviin (esimerkiksi lääkkeen jakaminen, lausunnon sanelu, potilaan tulohaastattelu, diagnoosin tekeminen, ajan varaaminen lisätutkimuksiin, potilastietojen kirjaaminen) tapahtuma liittyy.
- Pohdi myös laajempaa tehtäväkokonaisuutta (esimerkiksi potilaan tarkkailu tai potilaan kotiuttaminen kokonaisuutena, yhteistyö muiden yksiköiden kanssa, yhteistyö tukipalveluiden kanssa).
- Pohdi edelleen, miten toiminnan johtaminen liittyy tapahtumaan ja mihin organisaation hallinnollisiin osiin tai prosesseihin (esimerkiksi kuvantaminen, laboratoriotoinnot, sydänkliinikka, synnytykset, tietoturvallisuus, laatuasiat) tapahtuma liittyy. Suurissa ja monitasoisissa organisaatioissa voi olla tarpeen tarkastella myös sitä, mihin tulosalueen, toimialueen tai vastaavan välitason toimintakokonaisuuteen vaaratapahtuma liittyy.

## 3. Miten tapahtuma havaittiin ja/tai estettiin tai rajattiin haitalliset seuraukset?

### *Miksi?*

Tapahtuman yhteydessä vaaran nopea havaitseminen sekä haitallisten seurausten nopea ja tehokas estäminen ovat riskienhallinnan keskeiset keinot silloin, kun vaaraa ei pystytä kokonaan poistamaan. Onnistuneesta vaaran havaitsemisesta ja rajaamisesta voidaan oppia, miten vaaroja tunnustetaan ja haitan syntymistä rajataan vastaavissa sekä myös muissa vaaratapahtumissa. Tarkastelun pe-

rusteella voidaan myös parantaa havaitsemista ja haittojen rajaamista vastaavissa vaaratapahtumissa.

*Tee näin:*

Tarkastele seuraavia kysymyksiä:

- miten tapahtumaan osallistuneet *yksilöt* havaitsivat vaaratapahtuman? Jos tapahtumaan osallistuneet eivät sitä havainneet, miten ja missä tapahtuma havaittiin?
- sisältyykö *yksikön* tai *organisaation* toimintaan tietoisesti suunniteltuja ja järjestelmällisesti luotuja menettelyitä, jotka mahdollistavat tämänkaltaisten poikkeamien havaitsemisen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja estävät niiden johtamisen haitallisiin seurauksiin? Mitä ne ovat? Toimivatko ne tämän tapahtuman suhteen niin kuin on suunniteltu? Ovatko ne riittävät?
- millaiset seuraukset tapahtumalla oli? Mitkä olisivat voineet olla pahimmat mahdolliset seuraukset? Miten niiltä vältyttiin?
- sisältyykö kyseiseen *yksikön* tai *organisaation* toimintaan tietoisesti suunniteltuja ja järjestelmällisesti luotuja menettelyitä vaaratapahtuman seurausten estämiseksi, rajaamiseksi ja/tai lieventämiseksi? Mitkä ne ovat? Toimivatko ne tämän tapahtuman suhteen niin kuin on suunniteltu? Ovatko ne riittävät?

Tutki myös liitteen 1 erilaisia suojausmahdollisuuksia ja suojauksia koskevia tarkistuskysymyksiä.

4. Ovatko tapahtumaan liittyvät tehtävät, toiminta ja toimintakokonaisuudet tuttuja ja tavanomaisia vai uusia tai harvoin toistuvia?
--

*Miksi:*

Tuttuudeltaan erilaisissa tehtävissä poikkeamat ovat tyypillisesti erilaisia. Tämän kysymykseen vastausten perusteella tunnistat tarkasteltavaan tehtävään, toimintaan ja toimintakokonaisuuteen sopivat työjärjestelyt ja turvallisuuden hallinnan keinot (varmistukset ja suojaukset) vastaavien tapahtumien estämiseksi.

*Tee näin:*

Hyödynnä omaa organisaation toiminnan tuntemustasi ja pyri tunnistamaan tapahtumassa toteutetun tai toteutettujen tehtävien ihmisille asettamia vaatimuksia. Pyri tarkastelemaan esimerkiksi sitä, miten tuttua ja rutiininomaista tai – toisaalta – uutta kyseinen toiminta tapahtumaan osallistuneille henkilöille ja organisaatioille oli.

Miltä osin *yksilöiden* kannalta tapahtumaan liittyi toimintaa, joka on

- tuttua, lähes automaattiseksi opittua rutiininomaista toimintaa, jonka suorittamiseen tekijän ei tarvitse tietoisesti keskittyä. Ota huomioon, että työtä opettelevan ja kokeneen työntekijän työnteko on erilaista: mikä on kokeneelle selvää, ei välttämättä onnistu aloittelijalta keskittymättä. Vaaratapahtuma saattoi syntyä niin, että huomaamatta tai asiaa ajattelematta unohdettiin tehdä jokin toimenpide tai ajatuksissaan suoritettiin jokin pitkä toimintaketju rutiininomaisesti. Tällaisesta toiminnasta ei välttämättä jää muistiin yksittäisiä toimenpiteitä, mi-

tä on jo tehty. Toiminta saattaa myös ajoittain keskeytyä, jolloin unohdetaan helposti tehdä jokin kesken oleva toiminto, varsinkin jos asiasta ei ole mitään muistutusta.

- o tavanomaisia, usein toistuvia tehtäviä, joiden hallintaa ohjaavat säännöt tunnetaan ennakoita. Ohjeet auttavat ihmistä tilanteen tunnistamisessa ja sen vaatimien toimenpiteiden tekemisessä. Toiminta on tietoista sekä usein helppoa ja vaivatonta. Se sujuu yleensä kokemuksesta ja koulutuksesta tulleiden mallien avulla. Tehtävissä joudutaan kuitenkin tekemään useita erilaisia päätelmiä ja päätöksiä. Erimerkiksi diagnoosin tekeminen on tällaista toimintaa, koska siinä käydään läpi oireita ja löydöksiä ja niiden perusteella päätellään, mikä potilaalla on.
- o uusia, ennakoimattomia tilanteita, joihin ihmisen pitää täysin tietoisesti keskittyä. Ihmisen aikaisempi kokemus ja tietämys, niin sanottu sisäinen malli, ohjaa tilanteen analysointia ja toimintatavan valintaa. Toiminta on tällöin hitaampaa kuin tutuissa tilanteissa. Ihmisen tiedonkäsittelykapasiteetti on rajallinen ja ihminen havaitsee ympäristöään valikoivasti.

Turvallisuuden parantamisen toimenpide-ehdotuksissa on syytä ottaa huomioon, että ihmisen suorituskyvyn vaihtelu on normaalia, eikä vaihtelusta sinänsä voida päästä eroon. Lisäksi ihmisen kykyyn suoriutua tehtävistään turvallisesti vaikuttavat merkittävästi työhön ja työympäristöön liittyvät toimintaedellytykset. Erilaisilla työympäristöön, työjärjestelyihin ja muihin työnteon edellytyksiin kohdistuvilla toimenpiteillä voidaan parantaa ihmisten suoriutumista ja vaikuttaa myös siihen, että yksittäisistä virheistä ei synny haitallisia seurauksia (katso lisää asiasta, liite 3).

Miltä osin puolestaan *ryhmälle, yksikölle tai organisaatiolle* toiminta on

- o tuttua, rutiininomaista, ”normaalia” toimintaa, jonka tavoitteista, yksilöiden, yksiköiden tai toimintojen välisestä vastuunjaosta, vaaroista, hallinnasta tai turvallisuusmerkityksestä ei enää juurikaan yhteisesti keskustella
- o tavanomaista, usein toistuvaa toimintaa, jonka hallitsemiseksi on saatavilla opastusta tai ohjeita. Toiminta vaatii toisinaan huomion kiinnittämistä toiminnan tarkoitukseen, vastuunjaokoon, mahdollisiin vaaroihin, tilanteen hallintaan ja turvallisuusmerkitykseen, mutta se on kuitenkin yksikölle ja/tai organisaatiolle helppoa ja suhteellisen vaivatonta.
- o uutta ja vaikeasti ennakoitavaa toimintaa, johon ei yksikössä tai organisaatiossa ole olemassa valmista, koeteltua toimintatapaa. Toiminnan tavoitteista, merkityksestä potilasturvallisuudelle, mahdollisista vaaroista, tarvittavasta osaamisesta ja resursseista sekä vastuunjaosta on yksikössä ja/tai organisaation eri osien välillä tarpeen sopia.

5. Millaisia käsityksiä ja tavoitteita tapahtumaan liittyi?

*Miksi:*

Tämän kysymyksen tarkoitus on selvittää, miten ihmisten ja ryhmien käsitykset ja tavoitteet ovat vaikuttaneet tapahtumassa siihen, miten työtä on tehty. Erityisesti on tärkeää pohtia miten työn ja tehtävän yhteys potilasturvallisuuteen on ymmärretty. Tämän perusteella voit tarkastella sitä, miten ymmärrystä työtehtävistä ja toiminnan tavoitteista olisi tarpeen kehittää vastaavien tapahtumien välttämiseksi.

*Tee näin:*

Pohdi, miksi ihmiset tapahtumassa toimivat siten, kuin he toimivat. Tarkastele, mahdollisuuksien mukaan, seuraavia asioita:

- o mihin ne organisaation jäsenet, jotka osallistuivat tapahtumaan, pyrkivät toiminnallaan? Mikä oli heidän käsityksensä toiminnan tavoitteesta?
- o tiedostivatko tapahtumaan osallistuneet henkilöt sen, että kyseisellä tehtävällä on merkitystä potilasturvallisuudelle?
- o olivatko tapahtumaan osallistuneet organisaation jäsenet tietoisia kyseiseen tehtävään liittyvistä vaaroista ja epävarmuustekijöistä?
- o kokivatko tapahtumaan osallistuneet henkilöt olevansa osaltaan vastuussa tapahtumasta?
- o kokivatko tapahtumaan osallistuneet henkilöt voivansa/osaavansa/ehdivänsä vaikuttaa tapahtumien kulkuun?

Pohdi myös sitä, millaiset *ryhmien, yksiköiden tai organisaation* yhteiset (yleiset) käsitykset ja tavoitteet vaikuttivat toimintaan tarkasteltavassa tapauksessa. Tarkastele mahdollisuuksiesi mukaan, seuraavia asioita:

- o mihin tapahtumaan osallistuneet yksiköt/organisaatio tällä toiminnan pyrkivät? Ovatko yksiköiden ja yksiköiden sekä organisaation tehtävä ja vastuu kyseisessä tehtävässä selkeät?
- o onko kyseistä tehtävää tai toimintaa yksikössä ja organisaatiossa tarkasteltu turvallisuuden kannalta eli onko sen yhteys potilasturvallisuuteen tiedostettu?
- o onko kyseiseen tehtävään liittyvistä vaaroista ja epävarmuustekijöistä keskusteltu ja tiedotettu yksikössä ja organisaatiossa? Onko niihin varauduttu?
- o koetaanko tapahtumiin osallistuneissa yksiköissä ja organisaatiossa, että niiden on mahdollista vaikuttaa tämänkaltaisiin tapahtumiin?

6. Millaiset edellytykset tapahtumassa oli turvalliselle toiminnalle?
---

*Miksi?*

Edellisessä kysymyksessä pohdittiin työtä koskevia käsityksiä ja tavoitteita, jotka ovat perusedellytyksiä onnistuneelle toiminnalle. Tällä kysymyksellä on tarkoitus pohtia muita turvallisen toiminnan edellytyksiä, jotka luovat pohjaa toiminnan edellytysten kehittämiseksi vastaavien tapahtumien välttämiseksi ja turvallisuuden kehittämiseksi.

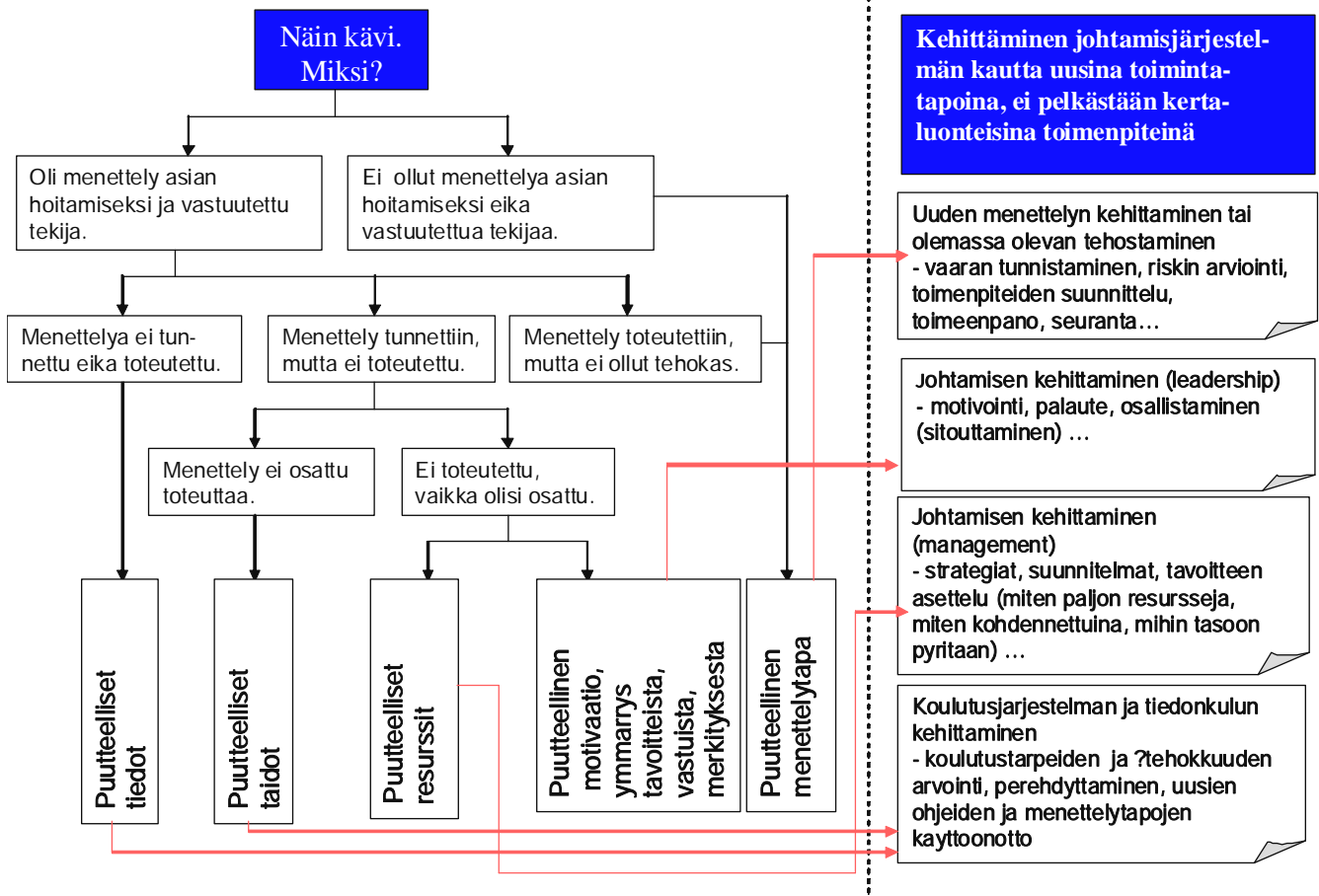
*Tee näin:*

Käytä lähtökohtana ilmoittajan kuvausta tapahtuman syntyyn vaikuttaneista tekijöistä. Pohdi sitä, millaiset tekijät esimerkiksi tiedonsaannin, osaamisen ja ammattitaidon, työryhmän työskentelyn, toimintatapojen ja työympäristön sekä laitteiden ja tekniikan osalta olivat vaikuttamassa tapahtuman syntyyn?

Apuna voit käyttää tarkistuslistoja, joiden avulla voidaan saada esille tapahtumaan liittyviä asioita. Oppaan liitteessä 4 kerrotaan lisää työn tekemisen edellytysten ja olosuhteiden tarkastelusta. Liitteessä on esitetty suomalaiseseen HaiPro-raportointimenettelyyn sisältyvä tarkistuslista esimerkkei-

neen sekä myös ruotsalaisen tarkastelumallin laaja tarkistuslista tapahtuman syntyyn vaikuttavien tekijöiden selvittämiseen (Händelse- och riskanalys 2005).

Turvallisen toiminnan edellytysten kehittämisessä ja ylläpidossa organisaatiolla on merkittävä rooli. Pohdi tässä yhteydessä vielä, mihin toimintaedellytyksiä ylläpitäviin ja kehittäviin toimintoihin tulisi puuttua tapahtuman syntyyn vaikuttaneiden puutteiden tai heikkouksien poistamiseksi. Kuvan 5 kaavio havainnollistaa sitä, miten eri tekijät edellyttävät erilaisia organisatorisia toimia.



Kuva 5. Vaaratapahtumien syntyä tarkasteltaessa tunnistetaan usein puutteita toimintaedellytyksissä ja pyritään kehittämään laajasti toimintaedellytyksistä huolehtivia organisaation toimintaprosesseja<sup>3</sup> (mukailtu Alakylän 2003 esityksestä).

## 7. Mitä ehdotan tehtäväksi tarkasteluni perusteella?

*Tee näin:*

Kokoa vastauksesi aikaisempiin tarkastelukysymyksiin (kysymykset 2-6) yhteenvetolomakkeelle. Tee vastauksesi pohjalta päätös siitä,

<sup>3</sup> Kuvan tapahtumakulut ovat vahvasti yksinkertaistettuja ja rajattuja, jotta idea ”tapahtuman taakse” etenemisestä tulee selkeästi esille. Todellisuudessa tapahtumat ovat monimutkaisia, vaikuttavat tekijät verkottuvat ja tarvitaan monenlaisia ja -tasoisia kehittämistoimia.

- siirrätkö tapahtuman ylemmälle organisaatiotasolle ja/tai potilasturvallisuuden asiantuntijaryhmälle. Ylemmälle organisaatiotasolle tapahtuman tarkastelua on syytä ehdottaa, jos
  - on mahdollista, että vastaavia tapahtumia esiintyy myös muissa organisaation osissa
  - tapahtumaan liittyy selviä viitteitä yleisemmistä ongelmista siinä, miten organisaatiossa hallitaan turvallisuutta, ja näyttää siltä, että tarvitaan laajemmin organisaatioon vaikuttavia toimenpiteitä ja ylemmällä johtotasolla tehtäviä päätöksiä (katso kuva 5)
  - tapahtuma on syntynyt organisaatiotasaisen toimintamallin muutoksesta, esimerkiksi uuden tietojärjestelmän käyttöönotosta
  - tapahtuma edellyttää perusteellista tarkastelua moniammatillisessa työryhmässä (katso kriteerit kohdassa 8.2.).
- ehdotatko paikallisia parannuksia tai kehittämistoimenpiteitä käsittelemäsi ilmoituksen perusteella. Monessa tapauksessa voidaan edellä esitetyn tarkastelun perusteella jo miettiä ehdotuksia turvallisuuden parantamisen toimenpiteiksi. Joskus tapahtuman jälkeen on jo ehdotettu tai tehtykin nopeita korjaavia toimenpiteitä, ennen kuin tapahtuma tulee tarkasteltavaksi. Tällöin on syytä huolellisesti pohtia, ovatko nämä ehdotukset tai toimenpiteet tarkoitukseenmukaisia sekä riittävän laaja-alaisesti pohdittuja ja laajasti kannatettuja.
  - Yleisohjeena on, että epävarmoja, nopeita ratkaisuja kannattaa mieluummin karttaa kuin kiirehtiä. Olennaista on pyrkiä ymmärtämään, miten organisaatio tällä hetkellä toimii turvallisuuden näkökulmasta tarkasteltuna ja mistä asioista organisaation toiminnan heikkoudet johtuvat ja pyrkiä lisäämään tätä tietoisuutta laajemminkin organisaatiossa.

Kaikki tapahtumat siirtyvät tietokantaan osaksi tapahtumajoukkoa jonka tarkastelua kuvataan myöhemmin luvussa 8.3.

Riippuen siitä, mitä on tapahtunut, organisaation toimintaa voidaan parantaa seuraavilla tavoilla:

- poistamalla vaara ja pienentämällä vahingonmahdollisuuksia
- lisäämällä tehtävää ja toimintaa koskevan ymmärrystä
- kehittämällä organisaation turvallisuuden johtamista.

Nämä ovat usein toisiaan täydentäviä kehittämismahdollisuuksia, eivät toisiaan poissulkevia vaihtoehtoja. Esimerkiksi viat ja puutteet on syytä välittömästi korjata, jos sellaisia on tapahtumaan liittynyt. Tämä liittyy erityisesti kysymykseen 6, jossa käsiteltiin turvallisen toiminnan edellytyksiä. Samalla on kuitenkin syytä myös miettiä onko tarpeen kehittää varmistuksia, jotta tällaiset viat ja puutteet eivät aiheuttaisi haittaa ja toisaalta voisiko organisaation toimintaa kehittää siltä osin, että tällaisten vikojen ja puutteiden syntymistä voitaisiin estää ja korjaamista nopeuttaa. Myös siinä tapauksessa, että tapahtumaan liittyy jonkun henkilön normaalia suorituskyvyn vaihtelua (jota myös virheeksi kutsutaan), on syytä miettiä, onko tarpeen kehittää joitakin varmistuksia. Samalla on syytä myös miettiä tehtävän luonteen (tuttu vai outo – kysymys 4) ja ihmisten käsitysten (kysymys 5) osuutta tapahtumassa ja sitä, miten tehtävää ja ymmärrystä voisi näiltä osin mahdollisesti kehittää. Seuraavassa on esitelty erilaisia mahdollisia organisaation kehittämistapoja tarkemmin.

**Vaaran poistaminen ja vahingonmahdollisuuksien pienentäminen.** Vaaratapahtumassa potilaaseen on kohdistunut vaara. Potilaaseen kohdistuvat vaarat ovat

- potilaan jääminen ilman tarvitsemaansa hoitoa
- potilaan vahingoittuminen väärän tai virheellisen hoidon seurauksena
- potilaan vahingoittuminen tapaturmaisesti hoidon aikana.

Nämä vaarat voivat liittyä laitteiden käyttöön, hoidon toteuttamiseen tai lääkitykseen (kuten kuvasa *Potilasturvallisuuden osa-alueet* oppaan alkuosassa esitettiin). Turvallisuuden parantamisen ensisijainen vaihtoehto on *vaaran poistaminen*. Esimerkiksi siirrytään käyttämään laitteita, hoitomenetelmiä ja lääkkeitä, jotka missään tilanteessa (oikein tai väärin käytettynä) eivät voi vahingoittaa potilasta. Vaaran täydellinen poistaminen on harvoin mahdollista. Seuraava vaihtoehto on *lieventää vaaraa*, jota ei kokonaan pystytä poistamaan. Esimerkiksi helppokäyttöisemmät laitteet, työtilanteen rauhoittaminen häiriötekijöiltä ja kiireettömyys vähentävät virheiden syntyä. Vastaavasti hoitomenetelmät ja -järjestelyt, joissa potilasta vähemmän siirrellään ja liikutetaan puolestaan vähentävät putoamisen, kaatumisten ja kolhujen riskiä jne.

Mikäli vaaraa ei pystytä poistamaan eikä riittävästi pienentämään, voidaan tarvittaessa rakentaa erilaisia *varmistuksia*. Näillä varmistuksilla pyritään varmistamaan se, että esimerkiksi laitteen vikaantuminen, tiedonkulun tai osaamisen puutteet ja henkilön suorituskyvyn vaihtelu eivät johda haitallisiin seurauksiin. Varmistuksia on monenlaisia (katso myös liite 1). Esimerkiksi laitteet on usein rakennettu siten, että niiden vikaantuminen ei välttämättä aiheuta vaaraa tai että niiden väärinkäyttö on ainakin joiltain osin estetty. Elintärkeiden hoitolaitteiden osalta voidaan esimerkiksi varmistaa, että vikaantuneen tilalle on nopeasti saatavissa toinen toimiva. Tiedonkulkua, osaamista ja toimenpiteen virheettömyyttä voidaan varmistaa sillä, että henkilö itse (esimerkiksi tarkistuslistan avulla) tai toinen henkilö varmistaa toimenpiteen oikeellisuuden. Myös lupakäytännöt ja kulun- ja käytönhallinta (lukitukset) ovat varmistuksia esimerkiksi sen varalta, että (erityisen) vaarallisia aineita tai laitteita ei osaamattomasti käytettäisi. Usein vaaratapahtumassa joku on huomannut tilanteen vaarallisuuden ajoissa niin, että haitalliset seuraukset on onnistuttu estämään. Onnistuneesta toiminnasta näissä tapauksissa kannattaa ottaa oppia varmistuksia tarkistettaessa.

Mikäli tarkastelussa on tunnistettu selkeitä vikoja tai puutteita tiedoissa tai tiedonkulussa, ammattitaidossa, työympäristössä, laitteissa, menettelytavoissa tai -ohjeissa tai olemassa olevissa varmistuksissa, nämä puutteet on luonnollisesti korjattava mahdollisimman pian. Puutteet voivat tietenkin koskea (vain) yksittäistä henkilöä tai laitetta tai toimintaa tietyssä sattuneessa tapauksessa, mutta aina on syytä myös tarkastella sitä, onko puute yleisempikin: onko tiedonkulussa (täältä osin) yleensäkin ongelmia, onko ammattitaidossa joltain osin yleisemminkin puutteita, esiintyykö kyseisiä työympäristön puutteita muuallakin, onko jonkin laitteen vikaantuminen tavallista, onko menettelytavoissa korjaamisen varaa ja ovatko olemassa olevat varmistukset toimivia. Yksittäisten vikojen ja puutteiden tarkastelun lisäksi on kuitenkin yleensä syytä tarkastella koko tehtävää tai tarvittaessa laajempaa kokonaisuutta, esimerkiksi koko hoitoprosessia, edellä esitetyn vaarojen poistamisen ja vahingon mahdollisuuksien pienentämisen käytäntöjen mukaisesti. Havaitut puutteet voivat olla myös merkki organisaation prosessien kehittämistarpeesta, jota käsitellään jäljempänä tässä luvussa.

**Tehtävää koskevan ymmärryksen lisääminen yksikössä ja organisaatiossa.** Tapahtuma on saatanut tuoda esiin sellaista uutta tietoa, yksilöiden, yksikön tai organisaation tehtävästä (potilaiden hoidosta), jota olisi tarpeen käsitellä yksikössä tai organisaatiossa laajemminkin, kenties jopa muiden organisaatioiden kanssa. Tapahtumassa vaaran syntyyn tai haitan välttämiseen ovat mahdollisesti vaikuttaneet ihmisten käsitykset esimerkiksi tehtävän tavoitteista, merkityksestä turvallisuudelle.

le, vastuista, tehtävän vaaroista tai reunaehdoista. Tällöin on syytä pohtia sitä, tulisiko kyseisen tehtävän tai toiminnan tavoitteesta keskustella yksikössä tai organisaatiossa.

- Ø Tulisiko tehtävän tavoitetta selkeyttää yhteisesti? Millä muulla tavoin ja millaisilla foorumeilla (esim. koulutukset, kokoukset, meetingit) tapahtumaan liittyviä oivalluksia olisi organisaatiossa mahdollista jakaa?
- Ø Oppaan liitteessä 3 on tarkasteltu ihmiselle tyypillisiä poikkeamia tuttuudeltaan ja vaatimuksiltaan erilaisissa tehtävissä (kysymys 4) ja sitä, millaiset kehittämistoimet milloinkin ovat tehokkaimpia. Harkitse, edellyttäisikö juuri tarkastelemasi tapahtuma jotain reagoitua tässä suhteessa.

**Organisaation turvallisuuden johtamisen kehittäminen.** Vaaratapahtumaan liittyy aina tilannekohtaisia tekijöitä: laitteiden vikaantumista, ihmisten suorituskyvyn vaihtelua, puutteita tiedonkullussa, osaamisessa, työympäristössä yms. sekä ihmisten erilaisia käsityksiä toiminnan tavoitteista, yms. Yksittäinen tapahtuma on ainutkertainen eikä tilanne koskaan toistu täsmälleen samanlaisena. Tapahtuman syntyyn liittyviä vaihtelevia tekijöitä tarkasteltiin kysymyksissä 5 ja 6. Organisaation johtamis-, ohjaus- ja hallintaprosessien (koulutus, hankinnat, toiminnan ohjaus, tilojen hallinta, jne.) tehtävänä on varmistaa, että tällaisia puutteita ei pääse syntymään tai että niillä ei ole haitallisia vaikutuksia turvallisuuteen.

- Ø Mieti, miten organisaatiossa on tarkoitus hallita vaaratapahtumaan liittyviä tilannekohtaisia tekijöitä ja onko tapahtuman pohjalta syytä ottaa em. turvallisuuden johtamisen prosesseja tarkemman tarkastelun kohteeksi (katso myös Kuva 5 ja LIITE 5. Vaaratapahtumajoukon tarkastelua ohjaavat kysymykset).

Turvallisuuden johtamisessa on pidetty tärkeänä sitä, että

- potilasturvallisuus huomioidaan johtamisessa
  - potilasturvallisuuteen liittyvät vastuut määritellään
  - tiedonkulun sujuvuus varmistetaan
  - organisaation sisäisestä yhteistyöstä huolehditaan
  - henkilöstön osaamisesta ja kouluttamisesta huolehditaan
  - resursseja (työaika, tilat, materiaalit) hallitaan
  - muutoksia hallitaan
  - organisaatiossa hallitaan yhteistyötä ulkopuolisten toimijoiden (esim. keikkalääkärit, ulkoiset tukipalvelut, jatkohoitopaikat) kanssa.
- Ø Aseta tavoitteeksesi johtamisen prosesseihin kohdistuva kehittämis ehdotus. Silloin ei vain korjata paikallisia puutteita ja tilannekohtaisia ongelmia, vaan voidaan laajemmin estää ennalta turvallisuutta vaarantavien tilanteiden syntymistä.

Prosessien kehittämisen sisältö riippuu paljon siitä, millainen ongelma vaaratapahtumaan liittyen on havaittu ja miten organisaatiossa toiminta on organisoitu ja vastuut jaettu. Yleisesti kuitenkin johtamis-, ohjaus- ja hallintaprosessien keskeiset tehtävät ovat hallittavan kohteen (tiedonkulku, osaa-



minen, käsitykset tavoitteista, laitteiden kunto jne.) tilan seuranta, tarvittavien toimenpiteiden määrittäminen ja toteuttaminen. Kehittämisen tarvetta voi olla kaikkiin näihin tehtäviin liittyen. Kehittämisen toimintatapa riippuu organisaation kehittämiskäytännöistä. Yleensä on suositeltavaa, että kehittämiseen osallistuvat mahdollisimman laajasti ne ihmiset, joiden työtä kehittäminen koskee.

## 8.2. Yksittäisen vaaratapahtuman perusteellinen tarkastelu

Yksittäinen vaaratapahtuma voi olla hyödyllistä ottaa moniammatillisen työryhmän syvällisemmän käsittelyn ja tutkinnan kohteeksi esimerkiksi silloin, jos

- se toistuu usein (*systemaattinen virhe – kehitettävää prosessissa?*)
- se on poikkeuksellinen tapahtuma, jonka kaltaista ei ole aikaisemmin ilmoitettu ja/tai jonka voidaan olettaa olevan jollakin tavalla yllättävä ja havahduttava organisaation jäsenille (*oire vaarallisesta muutoksesta?*)
- samasta tapauksesta on tehty useampi keskenään ristiriitainen ilmoitus (eli sama tapahtuma on tulkittu eri tavoin)
- tapahtumaan liittyy useita eri toimijoita: yksilöitä, yksiköitä tai organisaatioita
- se liittyy johonkin organisaatiossa erityisen kiinnostuksen kohteena olevaan tai kehitettävään asiaan
- se olisi voinut johtaa vakaviin haitallisiin seurauksiin potilaalle, potilaan läheisille tai hoitavalle yksikölle. Kun tapahtuman seurauksien vakavuutta käytetään valintakriteerinä, pyritään usein ensin määrittelemään, miten suuri riski tapahtuma on potilasturvallisuudelle. Tällä tavoitellaan järkevää panos-tuotos-suhdetta tapahtumien käsittelyyn ja kehittämiseen. Riski määritellään tapahtuman esiintymistäajuuden (kuinka usein toistuu) ja mahdollisen vahingon vakavuuden perusteella ja vain tietyn riskirajan ylittävien tapahtumien ottamista perusteelliseen tarkasteluun harkitaan.

Perusteelliseen tarkasteluun halutaan usein valita nimenomaan tapahtumat, jotka ovat aiheuttaneet potilaalle vakavia seurauksia. Ne eivät periaatteessa ole sen opettavaisempia kuin muutkaan. Vakavat seuraukset eivät saisi olla ainoa kriteeri perusteelliseen käsittelyyn ottamiseen. Tällaisten tapahtumien perusteellinen käsittely on vaikeaa toteuttaa niin, että se edistäisi oppimista parhaalla mahdollisella tavalla. Asiaan liittyy haasteita. Esimerkiksi on mahdollista, että potilas myöhemmin käyttää saman tapahtuman johdosta lakisäätteisiä oikeusturvakeinojaan ja hakee korvauksia muun lainsäädännön kuin potilasvahinkolain perusteella. Miten vaaratapahtuman perusteellisessa tarkastelussa voidaan ottaa huomioon huoli siitä, että siinä esille tuotuja seikkoja saatetaan myöhemmin käyttää mahdollisessa oikeudellisessa käsittelyssä ammattihenkilön omaa etua vastaan?

- Otetaan avoimesti tarkastelua aloitettaessa esille, että tällainen mahdollisuus on olemassa ja keskustellaan siitä, miten sen vaikutukset voidaan ottaa huomioon tarkastelussa.
- Tuodaan esille myös se, että potilaan tai läheisten ryhtyminen oikeusturvakeinojen käyttöön vähenee, kun tapahtuma käsitellään työyhteisössä ja käsittelystä sekä sovitusta toimenpiteistä vastaavien tapahtumien estämiseksi kerrotaan avoimesti potilaalle ja hänen läheisilleen.

- Tuodaan esille, että niin organisaation, yksittäisen ammattihenkilön kuin potilaankin kannalta on hyödyllistä, että tapahtumaan liittyvät tosiseikat tulevat selvitettyiksi ja kirjatuiksi mahdollisia myöhemmin tapahtuvia käsittelyitä varten.

Jos tässä esitetyllä menettelyllä tutkitaan toteutuneita vakavia tapahtumia, olisi tärkeätä yrittää pitää tarkastelu selkeästi erillään syyllisyyskysymysten käsittelystä. Tässä on avuksi, jos tapahtuman käsittelyssä edetään systemaattisen analyysimenetelmän, esimerkiksi oppaan kohdassa 8.1. esitetyn kysymyslistan, avulla. Se ohjaa ottamaan laajasti huomioon erilaisia mahdollisia tapahtumaan vaikuttaneita tekijöitä, etäännyttää tapahtuman tarkasteluun osallistuvista henkilöistä niin, että käsitteilyä ei koeta liian uhkaavaksi ja henkilökohtaiseksi. Lisäksi se auttaa erilaisia ammatti- ja kokemustaustoja edustavia henkilöitä muodostamaan näkemyksen tapahtumasta ja välttämään virheellisiä päätelmiä ja ennako-odotusten vaikutuksia.

Perusteellisessa tarkastelussa yleensä varataan enemmän aikaa tapahtumaa koskevien tietojen täydentämiseen ja silloin on mahdollista laajentaa ja syventää tarkastelua erilaisiin vahinkomahdollisuuksiin ja turvallisuuden johtamisen prosessin kehittämiseen. Tarkastelut tehdään joko anonyymien tai nimellä tehdyn tapahtumailmoituksen perusteella. Molemmissa tapauksissa käsittely on periaatteessa samanlaista: pyritään häivyttämään yksittäiset henkilöt ja käsitellään tapahtumia esimerkkeinä organisaation toiminnasta ja sen kehittämistarpeista. Perusteellista tapaustutkimusta varten on yleensä tarpeen hankkia lisätietoja esimerkiksi haastatteluilla, käymällä tapahtumapaikalla sekä ohjeita ja prosessikuvauksia tarkastelemalla. Ilmoittajaa on hyvä informoida siitä, että tapahtumasta tehdään perusteellinen tarkastelu ja myös häneltä voidaan pyytää lisätietoja. Perusteellista tarkastelusta on hyvä laatia erillinen raportti.

Seuraavassa taulukossa esitetään esimerkinomaisesti, miten perusteellinen analyysi voi edetä, mitä siinä tehdään ja ketkä tekevät.

*Taulukko 2. Esimerkki yksittäisen vaaratapahtuman perusteellisen tarkastelun etenemisestä*

Vaihe	Toiminta
Perusteellisen tarkastelun tarpeen tunnistaminen ja ehdotuksen tekeminen	Vaaratapahtumien välittömän tarkastelun tekijät tai tapahtumajoukkoa tarkasteleva ryhmä <ul style="list-style-type: none"> <li>o voi tehdä ehdotuksen tietyn tapahtuman ottamisesta perusteellisempaan tarkasteluun (katso kriteerit luvun alussa)</li> </ul>
Päätös tapahtuman perusteellisesta tarkastelusta moniammatillisessa työryhmässä	Organisaation, tulosalueen, klinikan tai yksikön potilasturvallisuustyöryhmä tai potilasturvallisuusvastaava <ul style="list-style-type: none"> <li>o organisaation, tulosalueen, klinikan tai yksikön johto nimeää ryhmän ja organisoii sille tekemiseen resurssit (henkilöt, aika)</li> </ul>
1. Kokous  Tiedonhankinta, -vaihto ja -välitys	Työryhmä <ul style="list-style-type: none"> <li>o voi laatia alustavan tapahtumakaavion tai -kuvauksen</li> <li>o sopii, miten jäsenet omilta asiantuntija-alueiltaan hankkivat lisätietoja, haastattelevat, keskustelevat tapahtuneesta paikalla, selvittävät asiakirjoista, asiantuntijoilta ym. edellä luvussa 8.1. esitettyjä kysymyksiä 1 – 6 käyttäen</li> </ul>

Vaihe	Toiminta
2. Kokous Tarkastelun aloitus	Käsitellään ja kirjataan kaiken kootun tiedon pohjalta 1. Mitä tapahtui? 2. Missä tehtävässä, toiminnassa ja toimintakokonaisuudessa tapahtuma tapahtui? 3. Miten tapahtuma havaittiin ja/tai estettiin tai rajattiin sen haitalliset seuraukset? 4. Ovatko tapahtumaan liittyvät tehtävät, toiminta ja toimintakokonaisuudet tuttuja ja tavanomaisia vai uusia tai harvoin toistuvia? 5. Millaisia käsityksiä ja tavoitteita tapahtumaan liittyi? 6. Millaiset edellytykset tapahtumassa oli turvallisuudelle toiminnalle?
3. Kokous	Laaditaan alustava yhteenveto tarkastelluista kysymyksistä ja tehdään niiden perusteella kehittämissuositukset 7. Mitä ehdotamme tehtäväksi tarkastelun perusteella?
4. Kokous	Viimeistellään kehittämissuositukset ja raportti
Tarkastelu valmis	Raportti käsitellään yhdessä potilasturvallisuustyöryhmän ja organisaation, tulosalueen, klinikan tai yksikön johdon kanssa.
Päätös toimenpiteistä ja niiden toteuttaminen	Tarkastelun tuloksia voidaan esimerkiksi käsitellä laajemmin yhdessä henkilöstön kanssa erilaisissa koulutus- ja muissa yhteisissä tilaisuuksissa. Tarpeelliset kehittämistoimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan.

Yksittäisen tapahtuman perusteellinen tarkastelu vaatii tarkasteluun perehtyneet henkilöt, jotka voivat irrottautua muista tehtävistä tarkastelun tekemiseen.

Perusteellisen tarkastelun ohella – tai jopa sijaan – on hyödyllistä selvittää koko tapahtumajoukosta, mitä tapahtumat kertovat yleisemmin organisaation tilasta ja potilasturvallisuuden johtamisen kehittämistarpeista (luku 8.3). Erityisesti tapahtumat, joihin liittyy suuri riski tai joihin liittyy useita toimijoita voivat antaa aihetta myös systemaattiseen organisaation toiminnan riskien tarkasteluun (luku 8.4).

### 8.3 Vaaratapahtumajoukon tarkastelu

Vaaratapahtumajoukon tarkastelu voi paljastaa yksikössä tai organisaatiossa tyypillisiä tapahtumia tai niiden määrien muutoksia eli niin sanottuja vaaratapahtumatrendejä. Vaaratapahtumailmoitusten kertymistä on hyvä seurata säännöllisesti. Tapahtumien säännöllinen yhteinen käsittely edistää organisaation oppimista aktivoimalla henkilöstöä tarkastelemaan ja kehittämään päivittäistä työtään

potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tapahtumia on tarpeen seurata ja käsitellä eri organisaatiotasoilla. Tarkastelusta eri organisaatiotasolla on esitetty esimerkit taulukoissa 3-5. Liitteessä 5 on esitetty kysymyslistat, jotka on tarkoitettu ohjaamaan vaaratapahtumatiedoista käytäviä keskusteluita organisaation eri tasoilla. Keskustelun tulee olla mahdollisimman avointa. Keskustelijoita on hyvä kannustaa erilaisten näkökulmien ja vaikutelmien vapaaseen esiintuomiseen.

Kysymyslistojen kysymykset voivat osin tuntua päällekkäisiltä ja joihinkin kysymyksiin voi kertyneen tiedon pohjalta olla vaikea vastata. Kaikki kysymykset on kuitenkin hyvä silmäillä läpi, jotta kaikki olennaiset näkökulmat tulevat tarkastelluiksi. Kysymyksistä keskustelemiseen ja yhteisten vastausten laatimiseen on syytä varata riittävästi aikaa. Joskus keskustelu voi olla tarpeen jakaa useammalle kerralle. Joidenkin kysymysten kohdalla voi myös olla tarpeen varmentaa tarkastelijoiden tekemien tulkintojen paikkansapitävyyttä ja hyödyllisyyttä hankkimalla asiasta lisätietoja. Taustatietoja kysymyksiin vastaamiseksi voidaan hankkia esimerkiksi

- haastattelemalla tietyissä yksiköissä/tulosalueilla/ammateissa/tehtävissä toimivia henkilöitä
- tarkastelemalla muita organisaation arviointitietoja (esim. talouden tunnusluvut, potilasmäärät, henkilöstön määrää, poissaoloja ja hyvinvointia koskevat tunnusluvut) ja suhteuttamalla vaaratapahtumatietoja niihin
- tarkastelemalla organisaation ulkopuolisia tietolähteitä (esim. sairauksien esiintyvyytystutkimukset, valtakunnalliset selvitykset, alueelliset tilastot) ja suhteuttamalla vaaratapahtumatietoja niihin.

*Taulukko 3. Esimerkki vaaratapahtumajoukon tarkastelusta osasto/yksikötasolla, jolla ilmoituksia tehdään ja jossa välitön käsittely tapahtuu*

Vaihe	Toiminta
Vaaratapahtumajoukon tarkastelun valmistelu	<p>Ilmoituksia vastaanottavat henkilöt tai työparit (käsittelijät)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• laativat sähköisestä järjestelmästä oman osaston/yksikön tapahtumatiedoista havainnollisia kuvia ja taulukoita, joiden avulla tarkastelu voidaan toteuttaa</li><li>• käyttävät apuna liitteen 5 osastotason kysymyslistaa A.</li></ul>
Vaaratapahtumajoukon tarkastelun toteutus	<p>Nimetyt vastuuhenkilöt (käsittelijät) johtavat osastohenkilöstön keskustelua siitä, mitä ilmoitetut vaaratapahtumat kertovat yksikön toiminnasta suhteessa potilasturvallisuuteen.</p> <p>Tehdään sovituin määräväleihin (noin kerran kuukaudessa tai kahdessa) osastotunnilla. Käsittelijän tai työparin on hyvä tarkastella kaikkia tapahtumia vähintään kuukausittain.</p> <p>Lääkäri(t) osallistuvat osastotuntiin vaaratapahtumajoukkoa tarkasteltaessa ja tarkastelevat vaaratapahtumajoukkoa määräväleihin lääkärimaailmassa.</p>

Vaihe	Toiminta
	Keskustelun jäsennyksenä ja apuna käytetään valmisteltua havainnollista aineistoa ja tapausesimerkkejä sekä liitteen 5 osastotason kysymyslistaa A
Tarkastelun tuloksesta viestiminen	<p>Osastotunnin muistioon laaditaan tiivistelmä tarkastelun pohjalta tehdyistä päätelmistä (esimerkiksi tilanne ja jatkosuunnitelmat)</p> <p>Yhteenvedo toimitetaan seuraavalle organisaatiotasolle (esimerkiksi klinikka-, toimiala-, tulosaluetasolle) siellä tehtävää vastaavaa tapahtumajoukon tarkastelua ja palautetta varten.</p> <p>Tarkastelun tuloksia voidaan esimerkiksi käsitellä laajemmin yhdessä henkilöstön kanssa erilaisissa koulutus- ja muissa yhteisissä tilaisuuksissa.</p>
Hyödyntäminen yksikön turvallisuuden hallinnassa	Tarkastelun tulokset otetaan huomioon turvallisuuden hallintaan liittyvissä tehtävissä kuten esimerkiksi resurssien jakamisessa, ohjeiden luomisessa ja päivittämisessä, yhteistoiminnassa ulkoisten palvelujen tuottajien kanssa, osaamisen varmistamisessa ja henkilöstön kouluttamisessa.

*Taulukko 4. Esimerkki vaaratapahtumajoukon tarkastelusta klinikka-, toimiala- tai tulosaluetasolla*

Vaihe	Toiminta
Vaaratapahtumajoukon tarkastelun valmistelu	<p>Kyseisen organisaatiotason esimiehet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>toimivat yhteistyössä klinikan/toimialan/ tulosalueen omien potilasturvallisuusvastaavien tai potilasturvallisuusyöryhmän tai koko organisaation potilasturvallisuuskoordinaattorin kanssa.</li> <li>laativat klinikan/toimialan/tulosalueen tapahtumatiedoista havainnollisia kuvia ja taulukoita (yksiköittäin, koko alueella jne.) niin, että voidaan vastata mm. liitteen 5 kyseistä organisaatiotasoa koskeviin kysymyksiin (lista B).</li> <li>kokoavat osastojen käsittelijöiden tekemät osastotason tarkasteluiden yhteenvedot tarkastelua varten. Niiden avulla voidaan täsmentää ja tarkentaa ylemmän tason kokonaisuudesta tehtäviä päätelmiä.</li> </ul>
Vaaratapahtumajoukon tarkastelun toteutus	Valmistellun havainnollisen aineiston ja tapausesimerkkien pohjalta keskustellaan siitä, mitä ilmoitetut vaaratapahtumat kertovat klinikan/toimialan/tulosalueen toiminnasta suhteessa potilasturvallisuuteen.

Vaihe	Toiminta
	<p>Keskustelun jäsenyyksensä ja apuna voidaan käyttää liitteen 5 kyseistä organisaatiotasoa koskevaa kysymyslistaa B.</p> <p>Keskustelut käydään esimerkiksi osastonhoitajakokouksissa ylihoitajan johdolla, lääkärimeeungeissa ja ko. organisaatiotason johtoryhmässä. Tärkeätä on tarkastella mitä klinikan/toimialan/tulosalueen eri yksiköissä tapahtuu ja millainen on klinikan/toimialan/tulosalueen kokonaistilanne.</p> <p>Tarvittaessa hankitaan lisätietoja varmentamaan tulkintojen paikansapitävyyttä ja hyödyllisyyttä henkilöhaastatteluin sekä tarkastelemalla organisaation muita arviointitietoja<sup>4</sup> ja organisaation ulkopuolisia tietolähteitä<sup>5</sup> ja suhteuttamalla niitä vaaratapahtumatietoihin. Lisätietojen hankkimisesta vastaavat potilasturvallisuustyöryhmä ja/tai tapahtumajoukon tarkasteluun osallistuvat henkilöt esimerkiksi tehtävänsä ja asiantuntemusalueensa mukaisesti.</p>
Tarkastelun tuloksesta viestiminen	<p>Keskusteluiden perusteella laaditaan yhteenveto ko. organisaatiotason haasteista ja vahvuuksista potilasturvallisuuden suhteen = mitä asioita ja missä klinikan/toimialan/tulosalueen osissa olisi potilasturvallisuuden kannalta tärkeää käsitellä ja kehittää. Johtopäätökset esitetään kirjallisesti raporttina tai kalvosarjana, joiden pohjalta on helppo laatia esimerkiksi kirjoituksia henkilöstölehtiin, esityksiä koulutustilaisuuksiin ja kokouksiin jne.</p> <p>Jos keskusteluareenoita on useita, käydään yhteisten tarkasteluiden pohjalta tehdyt johtopäätökset läpi johdon kanssa johtoryhmän kokouksessa ja informoidaan henkilöstöä johtopäätöksistä.</p> <p>Osallistetaan laajempi joukko ko. organisaatiotason jäseniä pohtimaan potilasturvallisuuskysymyksiä ja kehittämään toimintaa yhdessä, esimerkiksi yhteisen koulutustilaisuuden yhteydessä.</p>
Hyödyntäminen kyseisen organisaatiotason turvallisuuden hallinnassa	Tarkastelun tulokset otetaan huomioon turvallisuuden hallintaan liittyvissä tehtävissä kuten esimerkiksi resurssien jakamisessa, ohjeiden luomisessa ja päivittämisessä, yhteistoiminnassa ulkoisten palvelujen tuottajien kanssa, osaamisen varmistamisessa ja henkilöstön kouluttamisessa.

<sup>4</sup> esim. taloudelliset tunnusluvut, henkilöstömäärät ja poissaolot, koulutustiedot jne.

<sup>5</sup> esim. muiden organisaatioiden vaaratapahtumatiedot, valtakunnalliset tilastot jne.

Taulukko 5. Esimerkki vaaratapahtumajoukon tarkastelusta koko organisaation tasolla

Vaihe	Toiminta
Vaaratapahtumajoukon tarkastelun valmistelu	<p>Organisaation potilasturvallisuustyöryhmä ja/tai potilasturvallisuuskoordinaattori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• laativat organisaation tapahtumatiedoista havainnollisia kuvia ja taulukoita niin, että voidaan vastata liitteen 5 organisaatiota-soa koskeviin kysymyksiin (lista C).</li> <li>• kokoavat klinikoiden/toimialojen/tulosalueiden tekemien tarkasteluiden yhteenvedot tarkastelua varten. Niiden avulla voidaan täsmentää ja tarkentaa organisaation kokonaisuudesta tehtäviä päätelmiä.</li> </ul>
Vaaratapahtumajoukon tarkastelun toteutus	<p>Valmistellun havainnollisen aineiston ja tapausesimerkkien pohjalta potilasturvallisuustyöryhmä keskustelee siitä, mitä ilmoitetut vaaratapahtumat kertovat organisaation toiminnasta suhteessa potilasturvallisuuteen.</p> <p>Keskustelun jäsenyyksensä ja apuna voidaan käyttää liitteen 5 kysymyslistaa C.</p> <p>Tarvittaessa hankitaan lisätietoja varmentamaan tulkintojen paik-kansapitävyyttä ja hyödyllisyyttä henkilöhaastatteluin sekä tarkas-telemalla organisaation muita arviointitietoja<sup>6</sup> ja organisaation ul-kopuolisia tietolähteitä<sup>7</sup> ja suhteuttamalla niitä vaaratapahtumatie-toihin.</p> <p>Potilasturvallisuustyöryhmän tarkastelun tulokset käsitellään or-ganisaation johtoryhmässä osana normaalia toiminnan suunnitte-lua ja seurantaa</p> <p>Johtoryhmäkäsittelyn tuloksena laaditaan kirjallinen yhteenvedo (raportti tai kalvosarja) koko organisaation keskeisistä haasteista ja vahvuuksista potilasturvallisuuden suhteen = mitä asioita ja missä organisaation osissa on potilasturvallisuuden kannalta tär-keää käsitellä ja kehittää.</p>
Tarkastelun tuloksesta vies-timinen	<p>Johtoryhmän käsittelyn tuloksesta laaditun yhteenvedon pohjalta laaditaan esimerkiksi esityksiä kokouksiin ja koulutustilaisuuksiin, kirjoituksia henkilöstölehtiin, jne</p> <p>Osallistetaan laajempi joukko organisaation jäseniä pohtimaan po-tilasturvallisuuskysymyksiä ja kehittämään toimintaa yhdessä, esimerkiksi koulutustilaisuuksien yhteydessä.</p>

<sup>6</sup> esim. taloudelliset tunnusluvut, henkilöstömäärät ja poissaolot, koulutustiedot jne.

<sup>7</sup> esim. muiden organisaatioiden vaaratapahtumatiedot, valtakunnalliset tilastot jne.

Vaihe	Toiminta
Hyödyntäminen organisaation turvallisuuden hallinnassa	Tarkastelun tulokset otetaan huomioon organisaation turvallisuuden hallintaan liittyvissä tehtävissä kuten esimerkiksi resurssien jakamisessa, ulkopuolisten palvelujen hallinnassa (esim. ulkoistamispäätökset, palvelutuottajien valinta ja sopimukset), potilasturvallisuussuunnitelman tekemisessä ja ylläpitämisessä, sidosryhmäviestinnässä sekä organisaation oppimiskäytäntöjen luomisessa ja ylläpitämisessä.

Oleennaista on, että tarkasteluiden pohjalta saadaan herätettyä organisaatiossa keskustelua ja toimintaa potilasturvallisuuden parantamiseksi.

#### 8.4 Toiminnan riskien tarkastelu ilmoitettuja tapahtumia hyödyntäen

Tietyissä toiminnassa tai tehtävässä esiin tulleen vaaratapahtuman tai useiden vaaratapahtumien tarkastelu voi herättää organisaatiossa tarpeen tarkastella kyseisen toiminnan turvallisuutta laajemminkin. Yksittäisen vaaratapahtuman tai vaaratapahtumien joukon tarkastelu voi toimia herätteenä ennakoivalle ja laaja-alaiselle tietyn toiminnan riskien tarkastelulle (katso myös luvun 8.1 kysymystä 2).

Riskien tarkastelulla tarkoitetaan kaiken saatavissa olevan tiedon järjestelmällistä käyttämistä vaarojen tunnistamiseksi sekä ihmisiin tai väestöön, omaisuuteen tai ympäristöön kohdistuvan riskin suuruuden arvioimiseksi. Riskien tarkastelun asemesta käytetään myös termejä riskien kartoitus tai riskianalyysi. Riskien tarkasteluun on käytettävissä runsaasti erilaisia menetelmiä (katso esim. <http://www.vtt.fi/proj/riskianalyysit>). Yhteistä menetelmille on, että tarkastelu aloitetaan tunnistamalla toimintaan liittyvät vaarat ja arvioimalla, miten suuri riski vaaraan liittyy eli miten usein vaara esiintyy tai miten todennäköinen vaara on ja miten haitalliset sen seuraukset ovat. Riski on vaarallisen tapahtuman esiintymistäajuuden tai -todennäköisyyden ja seurauksen yhdistelmä. Kuvatun riskin suuruuden arvioinnin lisäksi tarkasteluun sisältyy myös riskin merkityksen arviointi, jossa tehdään päätökset riskien siedettävyydestä tehdyn tarkastelun perusteella.

Riskitarkastelusta on saatavilla lisätietoa Lääkelaitoksen julkaisusta Turvallinen hoitoyksikkö – malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan (Knuutila & Tamminen, 2004). Tässä oppaassa seuraavaksi esittämämme riskitarkastelun vaiheet ja työvälineet perustuvat suurelta osin kyseiseen julkaisuun.

#### **Minkä toiminnan riskejä tarkastellaan**

Tehtävä, toiminta tai toimintakokonaisuus, jonka riskejä tarkastellaan, kannattaa erityisesti alkuvaiheessa – kun tarkastelutapaa vielä opiskellaan ja hiotaan – rajata riittävän pieneksi, jotta tarkastelu pystytään tekemään käytettävissä olevin resurssein.

Toimintakokonaisuus, jonka riskejä ryhdytään tarkastelemaan voi olla esimerkiksi



- jokin yksikön sisäinen tehtävä (esim. keskuslaskimokatettrin laittaminen ja hoito, lääkkeiden jakaminen ja anto, vastasyntyneen terveydentilan arviointi)
- yksikkörajat ylittävä prosessi (esim. leikkauspotilaan hoitoprosessi, kotiuttamisprosessi, potilassiirto)
- hoitoprosessin ja tukiprosessin (esim. laboratorio, kuvantaminen, lääkehuolto, sairaalahuolto, välinehuolto) yhteistoiminta
- koko organisaation laajuinen toiminta (esim. sähkön ja veden jakelu, atk-järjestelmät)
- organisaatioiden välinen yhteistoiminta (esim. avohoito-sairaalahoito, yksityinen-julkinen, tilaaja-tuottaja, palveluiden ostaminen/ulkoistaminen).

Organisaation toiminnan kehittämisen ja organisaation oppimisen kannalta on erityisen hyödyllistä tarkastella yksikkörajat ylittävien prosessien riskejä, hoito- ja tukiprosessien yhteistoimintaan ja organisaatioiden yhteistoimintaan liittyviä riskejä.

### **Riskien tarkastelun organisointi**

Riskien tarkasteluun tulee nimetä kulloinkin tarkastelun kohteena olevan toiminnan kannalta keskeinen vastuuhenkilö ja työryhmä. Jos ns. prosessin omistaja on riskien tarkastelun vastuuhenkilö ja tarkastelun vetäjä, tarvittavien kehittämistoimien toteuttaminen helpottuu. Työryhmän kokoamisessa otetaan huomioon eri ammattiryhmät ja kyseiseen toimintaan osallistuvat yksiköt, jotta ryhmään saadaan mahdollisimman laaja kokemus ja näkemys tarkasteltavasta toiminnasta. Tarkasteluun voi olla hyödyllistä yhdistää potilasturvallisuuden ohella esimerkiksi henkilöstön työturvallisuuteen, ympäristöturvallisuuteen ja tietoturvallisuuteen kohdistuvat riskit. Työryhmä voi konsultoida muiden turvallisuussektoreiden asiantuntijoita kokouksissa tai tarkistuttaa omat ehdotuksensa näillä erikseen. Tavoitteena on tasapainoinen, eri näkökulmat huomioiva turvallisuuden kehittäminen.

### **Riskien tarkastelun vaiheet ja työvälineet**

#### 1. Toiminnan mallintaminen

Toiminnan mallintamisessa pyritään luomaan kokonaiskuva toiminnasta eli saavuttamaan ryhmän yhteinen näkemys siitä, mitä tietyssä toiminnassa tehdään ja miten. Mallintaminen on vaativa tehtävä eikä sen toteuttamiseksi ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa. Toiminnan mallintaminen moniammatillisessa työryhmässä voi itsessään olla siihen osallistuville organisaation jäsenille havahduttava oppimiskokemus, joka lisää ymmärrystä siitä, miten työtä organisaatiossa tehdään ja miten sitä tulisi tehdä.

Mallintamisen tuloksena syntyy kyseistä toimintaa kuvaava kartta, kaavio, taulukko tai sanallinen kuvaus. Tähän kuvaukseen ei tarvitse suhtautua ”lopullisena totuutena” vaan työvälineenä, joka auttaa jäsentämään toimintaa. Mallintamisen apuna voidaan käyttää mahdollisia olemassa olevia toiminnan kuvauksia (esim. työohjeet, laatujärjestelmän prosessikuvaukset). Olennaista on kuitenkin pyrkiä tunnistamaan ja kuvaamaan se prosessi, jonka mukaisesti toiminta organisaatiossa todella ymmärretään ja jonka mukaisesti sitä käytännössä toteutetaan, ei pelkästään virallista kuvausta siitä, miten toiminnan tulisi edetä.

Yksi tapa mallintaa toimintaa on jakaa se karkeasti ydinprosesseihin, jonka jälkeen kuvataan niitä tukevat asiat tukiprosesseiksi. Jokainen prosessi voidaan edelleen jakaa tehtäviksi ja tehtävät edelleen pienempiin osiin erilaisiksi alatehtäviksi, kunnes saavutetaan mallinnuksen haluttu taso (katso esimerkki liitteessä 6 ja Händelse- och riskanalys, 2005)..

## 2. Vaarojen tunnistaminen

Toiminnan eri vaiheisiin ja tehtäviin liittyvät vaarat tunnistetaan riskien tarkasteluun nimetyn työryhmän kokouksissa eli niin sanotuissa analyysi-istunnoissa. Tarvittaessa kutsutaan mukaan aihealueen vastuuhenkilöitä tai asiantuntijoita. Peruskysymys jokaisen toiminnan vaiheen/tehtävän/alatehtävän kohdalla on: Mikä tässä voi mennä pieleen? (Mitä vaaroja = vahingon lähteitä tai vahingon mahdollistavia tilanteita tässä vaiheessa/tehtävässä/alatehtävässä voi esiintyä?)

Vaarat kirjataan lomakkeelle, johon merkitään myös nykyinen varautuminen jokaisen vaaran kohdalla (lomakepohja ja täyttöesimerkki liitteessä 4). Varautumisella tarkoitetaan kaikkea sitä, mitä organisaatiossa on tehty, jotta mikään ei menisi pieleen eli mitä on jo tehty, että

- o vahingon lähteet ja mahdollisuudet on poistettu kokonaan tai minimoitu
- o vaaratapahtuma voidaan havaita mahdollisimman varhain
- o vaaratapahtuman haitalliset seuraukset pystytään estämään tai minimoimaan.

Varautumisen osalta on syytä tarkastella, toimiiko varautuminen aina kaikkina aikoina (yö, viikonloppu jne.) ja kaikissa tilanteissa (esim. loma-ajat, ylipaikkatilanne, ruuhkahuippu) niin kuin on suunniteltu ja onko varautuminen riittävää?

## 3. Riskin suuruuden määrittäminen

Riskin suuruuden määrittämisessä käydään läpi aikaisemmin tunnistetut vaarat ja pyritään arvioimaan kunkin vaaran osalta

- o kuinka todennäköinen se on/ miten usein se esiintyy?
- o mitä sen toteutumisesta seuraa?

Seurauksia pohdittaessa voidaan eritellä sekä tyypilliset seuraukset että pahimmat mahdolliset seuraukset. Jos tarkastellaan eri riskilajeja samalla kerralla, eritellään ja määritetään erikseen esimerkiksi potilaisiin ja henkilökuntaan kohdistuvan riskin suuruus.

Riskin suuruuden määrittäminen tehdään helpottamaan päätöstä siitä, miten kaikki mahdolliset tarvittavat turvallisuuden hallintaa parantavat toimenpiteet priorisoidaan toteutettaviksi. Suuruuden määrittelyssä otetaan huomioon jo kaikki olemassa oleva varautuminen. Riskin suuruuden arvioiminen ei ole yksinkertainen tehtävä ja siihen, miten suureksi toiminnan vaaroista johtuva riski arvioidaan, vaikuttavat monet sekä vaaroihin että arvioiviin ihmisiin vaikuttavat seikat (Flink ym., 2007). On myös hyvä muistaa, että riskien suuruus on vain arvioivan ryhmän senhetkinen ja silloin käytävissä olleisiin tietoihin perustuva käsitys asiasta. Vaikka riskin suuruuden määrittelyssä on omat heikkoutensa, se herättää tarpeellista keskustelua prosessien ja toiminnan kehittämistä. Esimerkiksi suuret erot ryhmän jäsenten käsityksissä ovat kiinnostavia ja on opettavaista käydä keskustelua

lua siitä, mihin kukin oman arvionsa perustaa (onko kyseessä esimerkiksi henkilökohtaisen arviointiasteikon ero, kertooko arvio enemmän eri toimijoiden erilaista todellisuuksista tai heidän toiminnan kehittämiseksi asettamista tavoitteista). Vaikka tietyn riskin suuruuden arviot yleensä vaihtelevatkin, usein riskiarvioiden perusteella vaarojen tärkeysjärjestys voidaan kuitenkin määrittää.

Riskien suuruuden määrittämisessä voidaan käyttää liitteessä 6 olevia riskimatriiseja, joissa on luokiteltu tapahtuman (tyypillisten) seurauksien vakavuus ja niiden todennäköisyydet. Määrittäminen on tehty erikseen sen mukaan, ajatellaanko riskin kohdistuvan potilaaseen vai henkilökuntaan. Riskin suuruus luetaan matriisista taajuuden/todennäköisyyden ja seurausten yhdistelmänä. Riski ilmaistaan matriisin luokissa joko pistemäärinä tai sanallisesti. Usein riskimatriisissa kuvataan myös riskin merkitys eli kerrotaan mitkä riskit ovat sellaisinaan merkityksettömiä ja hyväksyttäviä, mitkä vähäisinä tai kohtalaisina vaativat ehkä erityisseurantaa tai pieniä toimenpiteitä, mitkä ovat niin suuria ja merkittäviä, että niiden pienentämiseksi on ryhdyttävä välittömiin toimenpiteisiin tai jopa keskeytettävä toiminta.

#### 4. Riskien merkityksen arviointi ja toimenpiteistä päättäminen

Mallinnettuun toimintaan tai prosessiin ja sen tehtäviin liittyvät vaarat ja nykyinen varautuminen kirjataan lomakkeelle (esimerkki liitteessä 7), jossa on seuraavat sarakkeet

- tarkasteltava toiminta tai prosessi
- toiminnan osakokonaisuus tai –tehtävä
- ko. osakokonaisuuden tai tehtävän vaarat (mikä voi mennä pieleen)
- miten vaaraan on varauduttu, jotta se havaitaan ja hallitaan (poistetaan tai pienennetään, esitetään seuraukset tai lievennetään niitä)
- arvio riskistä potilaalle (muodostuu todennäköisyydestä ja seurauksista)
- arvio riskistä henkilökunnalle (muodostuu todennäköisyydestä ja seurauksista)
- työryhmän ehdotus riskin pienentämiseksi
- vastuuhenkilö, joka vie ehdotusta eteenpäin asianmukaisesti käsittelyihin
- ehdotuksen myöhemmät vaiheet (toteutuiko, millaisena, mikä vaikutus toimintaan, muut tiedot).

Riskien tarkastelun tuloksista laaditaan raportti, joka esitellään johdolle ja henkilöstölle. Yksikön johto tekee linjaukset riskien hyväksyttävyydestä sekä riskien toteutumisen ehkäisemisestä, ensisijaisista kehittämiskohteista sekä nimeää kehittämiskohteille vastuuhenkilöt. Riskien merkityksen arviointi hyväksyttävyyden määrittämiseksi – kuten sen lähtökohtana oleva riskien suuruudenkaan arviointi – ei ole yksinkertainen tehtävä. Riskimatriisin käyttö on siinä avuksi, mikä ei kuitenkaan tarkoita sen suoraviivaista noudattamista. Vastuuhenkilöiltä edellytetään omaa tuloksen tulkintaa, päättelyä ja päätöksentekoa siitä, miten jatkossa toimitaan ja mitä lopputulosta tavoitellaan.

Riskien tarkastelua voidaan – ja tuleekin – tehdä eri tasoilla organisaatiossa. Kun edellä todetaan yksikön johdon linjauksista, on syytä huomata, että organisaation ylin johto vastaa turvallisuuspolitiikan ja riskienhallinnan yleisistä linjauksista, joita alemmat yksiköt ovat sitoutuneet toteuttamaan. Toisin sanoen toiminnan ja kehittämistoimien tulee olla sopusoinnussa niiden kanssa.

## Loppusanat

Vaaratapahtumien käsittelyn prosessi itsessään on myös tärkeää informaatiota siitä, miten organisaatiossa hallitaan turvallisuutta, ei pelkästään sen lopputulos. Vaaratapahtumien käsittelyn prosessia onkin syytä reflektoida organisaatiossa säännöllisesti. Esimerkiksi se, miten vaaratapahtumia tunnistetaan, miten niistä ilmoitetaan, millaisiin tapahtumiin reagoidaan ja millaisiin ei, kertoo paljon organisaation suhtautumisesta vaaroihin ja turvallisuuteen. Se miten vaaratapahtumia analysoidaan, seulotaan yksittäistarkasteluun ja tarkastellaan yksittäisinä tapahtumina antaa samoin tietoa siitä, miten organisaatiossa suhtaudutaan turvallisuuteen. Myös se, millaisiin johtopäätöksiin käsittelyssä päädytään ja miten organisaation johto ja henkilöstö ottaa nämä johtopäätökset vastaan, on tärkeää tietoa organisaation turvallisuudesta.

Koska vaaratapahtumista oppimisen prosessia sitten voidaan pitää toimivana ja hyödyllisenä? Mistä tiedetään, että organisaatio on oppinut vaaratapahtumien käsittelystä jotakin? Organisaation oppimisen todentaminen ei ole aivan helppoa. Organisaation oppiminen on jotakin jaettavaa – se ei katoa, vaikka asian kannalta keskeinen avainhenkilö lähtisi yksiköstä tai organisaatiosta. On hyvä pitää jatkuvasti ohjenuorana sitä, että ollakseen hyödyllistä vaaratapahtumien käsittelyn tulisi tuottaa organisaatioon uudenlaista ymmärrystä ja muutosta. Vaaratapahtumien käsittelyn tulisi näkyä muutoksina tai aktiivisina muutospyrkimyksinä organisaation jäsenten käsityksissä, osaamisessa ja käytäytymisessä, organisaation rakenteissa, prosesseissa, laitteissa – siinä miten organisaatiossa tehdään työtä ja millaiset edellytykset työnteolle organisaatiossa on.

## Lähteet

Alakylä, P. (2003) Esitys INSKO- seminaarissa Toimiva turvallisuusjohtaminen. 1.-2.4.2003 Hotelli Rivoli, Järvenpää.

Amalberti, R., Vincent, C., Auroy, Y. & de Saint Maurice, G. (2006). Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 66–71.

Branlat, M., Anders, S., Woods, D. & Patterson, E. S. (2008). Detecting an erroneous plan: does a system allow for effective cross-checking? Teoksessa Hollnagel, E., Nemeths, C. P. & Dekker, S. (toim.) *Remaining sensitive to the possibility of failure*. Resilience engineering perspectives, Volume 1. Aldershot: Ashgate.

Brooker, P. (2008). The Überlingen accident: Macro-level safety lessons. *Safety Science*, 46, 1483–1508.

Flink, A-L., Reiman, T. & Hiltunen, M. (2007). *Heikoin lenkki? Riskienhallinnan inhimilliset tekijät*. Helsinki: Edita.

Haynes, A.B., Weiser, T.G., Berry, W.R., Lipsitz, S.R., Breizat, A-H.S., Dellinger, E.P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P.L., Lapitan, M.C.M., Merry, A.F., Moorthy, K., Reznick, R.K., Taylor, B., Gawande, A.A. (2009). A surgical checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England journal of medicine*, 360, 491–499.

Hollnagel, E. (2008). Investigation as an impediment to learning. Teoksessa Hollnagel, E., Nemeths, C. P. & Dekker, S. (toim.) *Remaining sensitive to the possibility of failure*. Resilience engineering perspectives, Volume 1. Aldershot: Ashgate.

Händelseanalys och Riskanalys - Handbok för patientsäkerhetsarbete (2005). Socialstyrelsen, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, Sveriges kommuner och landsting, Stockholms läns landsting, Landstinget i Östergötland. Saatavilla:  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E1669CDB-CEEA-45F1-A254-53016B3ADEF4/4521/20051018.pdf>

IAEA (2005). *Trending of low level events and near misses to enhance safety performance in nuclear power plants*. IAEA-TECDOC-1477. Austria: IAEA. Saatavilla: [http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/te\\_1477\\_web.pdf](http://www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/te_1477_web.pdf)

Knuuttila, J., Ruuhilehto K., & Wallenius, J. (2007) *Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi*. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveysthuollon laadunhallinta. Helsinki: Lääkelaitos. Saatavilla:  
[http://www.nam.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut\\_laitteet\\_ja\\_tarvikkeet\\_Hapro\\_julkaisu\\_verkko.pdf](http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Hapro_julkaisu_verkko.pdf)

- Knuuttila, J. & Tamminen, A. (2004). *Turvallinen hoitoyksikkö – malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan*. Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004 Terveydenhuollon laadunhallinta. Helsinki: Lääkelaitos. Saatavilla: [http://www.nam.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut\\_laitteet\\_ja\\_tarvikkeet\\_Riskinhallinta\\_julkaisu\\_verkko\\_1\\_.pdf](http://www.nam.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/laakelaitos/embeds/julkaisut_laitteet_ja_tarvikkeet_Riskinhallinta_julkaisu_verkko_1_.pdf)
- Liikennevakuutuskeskus (2002). *Liikenneonnettomuuksien tutkintamenetelmä 2003*. Liikennevakuutuskeskus, liikenneonnettomuuksien tutkinta ja Liikenneonnettomuuksien tutkinnan neuvottelukunta. Liikennevakuutuskeskus, Helsinki.
- Marais, K., Saleh, J.H. & Leveson, N. (2006). Archetypes for organizational safety. *Safety Science*, 44, 565–582.
- Nuutinen, M. & Norros, L. (2009). Core task analysis in accident investigation: analysis of maritime accidents in piloting situations. *Cogn Tech Work*, 11, 129–150.
- Pasternack, A. (2006). Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim*, 122, 2459–2470.
- Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. (2008). *Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa*. VTT Tiedotteita 2456.
- Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto* (2007). Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. 19.12.2007. Saatavilla: <http://sty.stakes.fi/FI/potilasturvallisuus/sanasto/sanasto.htm>
- Rasmussen, J.(1987) Reasons, Causes, and Human Error. Teoksessa *New Technology and Human Error* (Rasmussen, J., Duncan, K., Leplat, J. eds.) s. 293 - 303. J. Wiley & Sons Ltd. Great Britain.
- Reason (1990). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reiman, T. (2007). Assessing *organizational culture in complex sociotechnical systems. Methodological evidence from studies in nuclear plant maintenance organizations*. VTT Publications 627.
- Ruuhilehto, K. (2009) Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Toimituskunta Kinnunen, M. ja Peltomaa, K. Sairaanhoidajaliitto.
- Ruuhilehto & Knuuttila (2008). Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:16. Saatavilla: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3725.pdf)
- Saari, S. (2008) *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Otava.
- Saari, S. & Kantanen, I. ja Kämäräinen L. (toim.) (2009) *Hädän hetkellä – psyykkisen ensiavun opas*. Kustannus Oy Duodecim.
- Sklet, S. (2004). *Onnettomuustutkinnan menetelmiä*. Turvatekniikan keskus. TUKES-julkaisu 6/2004. Saatavilla: [http://www.tukes.fi/tiedostot/julkaisut/6\\_2004.pdf](http://www.tukes.fi/tiedostot/julkaisut/6_2004.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2009). *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Saatavilla: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. ja Ojanen, J. (2009). *Vaaratapahtumien raportointimenettely*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisut. Opas 4/2009. Saatavilla: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimusjakehittaminen/julkaisut/sarjat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimusjakehittaminen/julkaisut/sarjat)

Woloshynowych, M., Rogers, S., Taylor-Adams, S. & Vincent, C. (2005). The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in health care. *Health Technology Assessment*, 9. Saatavilla: <http://www.nchta.org/pdfexecs/summ919.pdf>

## LIITE 1. Erilaisia suojausmahdollisuuksia

*Yksikön tai organisaation* toimintaan luodaan tietoisesti suunnitellusti ja järjestelmällisesti menettelyitä vaaratapahtumien synnyn estämiseksi sekä niiden seurausten estämiseksi, rajaamiseksi ja/tai lieventämiseksi. Näitä kutsutaan myös varmistuksiksi tai suojauksiksi (barriers). Seuraavaan taulukkoon on koottu esimerkkejä erilaisista suojaustavoista ja arvioitu, miten luotettavasti ne estävät tapahtuman syntyä ja seurauksia (Händelseanalys & Riskanalys, 2005).

Suojaustyyppi	Esimerkki	Luotettavuusarvio
<u>Ihmisen toiminta</u>	Esimerkiksi kaksi henkilöä tarkistaa lääkkeen annostelun.	Luotettavuus heikko. Ihminen tekee virheitä. Ihmisen tekemä tarkistus ihmisen toimelle ei ole kovin vahva varmistus.
<u>Fyysinen tai rakenteellinen este</u>	Esimerkiksi: ikkuna suunnitellaan avautumaan vain sen verran, että siitä ei mahdu putoamaan.	Luotettavuus vahva.
<u>Luonnollinen/luontainen este</u>	Esimerkiksi: solumyrkyt säilytetään eri paikassa kuin muut lääkkeet ja paikkaan pääsyyn tarvitaan lupa.	Luotettavuus keskivahva - vahva.
<u>Hallinnollinen este</u>	Esimerkiksi: otetaan käyttöön uusi kudosnäytteiden kuljetustapa, joka on suunniteltu erityisesti estämään näytteiden häviämisen.	Luotettavuus heikko. Menettely sinänsä voi olla hyvä, mutta sen teho riippuu täysin siitä, miten hyvin ihmiset sitä noudattavat.



## LIITE 1

**Varmistuksia koskevia tarkistuskysymyksiä tapahtuman tarkasteluun** (Lähde Händelse- och riskanalys, 2005; Barrierer = Suojaukset, varmistukset)

Oliko suojauksia ja varmistuksia olemassa? Toimivatko ne? Oliko suojauksissa puutteita?

Mitä suojauksia/ varmistuksia oli?

Mitkä eivät toimineet? Miksi eivät toimineet?

Millaiset suojaukset olisivat voineet estää tapahtuman? Miten tapahtuman eteneminen olisi voitu estää?

- Mitä varmistuksia tai suojauksia tapahtumaan liittyi?
- Oliko ne suunniteltu suojaamaan potilasta, työntekijää, laitteita vai ympäristöä?
- Olivatko suojaukset olemassa ennen tapahtumaa?
- Oliko niiden voimakkuutta/ turvallisuutta parantavaa vaikutusta arvioitu?
- Liittyikö työprosessiin muita suojauksia?
- Sallittiinko tietty "virhemarginaali"? Oliko annettu kirjallisesti mahdollisuus tiettyihin poikkeamiin normaalista, esim. hälytysrajat, vertailuarvot?
- Tarkistettiin säännöllisesti, että suojaukset toimivat? Oliko tarkistaminen nimetty tietylle henkilölle tehtäväksi?
- Olisiko suojauksen toiminta estänyt tapahtuman?
- Kokeiltiin/ testattiin työtapa, -menetelmä, -ohje, laite, tarvike ennen käyttöönottoa?
- Kirjataan tarkastuspäiväkirjaan tietoja työmenetelmien suunnittelusta, laitteiden asennuksista ja huollosta, muutoksista?
- Tehdäänkö ennen muutoksia esim. riskianalyysi muutoksen vaikutusten selvittämiseksi?

## LIITE 2. Vaaratapahtuman tarkastelun muistiinpanolomake

Kirjaa tähän taulukkoon pohdintojesi tulokset, kun tarkastelet tapahtumaa oppaan luvussa 8.1. esitettyjen kysymysten avulla.

<b>2. Missä tehtävässä, toiminnassa ja toimintakokonaisuudessa tapahtuma tapahtui?</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Yksilöiden tehtävät</li><li>○ Laajempi tehtäväkokonaisuus</li><li>○ Organisaation hallinnolliset osat tai prosessit</li><li>○ Miten toiminnan johtaminen liittyy tapahtumaan?</li></ul>	
<b>3. Miten tapahtuma havaittiin ja/tai estettiin tai rajattiin sen haitalliset seuraukset?</b>	
<p>Olivatko riittävät ja toimivat suojaukset/ menettelyt olemassa</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ tapahtuman havaitsemiseksi</li><li>○ haitallisten seurausten välttämiseksi tai lieventämiseksi?</li></ul>	
<b>4. Ovatko tapahtumaan liittyvät tehtävät, toiminta ja toimintakokonaisuudet tuttuja ja tavanomaisia vai uusia tai harvoin toistuvia?</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Millaista toiminta oli tapahtumassa mukana olleelle yksilölle?</li><li>○ Millaista toiminta oli ryhmälle, yksikölle tai organisaatiolle?</li></ul>	

## LIITE 2

<b>5. Millaisia käsityksiä ja tavoitteita tapahtumaan liittyi?</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Miksi ihmiset tapahtumassa toimivat siten kuin toimivat?</li><li>○ Millaiset ryhmien, yksiköiden tai organisaation yhteiset (yleiset) käsitykset ja tavoitteet vaikuttivat toimintaan?</li></ul>	
<b>6. Millaiset edellytykset tapahtumassa oli turvalliselle toiminnalle?</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Millaisia puutteita/tarpeita esimerkiksi tiedonsaannin, koulutuksen ja ammattitaidon, työryhmän työskentelyn, toimintatapojen ja työympäristön sekä laitteiden ja tekniikan osalta tapahtumaan liittyi?</li><li>○ Mihin toimintaedellytyksiä ylläpitäviin ja kehittäviin organisaation toimintoihin tulisi puuttua tapahtuman syntyyn vaikuttaneiden puutteiden tai heikkouksien poistamiseksi?</li></ul>	
<b>7. Mitä ehdotan tehtäväksi tarkasteluni perusteella?</b>	
Ehdotus	
Perustelut	

### LIITE 3. Ihmiselle tyypillisistä poikkeamista tuttuudeltaan ja vaatimuksiltaan erilaisissa tehtävissä ja siitä, millaiset kehittämistoimet milloinkin ovat tehokkaimpia (Lähde: Ruuhilehto 2009)

Taulukko 1. Hyvin opitut rutiinityöt

Poikkeamatyyppi	Toimenpiteet
<p><b>Hyvin opittujen rutiinitöiden tekeminen tutussa ympäristössä</b> on pääosin tiedostamatonta, refleksinomaista reagointia ympäristöön ja niissä tehdään lipsahduksia. Esimerkkejä lipsahduksista:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Usein suoritettu rutiini syrjäyttää aiotun toiminnan (yrität avata harvemmin käyttämäsi ohjelmaa väärällä salasanalla, jota käytät päivittäin; käänät auton töihin vievälle tielle, kun pitäisi mennä viikonloppuna markettiin).</li> <li>Toiminnot sekoittuvat. Usein käy niin, että oikea toiminto tehdään väärälle kohteelle (jaetaan lääke väärälle potilaalle, leikataan väärä puoli). Yleistä silloin, kun ihminen on hajamielinen, väsynyt, kiireinen, tekee samalla muuta tai kiinnittää jostain syystä liian vähän huomiota meneillään olevaan tehtävään. Usein niin tapahtuu, kun sekoittuvat kohteet ovat lähekkäin.</li> <li>Ulkopuolinen keskeytys voi häiritä meneillään olevaa suoritusta. Keskeytynyt tehtävä voi unohtua. Myös omat ajatukset ja assosiaatiot voivat muuttaa suoritusta. Kun keskeytyksen jälkeen tarkistetaan, missä mennään, voidaan luulla että ollaan pitemmällä kuin oltiinkaan ja jotain jää välistä tekemättä. Tai luullaan, että jo tehty on vielä tekemättä (esimerkiksi lääkkeen anto uudelleen). Keskeytyksen jälkeen jatketaan päinvastaiseen suuntaan, esim. lopetustoimien sijaan aloitusvaiheen tehtäviin.</li> <li>Viive aikomuksen ja toteutuksen välillä: osa tehtävästä tai koko tehtävä voi unohtua. Esimerkiksi havaitset olevasi liinavaatevarastossa – miksi? Tavoite unohtuu, mutta toiminta jatkuu.</li> </ol>	<p>Lipsahdukset ovat tahattomia ja tiedostamattomia, tehokkaimmat toimenpiteet kohdistuvat toimintaolosuhteisiin ja työympäristöön. Tehokkaita keinoja ovat esimerkiksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>työn ergonomisten perusvaatimuksen täyttäminen (vireystila, valaistus, melutaso, työasennot ja liikkeet: laitteiden luoksepäästävyys, käytettävyys, kunnossapidettävyys, turvalaitteiden ja -järjestelyiden toimivuus)</li> <li>töiden järjestely niin, että tehtävään on mahdollista keskittyä keskeytyksittä ja rauhassa muiden henkilöiden työn ja muiden omien töiden aiheuttamilta häiriöiltä</li> <li>tietoisesti ja järjestelmällisesti rakennetut menettelyt = suojaukset/varmistukset, jotka estävät virheen, mahdollistavat virheen havaitsemisen ja/tai estävät niitä johtamasta haitallisiin seurauksiin</li> <li>valmistautuminen toimimaan erilaisissa häiriö- ja poikkeustilanteissa. Usein osataan toimia hyvin silloin, kun kaikki sujuu odotetusti. Myös poikkeustilanteissa toimimista on harjoiteltava. Esimerkiksi hoitaja voi yrittää sammuttaa potilaan päällä olevaa vaatetta omalla keinokuitutakillaan, vaikka käytävän seinällä ihan vieressä on sammutuspeite.</li> </ol>

Taulukko 2. Tavanomaiset, usein toistuvat tehtävät

Poikkeamatyyppi	Toimenpiteet
<p><b>Tavanomaisten, usein toistuvien tehtävien</b> yhteydessä puhutaan erehdyksistä. Henkilö tietää oppimansa ja kokemansa perusteella, mikä on oikea toimintatapa tilanteessa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tyypillistä on, että tilanteessa on jotain poikkeuksellista, jota henkilö ei havaitse tai tulkitse oikein. Toiminta sinänsä voi olla ihan oikein suoritettu, mutta väärä siinä tilanteessa. Esimerkiksi määrätään lapselle oikeaa lääkettä, mutta aikuisen annos.</li> <li>2. Toinen tyypillinen virhe on, että henkilö valitsee ihan oikean toimintatavan, mutta epäonnistuu suorituksessaan. Informaation ylikuormitus tai aikapaine voi estää huomaa- masta kaikkea informaatiota siitä, että tilanne ei olekaan kaikilta osin vanhan tutun kaltainen. Esimerkiksi diagnosoinnissa jää jokin olennainen tutkimustulos huomiotta, ja vaja- vaiiset tiedot johtavat harhaan.</li> </ol>	<p>Tuttujen töiden hallintaa parannetaan pyrkimäl- lä parantamaan tilanteen tulkintaa ja riskin suu- ruuden arvioinnin osuvuutta. Toiseksi, tärkeä merkitys on myös työryhmän ja koko työyhteisön käsityksillä ja normeilla. Eri ryhmät ja yh- teisöt voivat arvostaa eri asioita, luoda erilaiset normit ja toimia eri tavoin.</p> <p>On syytä selvittää myös tahallista ohjeista poikkeamista ylläpitävät kulttuurin piirteet ja ominaisuudet sekä työolosuhteiden ja - ympäristön vaikutukset.</p> <p>Ohjeiden mukaan toimimista auttaa, kun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. työ on käytännössä mahdollista todella toteuttaa ohjeen mukaan ja että sen merkitys työprosessin kokonaisuuden kannalta on selkeä ja ymmärrettävissä. Työohjeiden tulee olla selkeät, ymmärrettävät, ajantasaiset ja saatavilla sekä työvälineiden asianmukai- set, käyttökuntoiset, huolletut ja saatavilla.</li> <li>2. työtä edeltää opastus ja ohjaus, joka sisältää myös toiminnan poikkeus- ja häiriötilanteis- sa, ja kun tekijällä myös työtä tehdessään on mahdollisuus arvioida omaa onnistumistaan (palaute)</li> <li>3. ollaan selvillä työyhteisöjen ja –yksiköiden toimintakulttuurista ja tavoitteista, tunniste- taan ja ymmärretään niiden vaikutukset yksilöiden toimintaan. Luodaan henkilöstölle mahdollisuudet ja foorumit osallistumiseen toimintatapojen ja ohjeiden kehittämiseen.</li> </ol>

Taulukko 3. Uudet ja oudot ongelmat

Poikkeamatyyppi	Toimenpiteet
<p><b>Uusissa ja oudoissa ongelmissa</b> ratkaisee osaaminen. Vaativimmat tehtävät ovat täysin tietoista toimintaa ja edellyttävät täyttä keskittymistä tehtävään. Epäonnistumiset ovat tyypiltään hyvin vaihtelevia. Voidaan yrittää kaiken kaikkiaan väärää ratkaisua ongelmaan. Voidaan myös olla tavoittelemassa oikeaa ratkaisua keinoin, joilla sitä ei ole mitenkään mahdollista saavuttaa. Aikapaine ja vireystaso vaikuttavat vaativan ongelman ratkaisun onnistumiseen.</p> <p>Ihmisen tiedonkäsittelykapasiteetti on rajallinen. Ihminen havaitsee ja tarkkailee ympäristöään valikoivasti aikaisempien kokemustensa, odotustensa ja uskomustensa perusteella:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Käsiteltävä tieto valikoituu. Huomio kiinnitetään väärin seikkoihin tai oikeisiin seikkoihin ei kiinnitetä huomiota.</li> <li>2. Tietoisien ajattelu kapasiteetti on rajallinen, ajattelu ”epäloogista”: edetään hitaasti ja työläästi, koska vaihtoehdot tarkastellaan peräjälkeen, mutta missä tahansa järjestyksessä. Helpoimmin mieleen tulevaa painotetaan. Huomiotta jäävät seikat, jotka eivät ole tarjolla tai tule heti mieleen. Kun on luotu vahva oletus – usein jo vähäisenkin tiedon perusteella, yritetään pysyä siinä: kaikki oletusta tukeva huomataan helposti, muut vihjeet jäävät huomaamatta. Etsitään ratkaisua kapeasti, ikään kuin avaimenreiästä katsellen.</li> <li>3. Syy-yhteyksiä yliyksinkertaistetaan. Tarkastellaan syyketjuja, tapahtumaan vaikuttavat samanaikaiset tekijät ja niiden keskinäiset yhteydet jäävät huomiotta. Ihminen pyrkii löytämään tapahtumille syyn, johon voitaisiin vaikuttaa ja jota kautta riski olisi hallittavissa.</li> <li>4. Pyritään nopeaan ratkaisuun. Yritetään samaa konssia useaan kertaan onnistumatta. Helposti ajaudutaan ratkaisuvaihtoehtoihin, joissa riski lisäongelmiin kasvaa.</li> </ol>	<p>Vaativien tilanteiden hallintaa parantavat kehittämistoimet kohdistuvat erityisesti ihmisten osaamisen ja toimintavalmiuksien parantamiseen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tunnistetaan työn ja työprosessin vaarat ja arvioidaan niihin liittyvät riskit (mikä voi mennä vikaan, miten usein, voiko seurauksena olla vahinko potilaalle, miten vakava vahinko voi olla). Vaarojen ja riskien käsittely lisää henkilöstön riskitietoisuutta ja parantaa organisaation turvallisuuden hallintamenettelyitä. Eri ammattiryhmien, osastojen ym. keskinäinen yhteistyö varmistaa, että turvallisuusvaikutuksia tarkastellaan riittävän laajasti.</li> <li>2. Toimintaprosesseja ja työtapoja kehitetään jatkuvasti. Erityisen tärkeitä on ihmisen työskentelyedellytysten ja tehtävien vaatimusten huomioon ottaminen muutosten yhteydessä kuten uusien tietoteknisten järjestelmien käyttöönotossa. Käyttöä on seurattava riittävän pitkään, jotta todella nähdään millaisena ja miten laajana uusi käytäntö vakiintuu. Usein vasta käytön aikaiset kokemukset osoittavat, oliko muutos onnistunut vai ei.</li> <li>3. Käytetään muistilistoja, tarkistuslistoja ym. muita jäsennyksiä varmistamaan riittävän monipuolinen tarkastelu. Esimerkiksi valmiit kysymyslistat poikkeaman syntyyn vaikuttavien tekijöiden selvittämiseksi auttavat siinä, että ei pysähdytä ensimmäiseen oletukseen.</li> </ol>

## LIITE 4. Tarkistuslistoja tapahtuman syntyyn liittyvien tekijöiden arviointiin

### 1. HaiPro-järjestelmän tarkistuslista (Lähde [www.haiopro.fi](http://www.haiopro.fi))

1. Kommunikointi ja tiedonkulku	Esimerkkejä
<p>Tarkastele kaikkea kommunikaatiota henkilöiden, ryhmien, organisaatioyksiköiden välillä:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– jäikö tietoa saamatta suullisesti, kirjallisesti tai sähköisesti tai oliko välitetty tieto puutteellista tai epäselvää</li> <li>– oliko tieto saatavilla, mutta jäi silti käyttämättä</li> </ul>	<p>Suullisesti tai kirjallisesti annettu tehtävä/tieto jäänyt epäselväksi (slangia, lyhenteitä tms.), havaitsematta kokonaan, mennyt väärälle henkilölle, jäänyt välittämättä kokonaan.</p> <p>Tietoon ei pääse kaikkina ajankohtina, sitä ei löydy helposti tarvittaessa, on vanhentunutta, menee väärään paikkaan jne.</p> <p>Saatavilla olevaa tietoa (esimerkiksi aikaisempia kirjauksia, tutkimustuloksia) ei haettu, ei luettu, ei käytetty.</p>
2. Koulutus ja perehdytys, osaaminen	Esimerkkejä
<p>Tarkastele tekijöiden tietoja, taitoja, kokemusta, perehtyneisyyttä, koulutusta ja ohjausta työhön.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– oliko toimijoilla riittävät, ajantasaiset ja tarkat tiedot ja taidot sekä riittävästi kokemusta tehtävän tekemiseen</li> <li>– oliko osaaminen varmistettu, mukaan lukien kieli-taito, oliko työyhteisön uutuus ja tehtävän outous otettu huomioon, ym.</li> <li>– oliko toimijat koulutettu, perehdytetty riittävästi ja oliko tarvittava ohjaus saatavilla, saattoiko kysyä apua</li> <li>– soveltuiko tekijä tehtävään, oliko tehtävä liian vaativaa fyysisesti tai psyykkisesti</li> </ul>	<p>Koulutus / osaaminen puuttui, oli riittämätöntä, vanhentunutta, liian yleistä, ei kokemusta ko. tehtävistä, perehdyttäminen puuttui, puutteellista, ei osaamisen varmistusta etukäteen, uusi työyhteisö, uusi tehtävä, ei ohjausta, ei mahdollisuutta kysyä, saada ohjausta keneltäkään.</p> <p>Ei soveltuvuutta tehtävään – pysyvästi tai tilapäisesti (esim. liian vaativaa fyysisesti tai psyykkisesti ko. henkilölle)</p>
3. Laitteet ja tarvikkeet	Esimerkkejä
<p>Tarkastele laitteiden ja tarvikkeiden saatavuutta, käytettävyyttä, toimintakuntoa ja käytön ohjeistusta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– olivatko laitteet tai tarvikkeet jollain tavalla osallisina tapahtumassa</li> <li>– oliko laitteiden käyttöön ymmärrettävät ohjeet ja koulutus, olivatko laitteet ja tarvikkeet saatavilla ja käyttökunnossa</li> <li>– ovatko helppokäyttöisiä, onko sijoitus ja säilytys kunnossa</li> </ul>	<p>Vaikea, hankala, hidas käyttää, epäergonominen työasentojen tai informaation hakemisen/saamisen suhteen ,tarvittavaa tietoa joutuu hakemaan monesta paikasta tms., ei anna tarvittavaa tietoa;</p> <p>Riittämätön palaute käyttäjän tekemien asetusten tai säätöjen vaikutuksesta, poikkeaa tavanomaisesta käyttötavasta.</p> <p>Häiriöherkkä, toimintakatkoksia, hitautta / jumiutumista, toimii väärin, rikkinäinen, työturvallisuus puutteellinen.</p> <p>Käyttöohjeet puuttuvat, eivät ymmärrettävästi laaditut, vain vieraskieliset. Pikaohjeet eivät kata keskeisiä toimintoja.</p> <p>Puutteellisesti huollettu, ei saatavilla tarvittaessa, hankala käyttö- tai säilytyspaikka. Huolto-ohjelmaa, vastuuhenkilöä ei ole.</p>

## LIITE 4

4. Lääkkeet	Esimerkkejä
Tarkastele, <ul style="list-style-type: none"> <li>- oliko jollain lääkkeellä suora vaikutus tapahtuman syntyyn</li> </ul>	Käytetään silloin, kun lääkityksellä tai lääkkeellä on ollut suoraan vaikutusta tapahtumaan. Esimerkiksi potilas on toimenpiteen jälkeisessä lääketokkurassa kaatunut.
5. Potilas ja läheiset	Esimerkkejä
Tarkastele potilaasta ja hänen läheisistään kirjattuja asioita. <ul style="list-style-type: none"> <li>- oliko potilaan sairauden vakavuudella ja pulmallisuudella vaikutusta hoitotyössä</li> <li>- oliko potilas tai läheinen sekava, päihtynyt, aggressiivinen, itsetuhoinen, hoitoon motivoitumaton, oliko hänellä paineita taloudesta, perheestä ym.</li> <li>- pystyikö potilas ja/tai läheinen kommunikoimaan, haittasiko jokin fyysinen vamma (näkö, kuulo, liikkuminen)</li> <li>- vaikeuttivatko potilaan tai läheisten kulttuurista tai erilaiset tavat sosiaalisessa kanssakäymisessä hoitotilannetta</li> </ul>	Potilaan tilan vakavuus ja sairauden kompleksisuus vaikeuttaa tehtävän suorittamista. Vaikeutena potilaan sekavuus, aggressiivisuus, päihtymys, itsetuhoisuus. Samoin läheinen, esimerkiksi leikki-ikäinen lapsi tai aikuinen, voi käyttäytyä häiritsevästi väsyneenä, päihtyneenä, vihaisena... Hankaluutta voivat aiheuttaa <ul style="list-style-type: none"> <li>- potilaan (tai läheisen) vähäiset fyysiset tai psyykkiset voimavarat,</li> <li>- motivoitumattomuus hoitoon,</li> <li>- perheen taloudelliset paineet, perheongelmat,</li> <li>- sokeus, kuurous, muu vammaisuus.</li> </ul> Hoitoa tai kommunikointia vaikeuttavat erilainen kulttuuritausta (pukeutuminen, kieli, uskonnon aiheuttamat rajoitukset), läheisten käyttäytyminen epäasiallista tai vaikeuksia kanssakäymisessä läheisten kanssa.
6. Toimintatavat	Esimerkkejä
Tarkastele tehtävää, työmenetelmiä, toiminta- ja menettelytapoja (hoitoprosessissa), ohjeita ja muita työn suorittamisen ohjausta ja avun saamista tarvittaessa. <ul style="list-style-type: none"> <li>- oliko tehtävä tai työprosessi mahdollinen käytännössä toteuttaa, vaikeuttiko puutteellinen suunnittelu tehtävän suorittamista</li> <li>- olivatko menetelmät ja työtavat käytännössä tehokkaita ja toimivia, helposti käytettäviä</li> <li>- olivatko tarpeelliset ohjeet, tulokset tutkimuksista ja näytteistä ym. saatavilla ja oikeat, ajantasaiset, ymmärrettävät</li> <li>- oliko päätösten tekemisessä tarvittaviin tietoihin pääsy mahdollinen, olivatko tiedot riittävän tarkat/ yksityiskohtaiset, oliko mahdollisuus konsultoida spesialistia, seniorikollegaa.</li> </ul>	Tehtävä tai työprosessi vaikea toteuttaa käytännössä, puutteita tehtäväkokonaisuuksien suunnittelussa ja epätarkoituksenmukaisuuksia prosessien organisoinnissa Työmenetelmät tai toimintatavat epäkäytännöllisiä, riittämättömiä tai toimimattomia, esimerkiksi aikaisempien organisaatiomuotojen ajalta, käytöstä poistetun hoitotavan ym. mukaisia Ohjeet vanhentuneet, eivät saatavilla tai niiden ymmärrettävyys on huono Päätösten tekoon tarvittavaa tietoa vaikea saada tai löytää, potilaasta kertyneeseen tietoon (mm. tutkimustuloksiin) vaikea päästä, tieto ei ole riittävän yksityiskohtaista/tarkkaa, ei mahdollisuutta konsultoida spesialistia/seniorikollegaa.



## LIITE 4

7. Tiimin/ ryhmän toiminta	Esimerkkejä
<p>Tarkastele tapahtumaan osallistuneiden ihmisten toimintaa yhteiseen tavoitteeseen pyrkivänä tiiminä, työyhteisönä.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– oliko työn valvonta ja johtaminen riittävää, olivatko vastuut selvät ja tiedossa</li> <li>– oliko tehtävien jako tiedossa ja selkeää, olivatko rajat selvät, jäikö ei-kenenkään töitä</li> <li>– oliko yhteistyö toimivaa, oliko tukea saatavilla, oliko sen pyytäminen tarvittaessa helppoa ja tavanomaista</li> <li>– tukeeko ryhmän/tiimin toimintakulttuuri yhteistyötä, annettaanko ja pyydetäänkö apua, ratkotaanko ongelmia yhdessä</li> </ul>	<p>Työn valvontavastuu epäselvä, tiimin tai ryhmän johtaminen (hallinnollinen, lääketieteellinen) puutteellista tai epätarkoituksenmukaista</p> <p>Työnjako, vastuut ja tehtävärajat epäselvät, jää ei-kenenkään töitä, yhteisellä vastuulla olevia töitä tekemättä.</p> <p>Puutteita yhteistyössä, tuki sijaisille, uusille tiimiläisille tai konsultoiville kollegoille vähäistä. Kitkaa ulkopuolisten toimijoiden kanssa (ostetut palvelut, keikkalääkärit jne.</p> <p>Tiimin kulttuurissa, "hengessä", kehittämisen varaa esimerkiksi turvallisuuden arvostamisen ja toisten auttamisen suhteen, vaara- ja haittatapahtumien käsittelyssä, konfliktien käsittelyssä.</p> <p>Mieti myös, miten hyvin toimintatapojen muutokset viedään läpi.</p>
8. Työympäristö ja –välineet, resurssit	Esimerkkejä
<p>Tarkastele fyysisiä ja psyykkisiä työolosuhteita ja työn tekemisen edellytyksiä. Tähän sisältyvät myös uusien tietojärjestelmien käyttöönotto ja muut järjestelmien ongelmat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– oliko henkilökunnan määrä- tai laatupoikkeamia, työn määrä, tauotus, lepoajat (henkilökunnan viireystila)</li> <li>– esiintyikö paljon keskeytyksiä, aiheutuiko jostain erityistä kiirettä</li> <li>– olivatko fyysisen työympäristön asiat kunnossa (tilat riittävät ja soveltuvat tarkoitukseensa, melutaso, valaistus, lämpötila, ilmastointi, siisteys ja järjestys jne)</li> <li>– oliko potilastietojärjestelmän tai muiden tietojärjestelmien toimimisessa ongelmia; järjestelmä kaatui, toimintahäiriöitä ym.</li> </ul>	<p>Henkilökunnan määrässä tai rakenteessa puutteita tai poikkeamia (vajaamiehitys, vaihtuvuus)</p> <p>Liiallinen työkuormitus, tavanomaista enemmän vaikeahoitotilaisia potilaita/hoitaja, tavanomaista vaikeahoitoisempia potilaita, potilaita käytäväpaikoilla, aikapaineessa työskentelyä (kiire, poikkeuksellisesti tai kroonisesti), väsymystä, viireystilan laskua työvuorojärjestelyitä, ylityöstä ym. johtuen, epätarkoituksenmukainen työn ja levon suhde (esimerkiksi kaksi työvuoroa peräkkäin)</p> <p>Hallinnolliset tietojärjestelmät epäluotettavia, käyttökatkoja ja jumiutumisia (potilas- ja muut tietojärjestelmät, lääkkeiden, laitteiden, tarvikkeiden, sijaisten hankinnat jne.)</p> <p>Puutteita fyysisessä ympäristössä:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- työtilan rauhattomuus,</li> <li>- tilojen riittämättömyys, ahtaus,</li> <li>- soveltumattomuus käyttötarkoitukseen;</li> <li>- työvälineiden ergonomiaongelmat,</li> <li>- työhygieeniset olosuhteet (melu, valaistus, ilmastointi, lämpötila)</li> </ul>
9. Organisaatio ja johto	Esimerkkejä
<p>Tarkastele organisaation kulttuuria ja erityisesti ylempien tasojen johdon toimintaa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– korostettiinko säästötavoitteita tai tehokkuutta turvallisuuden yli, vaikeuttivatko taloudelliset seikat hyvää työtä</li> <li>– tuettiin potilasturvallisuuden huomioon ottamiseen vai edellytettiin tinkimään turvallisuuden varmistamisesta, jotta jokin kiireisemmäksi arvioitu työ saatiin tehdyksi, ovatko periaatteet ja käytännön toteutus arkityössä sopuisuudessa.</li> </ul>	<p>Taloudelliset resurssit ja rajoitukset keskeisesti esillä, säästöt ja tehokkuuden lisääminen päällimmäisenä tavoitteena</p> <p>Organisaation rakenne jyrkän hierarkkinen, ei avointa, ongelmista ja kehittämis ehdotuksista keskustelua, vaikea saada esityksiä eteenpäin ylemmille organisaatiotasoille, korjausten aikaansaaminen hidasta, korjaukset viivästyvät yleisesti, päätösten toimeenpanoa ei seuraa kukaan</p> <p>Toimintaperiaatteet paperilla ja johtaminen käytännössä jollain/ usealla/ kaikilla organisaatiotasoilla ja tehtäväalueilla eri maailmaa: jos tavoitteiden kesken tulee ristiriitaa, turvallisuudesta voidaan tinkiä tehokkuuden eduksi</p>

## **2. Ruotsissa käytössä oleva tarkistuslista** Lähde: Händelse- och riskanalys (2005) Epävirallinen käännös kirjoittajien tekemä.

### Asiakokonaisuudet:

<b>Kommunikation = kommunikaatio ja informaatio</b>	<b>Utbildning = Koulutus ja ammattitaito</b>	<b>Arbetsmiljö= Työympäristö</b>	<b>Teknik= Tekniikka, koneet ja laitteet</b>	<b>Procedurer = Menettely- ja toimintatavat, ohjeet</b>
Jäikö tieto välittämättä kirjallisesti tai suullisesti? Oliko kirjallisesti tai suullisesti välitetty tieto puutteellista?	Aiheuttivatko koulutuksen tai ammattitaidon puutteet ongelmia?	Oliko fyysisessä tai psyykkisessä työympäristössä puutteita?	Olivatko koneet ja laitteet jollain lailla osallisina tapahtumassa?	Oliko menettelytapoissa, toimintakuvauksissa tai ohjeissa puutteita? <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Kuudes asiakokonaisuus on B= barrierer. Se on kuvattu liitteessä 1.

### **K = kommunikaatio ja informaatio**

#### **Jäikö tieto välittämättä kirjallisesti tai suullisesti? Oliko kirjallisesti tai suullisesti välitetty tieto puutteellista?**

Tunnistettiin potilas ohjeiden mukaisesti?

Annettiin potilaan tilaa koskevat välttämättömät tiedot oikeaan aikaan?

Käytettiin potilaan tilaa koskevia tietoja oikeaan aikaan?

Antoiko käytettävissä oleva dokumentaatio (lääketieteellinen, hoitoa ja kuntoutusta koskevat kertomukset, läheteet ja lausunnot) riittävän tiedon tutkimustuloksista, tutkimus- ja hoitosuunnitelmista ja potilaan tilasta?

Oliko kaikki määrätyt tutkimukset annettu tiedoksi ja toteutettu?

Oliko tulosten tulkinnasta erimielisyyttä?

Oliko välttämätön dokumentaatio - kuten koetulokset ja aikaisemmat tiedot - käytettävissä?

Olivatko potilas tai hänen läheisensä mukana tilannearvioinnin ja hoitosuunnitelman tekemisessä, jos osallistuminen oli tarpeen?

Esiintyikö potilaan hoidossa katkoksia esimerkiksi yksiköstä toiseen siirrettäessä?

Onko tieto potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä kulkenut (tulkittu oikein ja samalla tavoin molemmin puolin)?

Onko tieto kulkenut työntekijöiden ja esimiesten kesken (oikein ja ymmärrettävästi)?

Toimiko tiedonkulku hoitotiimissä (nuorten ja kokeneiden välillä/ ammattiryhmien sisällä / ammattiryhmien välillä)?

Esiintyikö julkilausuttua tai -lausumatonta erimielisyyttä?

Olivatko ohjeet ajan tasalla ja saatavilla? Tunnettiin ne?

Annettiin oikea lääketieteellinen tieto soveltuvalle tavalla oikeaan aikaan oikealle henkilölle?

Välitettiin tietoa mahdollisista riskitekijöistä selvästi ja riittävästi?

Oliko tietojen välitys vuoronvaihdoissa tai työvuoron päättyessä riittävä?

Toimiko tiedonkulku eri osastojen välillä tyydyttävästi?

Oliko laite- tai lääkevalmistaja informoinut laitteiden toimintaan tai lääkkeisiin liittyvistä häiriöistä tai ongelmista tutkittavana olevan tapauksen tapahtuma-aikaan? Oliko niistä saatu tieto henkilöiden käytössä ja osasivatko he ottaa tiedon huomioon omassa työssään?

Kannustetaanko henkilökuntaa raportoimaan havainnoistaan ja turvallisuuden vaarantavista poikkeamista?

**U = Koulutus ja ammattitaito****Aiheuttivatko koulutuksen tai ammattitaidon puutteet ongelmia?**

Oliko olemassa menettely, jonka avulla voidaan tunnistaa henkilökunnan koulutustarve?

Koulutettiin henkilö kunta ennen uuden työtehtävän (-vaiheen) käyttöönottoa?

Tarkistettiin osaaminen säännöllisesti?

Oliko koulutus toteutettu niin, että henkilö oppi suorittamaan tehtävän virheettömästi?

Oliko koulutus oikein ja sopivasti suunniteltu suhteessa henkilön suorittamaan tehtävään (sisältyikö koulutukseen esim. harvoin esiintyvien mutta tärkeiden tehtävien kuten elvytyksen kertaus)?

- o Ellei, oliko kyse siitä, että 1) esimies ei huolehtinut kouluttamisesta, 2) henkilö laiminlöi kouluttautumisen, vaikka oli ohje olemassa, 3) ei ollut ohjetta tai menettelyä koulutukseen liittyen?

Oliko tarkistettu, että henkilökunta käyttää laitteita ohjeiden mukaisesti (samat laitteet samoissa tehtävissä ja sama käyttötapa kaikilla)?

Oliko kaikki henkilöt koulutettu käyttämään asianmukaisia varmistuksia ja tarkistuksia?

Jos tapahtumaan liittyi laitteita, esiintyikö häiriöitä, jotka liittyivät 1) käyttäjän pätevyyteen ja kokemukseen, 2) olemassa oleviin toimintatapoihin ja vaatimuksiin, 3) fyysiseen tilaan ja paikkaan?

**A= Työympäristö****Oliko fyysisessä tai psyykkisessä työympäristössä puutteita?**

Oliko työympäristö tyydyttävä äänin, melun, ja muiden ympäristöolosuhteiden suhteen?

Oliko ympäristöstä johtuvat stressitekijät otettu huomioon ja hallinnassa?

Sallivatko työtilanne ja -vuorot sen, että henkilö sai riittävästi unta?

Oliko mahdollista pitää säännölliset tauot (esim. ruokatunti)?

Oliko mahdollisen väsymyksen vaikutus ymmärretty ja ennakoitu oikein ja ajoissa?

Esiintyikö työympäristössä häiritseviä tekijöitä?

Oliko paikalla riittävä määrä työntekijöitä hoitamaan tehtävänä olevat työt (oliko liikaa työtä, liian vähän työtä tai oliko paikalla vääränlaista henkilökuntaa tehtävään nähden)?

Oliko henkilökunta tekemässä jo seuraavaan tehtävään liittyviä toimia?

Oliko päätöksenteon tueksi käytettävissä tietoteknistä tai konsultaatioapua? Käytettiin sitä?

Oliko yksikössä tapana pitää huolta työympäristöstä ja työilmapiiristä (esim. että esimiehet ja henkilöstö yli ammattiryhmärajojen tukevat potilasvahinkotapahtumassa osallisena olleita kollegojaan)?

**T= Tekniikka, koneet ja laitteet****Olivatko koneet ja laitteet jollain lailla osallisina tapahtumassa?**

Soveltuiko työympäristö käyttötarkoitukseensa?

Oliko alueella esiintyviä (työ)ympäristöriskejä arvioitu (esim. tehty turvallisuuskierroksia)?

Oliko työympäristön stressitaso siedettävä (sekä fyysiset että psykologiset tekijät: lämpötila, työskentelytila, melu, siirrot osaston sisällä jne.)?

Oliko tehty riskinarvioita ja pidetty pelastusharjoituksia?

Oliko laitteet tarkastettu säännöllisesti ja oliko tarkastukset ja tulokset dokumentoitu?

Oliko tarvittaviin korjauksiin ja parannuksiin käytettävissä riittävästi aikaa ja resursseja?

Oliko työn suorittamiseen käytettävissä (tavoitteen saavuttamiseen) soveltuvat laitteet? Käytettiin niitä?

Noudatettiin laitteiden käytöstä annettuja ohjeita ja määräyksiä?

Oliko varauduttu laiterikkoon (varalaitteet ja toimenpiteet hätätilanteessa)?

Olivatko laitteet toimineet aiemmin moitteetta? Oliko niitä aiemmin käytetty oikein?

## LIITE 4

Oliko laitteiden valinnassa ja ohjeiden laadinnassa otettu huomioon henkilöstön kyvyt ja edellytykset, toiveet ja ergonomiset vaatimukset?

Täyttivätkö käytetyt laitteet voimassa olevat määräykset?

Olivatko ohjeet laitteiden välittömässä läheisyydessä? Antoiko laite ohjeita käyttäjälle työn edetessä?

Oliko henkilö koulutettu laitteen käyttöön?

Toimivatko laitteen näytöt ja hallintalaitteet oikein ja tulkittiinko ne oikein?

Tarkastettiinke laite säännöllisesti? Dokumentoitiinko tarkastukset?

Huollettiinke laitetta säännöllisesti ja suunnitelmallisesti? Osoittivatko edelliset tarkastukset, että laite toimi moitteetta? Jos tarkastuksissa oli havaittu ongelmia, mihin korjaustoimiin oli ryhdytty? Olivatko ne tehokkaita?

Oliko laite rakennettu niin, että ongelmat voitiin havaita ja saattaa käyttäjän tietoon ajoissa?

Oliko laite rakennettu niin, että käyttövirheiden esiintyminen on epätodennäköistä?

Oliko laitteisto rakennettu laadittujen määritysten mukaisesti ja hoidettiinke sitä niin kuin piti?

Voitiinko laitteen korjaus tehdä aiheuttamatta vahinkoa tai mahdollisimman pienin haitallisina seurauksina?

Oliko kyseessä kertakäyttöinen tarvike vai jatkuvaan käyttöön tarkoitettu laite tai tarvike?

**P= Menettely- ja toimintatavat, ohjeet****Oliko menettelytavoissa, toimintakuvauksissa tai ohjeissa puutteita?**

Onko olemassa potilasturvallisuusstrategia, joka sisältää mm. riskienhallinnan ja poikkeamien käsittelyn?

Onko olemassa jokin tarkastus- tai laadunvalvontamenettely, jolla johto voi saada tietoa avainprosessien toiminnasta mahdollisissa haittatapahtumissa?

Onko aiemmin esiintynyt samanlaisia tapahtumia? Tunnistettiinke tapahtumaan johtaneet tekijät, tehtiinkö korjaustoimia?

Olisiko nyt tutkittavana ollut tapaus voitu tunnistaa ja korjata laadunvalvonnan keinoin?

Pystyttiinke potilaan tarvitsema hoito toteuttamaan yksikön tehtäväalueen puitteissa, henkilökunnan osaamisella ja kokemuksella, käytettävissä olevien teknisten ja palveluresurssien avulla?

Oliko tapahtumassa osallisena olleilla henkilöillä riittävä ja oikea osaaminen ja koulutus tehtävänsä?

Tunsiko henkilö yksikön ohjeet koskien potilasturvallisuutta, vaarallisten aineiden ja tarvikkeiden käsittelyä, hälytyksiä, lääkintälaitteita sekä palo- ja pelastusvalmiutta?

Oliko tapahtumaan liittyvistä työprosesseista olemassa kirjalliset ajantasaiset toimintatavat ja -ohjeet?

Olivatko yksikössä käytetyt toimintatavat – ja koko organisaation toimintatavat – kansallisten lakien ja muiden määräysten mukaisia?

Olivatko ohjeet ja toimintatavat yksiselitteisiä, ymmärrettäviä ja saatavilla kaikille työntekijöille?

Käytettiinke ohjeita päivittäin?

Ellei niitä noudatettu, mikä oli niistä poikkeamisen syy?

## LIITE 5. Vaaratapahtumajoukon tarkastelua ohjaavat kysymykset

### A. Kysymykset ilmoittavan yksikön (osaston) tasolla tapahtuvaan tarkasteluun

#### YKSIKÖN VAARATAPAHTUMAT

Mitä ilmoitetut vaaratapahtumat meille kertovat?

1. Kuinka paljon ilmoituksia (raportointijärjestelmän tai muun kanavan kautta) vaaratapahtumista on tehty?
2. Onko ilmoitusten määrä muuttunut (esim. kuukausittaiset ja vuosittaiset ilmoitusmäärät)
  - o yksikössä
  - o eri ammattiryhmissä
  - o eri tapahtumatyypeissä tai -luokissa?
3. Mistä ilmoitusten määrä tai sen muutos kertoo? Kertooko se esimerkiksi siitä, että
  - o vaaratapahtumien määrässä on tapahtunut todellista muutosta
  - o yksikössä ja/tai sen toimintaympäristössä on tapahtunut muutoksia
  - o tapahtumia tunnistetaan / ei tunnisteta vaaratapahtumiksi
  - o ilmoituksia uskalletaan, osataan ja halutaan tehdä (mikä voisi olla syynä tähän?)
  - o ilmoituksia ei uskalleta/osata/haluta tehdä? (mikä voisi olla syynä tähän?)
4. Onko ilmoitettuja tapahtumia tapahtunut enemmän jonakin tiettyinä vuorokaudenaikana tai vuodenaikana? Miksi?
5. Minkälaisia ilmoitetut tapahtumat ovat? Ovatko ne tapahtuneet ilmoittajan omassa yksikössä vai toisessa yksikössä? Kertovatko tapahtumat
  - o yksiköiden oman toiminnan tehtäväkohtaisista ongelmista
  - o yksikkörajat ylittävien prosessien (esim. leikkauspotilaan hoitoprosessi, kotiuttamisprosessi, potilassiirto) ongelmista
  - o hoitoprosessien ja tukiprosessien (esim. laboratorio, kuvantaminen, lääkehuolto, sairaalahuolto, välinehuolto) yhteistoiminnan ongelmista
  - o koko organisaation laajuisista ongelmista (esim. tietojärjestelmät, sähkön ja veden jakelu)
  - o organisaatioiden välisistä ongelmista (esim. avohoito-sairaalahoito, yksityinen-julkinen, tilaaja-tuottaja, palveluiden ostaminen/ulkoistaminen)?
6. Mitkä ammattiryhmät ilmoittavat tapahtumista? Miksi juuri nämä ammattiryhmät raportoivat? Miksi muut eivät raportoisi niin paljon?
7. Miten eri tapahtumatyypit tai -luokat ovat edustettuina ilmoituksissa? Miksi juuri tietyn tyyppisiä tapahtumia on enemmän ja tietyn tyyppisiä on vähemmän?
8. Millaisista vaaratapahtumista ei ole ilmoitettu? Onko tarkastelun tekijöiden tiedossa vaaratapahtumia, joista ei ole tehty ilmoitusta? Puuttuuko tapahtumia, joita on ilmoitettu muualla? Mistä tämä kertoo? Onko turvallisuus tältä osin hallinnassa vai eikö tapahtumaa ole tunnistettu vaaratapahtumaksi vai ilmoitusta ei ole uskallettu/osattu/haluttu tehdä?
9. Millaisia yksikölle tyypillisiä tapahtumia tapahtumajoukosta tulee esiin? Mihin potilasturvallisuuden osa-alueisiin ne liittyvät? (Liittyvätkö ne hoidossa tarvittaviin laitteisiin ja niiden käyttöön, hoidon toteuttamiseen tai lääkehoitoon?) Millaisten tyyppitapahtumien syntymistä olisi syytä tarkastella systemaattisten riskianalyyseiden avulla?
10. Mitkä tekijät ovat auttaneet hallitsemaan turvallisuutta haastavassa tilanteessa eli miksi osa tapahtumista on jäänyt läheltä piti -tapauksiksi tai niiden seuraukset potilaalle ovat jääneet lieviksi?
11. Mitä korjaavia toimenpiteitä tapahtumien pohjalta on ehdotettu tai tehty (reagointi tapahtumaan)? Mitkä ovat toimenpiteiden vaikutukset potilasturvallisuuden hallintaan pitkällä aikavälillä? Edut? Haitat? Onko erilaisia mahdollisuuksia käytetty monipuolisesti tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan vai ovatko ehdotetut ja toteutetut toimenpiteet yksipuolisia – esimerkiksi enimmäkseen ohjeiden täsmentämistä tai koulutuksen lisäämistä?

## LIITE 5

*YKSIKÖN TURVALLISUUDEN HALLINTA:*

Mitä ilmoitetut vaaratapahtumat kertovat siitä, miten yksikkö (esim. osasto) on onnistunut tietyissä turvallisuuden hallintaan liittyvissä tehtävissä kuten

- *turvallisuudesta viestimisessä* (esimerkiksi vaaratapahtumista tiedottamisessa tai potilasturvallisuusasioiden viestimisessä uusille työntekijöille, potilaille ja päätöksentekijöille)?
- *ulkopuolisten toimijoiden* (esim. keikkalääkärit, ulkoistetut tukipalvelut, jatkohoitopaikat) *hallinnassa* (esimerkiksi siinä, miten turvallisuusnäkökohdat huomioidaan palveluntuottajien arvioinnissa tai siinä miten tiedonkulku palveluntuottajien kanssa on varmistettu)?
- *ohjeiden luomisessa ja ylläpitämisessä* (esimerkiksi siinä, millä tavalla ohjeita organisaatiossa laaditaan ja päivitetään tai siinä, miten paljon ja miten yksityiskohtaisia ohjeet ovat)?
- *johtamisjärjestelmän määrittelystä ja ylläpitämisestä* (esimerkiksi siinä, miten potilasturvallisuuteen liittyvät vastuut on organisaatiossa jäsennetty ja ymmärretty)?
- *yksikön johtamisessa* (esimerkiksi siinä, miten johto ottaa potilasturvallisuusnäkökohdat huomioon päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa)?
- *esimiestyö* tukee potilasturvallisuutta (esimerkiksi siinä, miten organisaation esimiehet suhtautuvat työolosuhteiden epäkohtiin, puuttuvat vaarallisiin tilanteisiin ja toimintatapoihin ja pitävät esillä turvallisuusasioita yksikön päivittäisessä työssä)?
- *muutosten hallinnasta*?
- *resurssien hallinnasta*?
- *yhteistyössä ja tiedonkulun* (esimerkiksi raportointi- ja palaverikäytännöissä, tietoteknisessä tiedonvälityksessä tai muissa kommunikaatiokäytännöissä)?
- *osaamisen varmistamisessa ja henkilöstön kouluttamisessa* (esimerkiksi henkilöstön rekrytoinnissa, perehdyttämisessä, koulutustarpeiden ja osaamisen kartoittamisessa tai turvallisuustietoa ja asenteita koskevassa koulutuksessa)?
- *yksikön oppimiskäytäntöjen luomisessa ja ylläpitämisessä* (esimerkiksi siinä, miten vaaratapahtumia raportoidaan ja käsitellään, turvallisuuskulttuurin tilaa kartoitetaan ja/tai riskejä arvioidaan)?

Mitä kehittämistarpeita em. alueilla tapahtumat tuovat esille?

Millaisia toimintaa ohjaavia arvoja/tavoitteita/käsityksiä/uskomuksia em. turvallisuuteen liittyvien tehtävien hallinnalla tullaan välittäneeksi henkilöstölle ja ulkopuolisille toimijoille?

## **B. Kysymykset klinikka-/toimiala-/tulosalueella tapahtuvaan tarkasteluun**

### *KLINIKAN/TOIMIALAN/TULOSALUEEN VAARATAPAHTUMAT:*

Mitä ilmoitetut vaaratapahtumat meille kertovat?

1. Kuinka paljon ilmoituksia (raportointijärjestelmän tai muun kanavan kautta) vaaratapahtumista on tehty
  - o koko klinikan/toimialan/tulosalueen tasolla
  - o sen eri osissa (esim. osastot)?
2. Onko ilmoitusten määrä muuttunut (esim. kuukausittaiset ja vuosittaiset ilmoitusmäärät)
  - o koko klinikan/toimialan/tulosalueen tasolla
  - o sen eri osissa (esim. osastot)
  - o eri ammattiryhmissä
  - o eri tapahtumatyypeissä tai -luokissa?
3. Mistä ilmoitusten määrä tai sen muutos kertoo? Kertooko se esimerkiksi siitä, että
  - o vaaratapahtumien määrässä on tapahtunut todellista muutosta
  - o organisaatiossa ja/tai sen toimintaympäristössä on tapahtunut muutoksia
  - o tapahtumia tunnistetaan / ei tunnisteta vaaratapahtumiksi
  - o ilmoituksia uskalletaan, osataan ja halutaan tehdä (mikä voisi olla syynä tähän?)
  - o ilmoituksia ei uskalleta/osata/haluta tehdä? (mikä voisi olla syynä tähän?)
4. Onko ilmoitettuja tapahtumia tapahtunut enemmän jonakin tiettyinä vuorokaudenaikana tai vuodenaikana? Miksi?
5. Mitkä yksiköt ilmoittavat tapahtumista selvästi muita enemmän? Miksi juuri nämä yksiköt raportoivat? Miksi muut yksiköt eivät raportoi niin paljon?
6. Minkälaisia ilmoitetut tapahtumat ovat? Ovatko ne tapahtuneet ilmoittajan omassa yksikössä vai toisessa yksikössä? Kertovatko tapahtumat
  - o yksiköiden oman toiminnan tehtäväkohtaisista ongelmista
  - o yksikkörajat ylittävien prosessien (esim. leikkauspotilaan hoitoprosessi, kotiuttamisprosessi, potilassiirto) ongelmista
  - o hoitoprosessien ja tukiprosessien (esim. laboratorio, kuvantaminen, lääkehuolto, sairaalahuolto, välinehuolto) yhteistoiminnan ongelmista
  - o koko organisaation laajuisista ongelmista (esim. tietojärjestelmät, sähkön ja veden jakelu)
  - o organisaatioiden välisistä ongelmista (esim. avohoito-sairaalahoito, yksityinen-julkinen, tilaaja-tuottaja, palveluiden ostaminen/ulkoistaminen)?
7. Mitkä ammattiryhmät ilmoittavat tapahtumista? Miksi juuri nämä ammattiryhmät raportoivat? Miksi muut eivät raportoi niin paljon?
8. Miten eri tapahtumatyyppit tai -luokat ovat edustettuina ilmoituksissa? Miksi juuri tietyn tyyppisiä tapahtumia on enemmän ja tietyn tyyppisiä on vähemmän?
9. Millaisista vaaratapahtumista ei ole ilmoitettu? Onko työryhmän tiedossa vaaratapahtumia, joista ei ole tehty ilmoitusta? Puuttuuko tapahtumia, joita on ilmoitettu muualla? Mistä tämä kertoo? Onko turvallisuus tältä osin hallinnassa vai eikö tapahtumaa ole tunnistettu vaaratapahtumaksi vai ilmoitusta ei ole uskallettu/osattu/haluttu tehdä?
10. Millaisia klinikalle/toimialalle/tulosalueelle ja sen eri yksiköille tyypillisiä tapahtumia tapahtumajoukosta tulee esiin? Mihin potilasturvallisuuden osa-alueisiin ne liittyvät? (Liittyvätkö ne hoidossa tarvittaviin laitteisiin ja niiden käyttöön, hoidon toteuttamiseen tai lääkehoitoon?) Millaisten tyyppitapahtumien syntymistä olisi syytä tarkastella systemaattisten riskianalysien avulla?
11. Mitkä tekijät ovat auttaneet hallitsemaan turvallisuutta haastavassa tilanteessa eli miksi osa tapahtumista on jäänyt läheltä piti -tapauksiksi tai niiden seuraukset potilaille ovat jääneet lieviksi?

## LIITE 5

12. Mitä korjaavia toimenpiteitä tapahtumien pohjalta on ehdotettu tai tehty (reagointi tapahtumaan)? Mitkä ovat toimenpiteiden vaikutukset potilasturvallisuuden hallintaan pitkällä aikavälillä? Edut? Haitat? Onko erilaisia mahdollisuuksia käytetty monipuolisesti tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan vai ovatko ehdotetut ja toteutetut toimenpiteet yksipuolisia – esimerkiksi enimmäkseen ohjeiden täsmentämistä tai koulutuksen lisäämistä?

*KLINIKAN/TOIMIALAN/TULOSALUEEN TURVALLISUUDEN HALLINTA:*

Mitä ilmoitetut vaaratapahtumat kertovat siitä, miten klinikka/toimiala/tulosalue on onnistunut tietyissä turvallisuuden hallintaan liittyvissä tehtävissä:

- *turvallisuudesta viestimisessä* (esimerkiksi vaaratapahtumista tiedottamisessa tai potilasturvallisuusasioiden viestimisessä uusille työntekijöille, potilaille ja päätöksentekijöille)?
- *ulkopuolisten toimijoiden (esim. keikkalääkärit, ulkoistetut tukipalvelut, jatkohoitopaikat) hallinnassa*(esimerkiksi siinä, miten turvallisuusnäkökohdat huomioidaan palveluntuottajien valinnassa tai siinä miten tiedonkulku palveluntuottajien kanssa on varmistettu)?
- *ohjeiden luomisessa ja ylläpitämisessä* (esimerkiksi siinä, millä tavalla ohjeita klinikassa/toimialalla/tulosalueella laaditaan ja päivitetään tai siinä, miten paljon ja miten yksityiskohtaisia ohjeet ovat)?
- *johtamisjärjestelmän määrittelystä ja ylläpitämisestä* (esimerkiksi siinä, miten potilasturvallisuuteen liittyvät vastuut on klinikassa/toimialalla/tulosalueella jäsenetty ja ymmärretty)?
- *klinikan/toimialan/tulosalueen johtamisessa* (esimerkiksi siinä, miten johto ottaa potilasturvallisuusnäkökohdat huomioon päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa)?
- *siinä, miten esimiestyö* tukee potilasturvallisuutta (esimerkiksi siinä, miten klinikassa/toimialalla/tulosalueella esimiehet suhtautuvat työolosuhteiden epäkohtiin, puuttuvat vaarallisiin tilanteisiin ja toimintatapoihin ja pitävät esillä turvallisuusasioita yksikön päivittäisessä työssä)?
- *muutosten hallinnasta?*
- *resurssien hallinnasta?*
- *yhteistyössä ja tiedonkulun* (esimerkiksi raportointi- ja palaverikäytännöissä, tietoteknisessä tiedonvälityksessä tai muissa kommunikaatiokäytännöissä)?
- *osaamisen varmistamisessa ja henkilöstön kouluttamisessa*(esimerkiksi henkilöstön rekrytoinnissa, perehdyttämisessä, koulutustarpeiden ja osaamisen kartoittamisessa tai turvallisuustietoa ja asenteita koskevassa koulutuksessa)?
- *klinikan/toimialan/tulosalueen oppimiskäytäntöjen luomisessa ja ylläpitämisessä* (esimerkiksi siinä, miten vaaratapahtumia raportoidaan ja käsitellään, turvallisuuskulttuurin tilaa kartoitetaan ja/tai riskejä arvioidaan)?

Mitä kehittämistarpeita em. alueilla tapahtumat tuovat esille?

Millaisia toimintaa ohjaavia arvoja/tavoitteita/käsityksiä/uskomuksia em. turvallisuuteen liittyvien tehtävien hallinnalla tullaan välittäneeksi henkilöstölle ja ulkopuolisille toimijoille?



### **C. Kysymykset organisaatiotasolla tapahtuvaan tarkasteluun**

#### *ORGANISAATION VAARATAPAHTUMAT:*

Mitä ilmoitetut vaaratapahtumat meille kertovat?

1. Kuinka paljon ilmoituksia (raportointijärjestelmän tai muun kanavan kautta) vaaratapahtumista on tehty
  - o koko organisaation tasolla
  - o organisaation eri osissa (esim. tulosalueet, osastot)?
2. Onko ilmoitusten määrä muuttunut (esim. kuukausittaiset ja vuosittaiset ilmoitusmäärät)
  - o koko organisaation tasolla
  - o organisaation eri osissa (esim. tulosalueet, osastot)
  - o eri ammattiryhmissä
  - o eri tapahtumatyypeissä tai -luokissa?
3. Mistä ilmoitusten määrä tai sen muutos kertoo? Kertooko se esimerkiksi siitä, että
  - o vaaratapahtumien määrässä on tapahtunut todellista muutosta
  - o organisaatiossa ja/tai sen toimintaympäristössä on tapahtunut muutoksia
  - o tapahtumia tunnistetaan / ei tunnisteta vaaratapahtumiksi
  - o ilmoituksia uskalletaan, osataan ja halutaan tehdä (mikä voisi olla syynä tähän?)
  - o ilmoituksia ei uskalleta/osata/haluta tehdä? (mikä voisi olla syynä tähän?)
4. Onko ilmoitettuja tapahtumia tapahtunut enemmän jonakin tiettyinä vuorokaudenaikana tai vuodenaikana? Miksi?
5. Mitkä yksiköt ilmoittavat tapahtumista selvästi muita enemmän? Miksi juuri nämä yksiköt raportoivat? Miksi muut yksiköt eivät raportoi niin paljon?
6. Minkälaisia ilmoitetut tapahtumat ovat? Ovatko ne tapahtuneet ilmoittajan omassa yksikössä vai toisessa yksikössä? Kertovatko tapahtumat
  - o yksiköiden oman toiminnan tehtäväkohtaisista ongelmista
  - o yksikkörajat ylittävien prosessien (esim. leikkauspotilaan hoitoprosessi, kotiuttamisprosessi, potilassiirto) ongelmista
  - o hoitoprosessien ja tukiprosessien (esim. laboratorio, kuvantaminen, lääkehuolto, sairaalahuolto, välinehuolto) yhteistoiminnan ongelmista
  - o koko organisaation laajuisista ongelmista (esim. tietojärjestelmät, sähkön ja veden jakelu)
  - o organisaatioiden välisistä ongelmista (esim. avohoito-sairaalahoito, yksityinen-julkinen, tilaaja-tuottaja, palveluiden ostaminen/ulkoistaminen)?
7. Mitkä ammattiryhmät ilmoittavat tapahtumista? Miksi juuri nämä ammattiryhmät raportoivat? Miksi muut eivät raportoi niin paljon?
8. Miten eri tapahtumatyyppit tai -luokat ovat edustettuina ilmoituksissa? Miksi juuri tietyn tyyppisiä tapahtumia on enemmän ja tietyn tyyppisiä on vähemmän?
9. Millaisista vaaratapahtumista ei ole ilmoitettu? Onko tarkastelua tekevien tiedossa vaaratapahtumia, joista ei ole tehty ilmoitusta? Puuttuuko tapahtumia, joita on ilmoitettu muualla? Mistä tämä kertoo? Onko turvallisuus tältä osin hallinnassa vai eikö tapahtumaa ole tunnistettu vaaratapahtumaksi vai ilmoitusta ei ole uskallettu/osattu/haluttu tehdä?
10. Millaisia tyypillisiä tapahtumia tapahtumajoukosta tulee esiin organisaation eri yksiköissä, klinikoilla/toimialalla/tulosalueella ja koko organisaatiossa? Mihin potilasturvallisuuden osa-alueisiin ne liittyvät? (Liittyvätkö ne hoidossa tarvittaviin laitteisiin ja niiden käyttöön, hoidon toteuttamiseen tai lääkehoitoon?) Millaisten tyyppitapahtumien syntymistä olisi syytä tarkastella systemaattisten riskianalyyysien avulla?
11. Mitkä tekijät ovat auttaneet hallitsemaan turvallisuutta haastavassa tilanteessa eli miksi osa tapahtumista on jäänyt läheltä piti -tapauksiksi tai niiden seuraukset potilaalle ovat jääneet lieviksi?

## LIITE 5

12. Mitä korjaavia toimenpiteitä tapahtumien pohjalta on ehdotettu tai tehty (reagointi tapahtumaan)? Mitkä ovat toimenpiteiden vaikutukset potilasturvallisuuden hallintaan pitkällä aikavälillä? Edut? Haitat? Onko erilaisia mahdollisuuksia käytetty monipuolisesti tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan vai ovatko ehdotetut ja toteutetut toimenpiteet yksipuolisia – esimerkiksi enimmäkseen ohjeiden täsmentämistä tai koulutuksen lisäämistä?

*ORGANISAATION TURVALLISUUDEN HALLINTA:*

Mitä ilmoitetut vaaratapahtumat kertovat siitä, miten organisaatio on onnistunut tietyissä turvallisuuden hallintaan liittyvissä tehtävissä.

- *turvallisuudesta viestimisessä* (esimerkiksi vaaratapahtumista tiedottamisessa tai potilasturvallisuusasioiden viestimisessä uusille työntekijöille, potilaille ja päätöksentekijöille)?
- *ulkopuolisten toimijoiden (esim. keikkalääkärit, ulkoistetut tukipalvelut, jatkohoitopaikat) hallinnassa*(esimerkiksi siinä, miten turvallisuusnäkökohdat huomioidaan palveluntuottajien valinnassa tai siinä miten tiedonkulku palveluntuottajien kanssa on varmistettu)?
- *ohjeiden luomisessa ja ylläpitämisessä* (esimerkiksi siinä, millä tavalla ohjeita organisaatiossa laaditaan ja päivitetään tai siinä, miten paljon ja miten yksityiskohtaisia ohjeet ovat)?
- *johtamisjärjestelmän määrittelystä ja ylläpitämisestä* (esimerkiksi siinä, miten potilasturvallisuuteen liittyvät vastuut on organisaatiossa jäsennetty ja ymmärretty)?
- *Organisaation johtamisessa* (esimerkiksi siinä, miten johto ottaa potilasturvallisuusnäkökohdat huomioon päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa)?
- *siinä, miten esimiestyö* tukee potilasturvallisuutta (esimerkiksi siinä, miten organisaatiossa esimiehet suhtautuvat työolosuhteiden epäkohtiin, puuttuvat vaarallisiin tilanteisiin ja toimintatapoihin ja pitävät esillä turvallisuusasioita yksikön päivittäisessä työssä)?
- *muutosten hallinnasta?*
- *resurssien hallinnasta?*
- *yhteistyössä ja tiedonkulun* (esimerkiksi raportointi- ja palaverikäytännöissä, tietoteknisessä tiedonvälityksessä tai muissa kommunikaatiokäytännöissä)?
- *osaamisen varmistamisessa ja henkilöstön kouluttamisessa*(esimerkiksi henkilöstön rekrytoinnissa, perehdyttämisessä, koulutustarpeiden ja osaamisen kartoittamisessa tai turvallisuustietoa ja asenteita koskevassa koulutuksessa)?
- *organisaation oppimiskäytäntöjen* luomisessa ja ylläpitämisessä (esimerkiksi siinä, miten vaaratapahtumia raportoidaan ja käsitellään, turvallisuuskulttuurin tilaa kartoitetaan ja/tai riskejä arvioidaan)?

Mitä kehittämistarpeita em. alueilla tapahtumat tuovat esille?

Millaisia toimintaa ohjaavia arvoja/tavoitteita/käsityksiä/uskomuksia em. turvallisuuteen liittyvien tehtävien hallinnalla tullaan välittäneeksi henkilöstölle ja ulkopuolisille toimijoille?

## LIITE 6. Riskien suuruuden määrittäminen

### Esimerkki potilaaseen kohdistuvien riskien luokittelusta

Todennäköisyys	Seuraukset		
	I Vähäiset	II Haitalliset	III Vakavat
	Epämukavuus, hoidon viivästyminen tai pitkittyminen ilman merkittäviä terveysvaikutuksia.	Toimenpiteitä vaativia vammoja, hoidon pitkittyminen ja ylimääräistä kärsimystä.	Kuolema tai pysyvät vakavat vaikutukset: elämänlaatua huomattavasti heikentäviä vammoja, työkyvyttömyys.
<b>A Epätodennäköinen</b> Satunnainen vaaratilanne, esiintyy harvoin. Teoreettisesti mahdollinen	<b>1 Merkityksetön riski</b>	<b>2 Vähäinen riski</b>	<b>3 Kohtalainen riski</b>
<b>B Mahdollinen</b> Vaaratilanteita tai läheltä piti -tapauksia on sattunut meillä tai muulla osastolla.	<b>2 Vähäinen riski</b>	<b>3 Kohtalainen riski</b>	<b>4 Merkittävä riski</b>
<b>C Todennäköinen</b> Vaaratilanteita esiintyy usein ja säännöllisesti. Tapaturmia on sattunut.	<b>3 Kohtalainen riski</b>	<b>4 Merkittävä riski</b>	<b>5 Sietämätön riski</b>

Lähde: Knuuttilla & Tamminen (2004). Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan

**Esimerkki henkilökuntaan kohdistuvien riskien luokittelusta**

Todennäköisyys	Seuraukset		
	I Vähäiset	II Haitalliset	III Vakavat
	Poissaolo < 3 pv tai satunnaisia poissaoloja. Lievät vaikutukset: nyrjähdykset, mustelmat, ohimenevä sairaus, epämukavuus	Poissaolo 3-30 pv tai toistuvia poissaoloja. Pitkäkestoisia vakavia vaikutuksia tai pysyviä lieviä haittoja, murtumat, pölyvammat, kuulovaurio	Poissaolo > 30 pv tai jatkuvia poissaoloja. Pysyvät vakavat vaikutukset: työkyvyttömyys, vakava työuupumus, työperäinen syöpä, astma, kuolema
<b>A Epätodennäköinen</b>  Satunnainen vaaratilanne, altistuminen lyhyt aikaista, esiintyy harvoin. Teoreettisesti mahdollinen	<b>1 Merkityksetön riski</b>	<b>2 Vähäinen riski</b>	<b>3 Kohtalainen riski</b>
<b>B Mahdollinen</b>  Vaara- tai kuormitustilanne on tyypillinen o sastoilla. Läheltä piti -tapauksia on sattunut.	<b>2 Vähäinen riski</b>	<b>3 Kohtalainen riski</b>	<b>4 Merkittävä riski</b>
<b>C Todennäköinen</b>  Vaaratilanteita esiintyy usein ja säännöllisesti. Tapaturmia on sattunut.	<b>3 Kohtalainen riski</b>	<b>4 Merkittävä riski</b>	<b>5 Sietämätön riski</b>

Lähde: Knuuttilla & Tamminen (2004). Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan

## LIITE 7. Esimerkki riskien tarkastelun tulosten koontilomakkeesta

(P = potilas, H = henkilökunta, S = Seuraukset, T = todennäköisyys)

Prosessi	Tehtävä	Vaaratilanne	Varautuminen	P / H	T	S	Riski	Toimenpide	Vastuuhenkilö	OK
Tulovaihe	Potilaan hakeminen	Intubaatioputken irtoaminen kuljetuksen aikana	Lääkäri ja hoitaja yhdessä kuljettavat. Käsivientilointivälit neet mukana. Lyhyet kuljetusmatkat.	P	Epätodennäköinen A	Haitalliset II	Kohtalainen 2	Kuljetuksen suunnittelu ja tilanteisiin varautuminen		
Jätehuolto	Roska-astioiden tyhjentäminen	Neuloja tavallisessa roska-astiassa, jolloin tartunta esim. HIV, neulanpiston seurauksena	Roskien lajittelu, neulat kerätään erikseen.	H	Mahdollinen B	Vakaat III	Merkittävä 4	Kirjoitetaan uusi ohje neulojen keräämisestä.	Hoitaja N.N. 11/2003	X
								Työskentelykulttuuriin vaikuttaminen, esim. tietoisuuksia	Osastonhoitaja 8/2004	
Stabilointivaihe	Uuden laitteen käyttöönotto	Itse kirjoitetuista pikakäyttö-ohjeista jää olennaisia turvallisuusasioita pois.	Valmistajan ohjeet myös saatavilla laitteen yhteydessä.	P	Mahdollinen B	Vakaat III	Merkittävä 4	Pidetään laitteen varsinainen käyttöohje laitteen yhteydessä pikaohjeen lisäksi.	Laittevastava N.N.	
Laitteiden käyttö ja ylläpito	Valmistajan järjestämä koulutus	Koulutus ei tavoita kaikkia. Laitetta ei osata käyttää tarvittaessa.	Välillä koulutusta järjestetään useaan kertaan, jolloin tavoitettavuus on parempi.	P	Mahdollinen B	Haitalliset II	Kohtalainen 3	Kirjataan hankintavaiheessa sopimukseen riittävä määrä koulutustilaisuuksia.	Laittevastava N.N.	

Lähde: Knuuttilla & Tamminen (2004). Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan