

Anne Kiviluoma

**Leikkaussairaanhoidajien käsityksiä
turvallisuuskulttuurista perioperatiivisessa hoitotyössä**

Opinnäytetyö

Syksy 2010

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoidaja (AMK)

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, Sairaanhoidaja AMK

Tekijä: Anne Kiviluoma

Työn nimi: Leikkaussairaanhoitajien käsityksiä turvallisuuskulttuurista perioperatiivisessa hoitotyössä

Ohjaaja: Helinä Mesiäislehto-Soukka, TtT, KM, YTM, lehtori, Hilikka Majasaari, THM, lehtori

Vuosi: 2010

Sivumäärä: 72

Liitteiden lukumäärä: 5

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Seinäjoen keskussairaalan leikkausosaston turvallisuuskulttuuria leikkaussairaanhoitajien näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa turvallisuuskulttuurista perioperatiivisen hoitotyön kehittämiseksi ja luoda perustaa uusille opinnäytetöille. Tutkimusongelmina olivat millaiseksi leikkaussairaanhoitajat arvioivat turvallisuuskulttuurin organisatorisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta katsottuna. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusotteella, jonka aineisto kerättiin järjestämällä informoitu kysely. Opinnäytetyön aineisto koostui 32 leikkaussairaanhoitajan vastauksista. Vastausprosentti oli 74%. Opinnäytetyön aineisto analysoitiin SPSS for Windows 18.0 tilastohjelmalla käyttäen frekvenssejä ja prosentiosuuksia.

Tulosten mukaan lähityöyhteisön päivittäinen yhteistyö toimi hyvin. Vastaajista yli 70% koki, että kaikkien ammattiryhmien työpanosta arvostettiin. Esimiehen koettiin huomioivan ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi. Vastaajista 60% arvioi, että toimintaa kehitettiin aktiivisesti kohti parempaa potilasturvallisuutta. Leikkaussairaanhoitajat hallitsivat hyvin päiväajan työnsä ja kokivat henkilökohtaista vastuuta potilaan turvallisesta hoidosta. Potilasturvallisuus huomioitiin aktiivisesti työpäivän aikana ja toimintaan liittyvät tyypillisimmät ongelmat kyettiin ennakoimaan. Tiedonkulussa esiintyi ongelmia. Uusien työmenetelmien käyttöönoton yhteydessä koulutusresurssien riittämättömyys koettiin vähäiseksi. Henkilöstöresurssit työmäärästä selviytymiseksi koettiin riittämättömiksi. Vastaajista 60% koki, ettei päivystysajan leikkaustiimeissä ollut riittävästi kokeneita hoitajia. Lähes puolet leikkaussairaanhoitajista ilmaisi, että työyhteisössä oli syyllistävä ilmapiiri virheitä käsitellessä.

Tiedonkulkuprosessin jatkuva kehittäminen, perioperatiivista ammattitaitoa kehittävän koulutuksen lisääminen, henkilökuntamäärän lisääminen suhteessa työn vaatimukseen ja HaiPro-raportointiohjelman käyttökoulutus ja vaaratilanteiden jatkuva käsittely syyllistämättömässä ilmapiirissä edistävät perioperatiivisen potilaan turvallista hoitotyötä.

Avainsanat: potilasturvallisuus, hoitotyö, perioperatiivinen hoitotyö, leikkaushoito, turvallisuus, kulttuuri.

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work
Training programme: Degree program in Nursing
Specialisation: Nursing

Author: Anne Kiviluoma

Title of thesis: OR nurses` perception of the safety culture of perioperative nursing

Supervisor: Helinä Mesiäislehto-Soukka, Dr. of Health Care, Msc (Edu.), Master of Social Sciences, Lecturer, Hilikka Majasaari, MNSc, lecturer

Year: 2010

Number of pages:72

Number of appendices: 5

The purpose of this study was to describe the safety culture from the operating room nurses' perspective in the surgical unit of Seinäjoki Central Hospital. This work aims to produce information on safety culture for developing perioperative nursing and to create a basis for new bachelor's theses in the perioperative care environment. The research questions were how do operating room nurses assess the safety culture from organizational, psychological and social point of view. The study material consisted of answers given by 32 operating room nurses. The re-play percentage was 74. The research material was analyzed quantitatively using SPSS for Windows 18.0 statistical software. In describing the material, frequency and percentage distribution were used.

The research results show that day-to-day teamwork was good. More than 70% of operating room nurses felt that every professional group was appreciated. They believed that their immediate superiors paid attention to the proposals to improve on patient safety. 60% of survey participants reported that they developed the function towards a better patient safety in the workplace. Operating room nurses felt they carried out day-time work well and knew well the typical risks related to the perioperative nursing. Patient safety was actively noticed during the working day. There were problems in the flow of information, training of new working methods and shortage of staff in relation to workload. Nearly half of the nurses felt that the discussing error was difficult.

It is important to develop the information flow process, development of perioperative skills training and increasing the number of staff in relation to the demands of work. User training of HaiPro-reporting program and processing dangerous situations is necessary. Supportive and open atmosphere at work makes it easier to discuss errors and promotes patient safety in the perioperative nursing.

Keywords: patient safety, nursing, perioperative nursing, surgical care, security, culture.

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkuuettelo.....	6
1 JOHDANTO	8
2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	9
2.1 Perioperatiivisen hoitotyön lähtökohdat.....	9
2.2 Perioperatiivinen hoitotyö.....	10
3 POTILASTURVALLISUUTEEN LIITTYVIÄ TERMEJÄ	13
3.1 Potilasturvallisuus	13
3.2 Vaaratapahtuma.....	14
3.3 Potilasturvallisuusstrategia.....	17
4 TURVALLISUUSKULTTUURI	19
4.1 Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa.....	19
4.2 Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet.....	20
4.3 Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet	30
4.4 Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset ulottuvuudet	32
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	35
6 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT.....	36
6.1 Kyselylomake	36
6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	37
6.3 Opinnäytetyön aineisto ja sen analyysi	37
7 TULOKSET	39
7.1 Vastaajien taustatiedot.....	39
7.2 Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet.....	41
7.2.1 Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä ja yksiköiden välillä.....	41
7.2.2 Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen	42

7.2.3	Lähiesimiesten toiminta turvallisuuden varmistamiseksi	43
7.2.4	Resurssien hallinta.....	45
7.2.5	Osaamisen varmistaminen ja koulutus	46
7.2.6	Työn tukeminen ohjeilla sekä toimintatavat.....	46
7.3	Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet	48
7.3.1	Työhallinta.....	48
7.3.2	Turvallisuusmotivaatio.....	50
7.3.3	Työhön liittyvien vaarojen tiedostaminen	51
7.4	Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset ulottuvuudet	51
7.4.1	Toimintaympäristön normit, valtasuhteet ja sosiaalinen identiteetti.	51
7.4.2	Poikkeamien normalisointi	54
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	56
8.1	Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelua	56
8.1.1	Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet	56
8.1.2	Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet	58
8.1.3	Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset ulottuvuudet	60
8.2	Johtopäätökset.....	61
8.3	Jatkotutkimus haasteet	62
8.4	Opinnäytetyön luotettavuus.....	62
8.5	Opinnäytetyön eettisyys	64
8.6	Opinnäytetyöprosessin tarkastelua	65
	LÄHTEET	67
	LIITTEET	

Kuvio- ja taulukkoluetelo

KUVIO 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006), s. 15

KUVIO 2. Suomen potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009), s. 17

TAULUKKO 1. Kyselyyn vastanneiden leikkaussairaanhoitajien (n=32) taustatiedot s. 38

TAULUKKO 2. Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä ja yksiköiden välillä leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 39

TAULUKKO 3. Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 40

TAULUKKO 4. Osaston johdon ja lähiesimiesten toiminta turvallisuuden varmistamiseksi leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 42

TAULUKKO 5. Resurssien hallinta leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 43

TAULUKKO 6. Osaamisen varmistaminen ja koulutus leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 45

TAULUKKO 7. Työn tukeminen ohjeilla ja toimintatavat leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 46

TAULUKKO 8. Henkilökohtainen työnhallinta leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 47

TAULUKKO 9. Henkilökohtainen turvallisuusmotivaatio leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s.48

TAULUKKO 10. Työhön liittyvien vaarojen tiedostaminen leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 49

TAULUKKO 11. Toimintaympäristön normit, valtasuhteet ja sosiaalinen identiteetti leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s. 51

TAULUKKO 12. Poikkeamien normalisointi leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana, s.53

1 JOHDANTO

Terveysthuollon organisaatioissa yksi ajankohtaisimmista aiheista on potilasturvallisuus ja turvallisuuskulttuuri. Maailmalla potilasturvallisuustyötä on tehty jo vuosikymmeniä, mutta vuosituhaten vaihteessa potilasturvallisuuteen alettiin kiinnittää enenevässä määrin huomiota. Suomessa potilasturvallisuusajattelu käynnistyi laajemmin vuoden 2005 jälkeen. Ensimmäinen suomalainen potilasturvallisuusstrategia julkaistiin tammikuussa 2009. Tavoitteena oli ohjata sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. (Snellman 2009, 30 - 35.)

Perioperatiivinen hoitoympäristö on haasteellinen hoitohenkilökunnalle ja potilaalle. Tulos- ja tehokkuustavoitteet, hoitoympäristön teknistyminen ja henkilökunta-puolelta osaltaan lisäävät työn haasteellisuutta ja tilanteita, joissa potilasturvallisuus voi olla uhattuna. Potilasturvallisuus on osa perioperatiivisen hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta. Perioperatiivisen hoitoympäristön turvallisuuskulttuuria tarkastellaan organisatorisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta. Yhdessä nämä turvallisuuskulttuurin ulottuvuudet luovat perustan potilaan turvalliselle perioperatiiviselle hoitotyölle. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata leikkausosaston turvallisuuskulttuuria leikkaussairaanhoidajien arvioimana. Tavoitteena oli edistää potilasturvallisuutta perioperatiivisessa hoitoympäristössä ja luoda perustaa uusille opinnäytetöille. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusotteella ja opinnäytetyön aineisto kerättiin käyttäen kyselylomaketta.

Opinnäytetyön viitekehyksen aineiston haussa käytetyt tietokannat olivat Plari, Linda ja Medic. Käytetyt avainsanat olivat potilasturvallisuus, hoitotyö, perioperatiivinen hoitotyö, leikkaushoito, turvallisuus ja kulttuuri.

2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

2.1 Perioperatiivisen hoitotyön lähtökohdat

Hoitotieteeseen perustuvaa, terveysalan ammattilaisen antamaa hoitamista kutsutaan hoitotyöksi. Hoitotyön perustana käytetään tieteellisesti tutkittua tietoa, ammatilliseen kokemukseen ja käytänteisiin perustuvaa toimintaa, joista on saatu positiivisia tuloksia. Hoitotyötä tehdään yhdessä terveystalvelujen käyttäjän ja usein myös muiden terveysalan ammattiryhmien kanssa. Hoitotyön perustehtävänä on edistää ja tukea ihmisiä heidän oman terveyden ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Pyrkimyksenä on edistää toisen ihmisen hyvää, joten hoitotyöhön liittyy kiinteästi eettinen ulottuvuus. Hoitotyöntekijöitä ohjaa hoitotyön arvoperusta ja heidän tulee toimia sivistyneellä, inhimillisellä tavalla. (Eriksson ym. 2007, 32 - 33, Leino-Kilpi 2008, 23 - 26.)

Hoitotyötä tukevat ammattiryhmien eettiset ohjeet. Ohjeiden tarkoituksena on lisätä ammattikunnan yhteenkuuluvuutta ja varmistaa, että hoitotyön eettiset laatuvaatimukset ovat korkeat. Kansainvälisesti sairaanhoitajien työtä ohjaavat kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN) laatima eettisten ohjeiden kokoelma. Suomessa sairaanhoitajien työtä ohjaavat lisäksi Sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet vuodelta 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet suhteessa potilaaseen, työtovereihin, ammattikuntaan ja yhteiskuntaan. (Välimäki 2008, 166, 174, Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)

Hoitotyön ammatillisessa toiminnassa hoitotyöntekijällä on vastuu ihmisestä ja tehtävästä. Ihmisvastuista hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, oikeudenmukaisuus ja perusteltavuus. Ihmisarvoa kunnioittaen huolehditaan potilaan fyysisestä ja psyykkisestä eheydestä, koskemattomuudesta ja loukkaamattomuudesta. Hoitohenkilökunnan toiminnan lähtökohtina ovat yksityisyyden, yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hoitotyön perustana olevien humanististen arvojen

mukaisesti ihminen nähdään oman elämänsä subjektina; valintoja tekevänä, toimivana ja tiedostavana, vastuullisena ja vapaana yksilönä. Hoitotyön holistiset arvot ilmenevät ihmisen olemassaolon kokonaisvaltaisuuden huomioimisessa. Holistisessa ihmiskäsityksessä nivoutuvat yhteen yksilön tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus vaikuttaen toisiinsa samanaikaisesti. (Leino-Kilpi 2008, 27 - 30, Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 15-17, Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 14.)

Hoitotyön tehtävä vastuussa hoitohenkilökunnalla on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella oikeus ja mahdollisuus auttaa ja hoitaa toista ihmistä. Tehtävä vastuun mukaisesti työntekijän on jatkuvasti ylläpidettävä ja kehitettävä ammattitaitoaan. Toimintaa ohjaavina arvoina ovat toiminnan perusteltavuus, luotettavuus ja ammattilaisten keskinäinen arvonanto. Perusteltavuus liittyy tarpeeseen kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja siten taata tehtävävastuun toteutuminen. (Leino-Kilpi 2008, 29 - 30.)

2.2 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivisessa hoitoajattelussa korostuu potilaskeskeisyys hoitoteknisten taitojen ohella. Perioperatiivisessa hoitotyössä humanistiset arvot näkyvät pyyteettömänä huolenpitoa ja välittämisenä sekä toimintana, jossa kaikille potilaille turvataan oikeus hyvään, turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon. Hoitotyön holistiset arvot tarkoittavat perioperatiivisessa hoitotyössä potilaan kohtaamista kokonaisvaltaisesti. Perioperatiivista hoitotyötä ohjaavat periaatteet ovat turvallisuus, terveyskeskeisyys, perhekeskeisyys, yksilövastuinen hoitotyö ja hoidon jatkuvuus. Periaatteita noudattaen saavutetaan potilaan hyvä ja laadukas perioperatiivinen hoitotyö. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 10, 15 – 17,18, Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 14.)

Perioperatiivinen hoitoprosessi leikkausosastolla on osa kirurgisen potilaan hoitoprosessia. Ajallisesti hoitoprosessi voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksenaikainen vaihe sekä postoperatiivinen eli leikkauksenjälkeinen vaihe. Leikkausosastolla

preoperatiiviseen hoitovaiheeseen kuuluvat potilastietojen keruu, leikkauksen ja anestesian vaatima hoitoympäristön valmistelu leikkaussalissa sekä mahdollisesti perioperatiivisen sairaanhoitajan ja potilaan tapaaminen ennen siirtymistä leikkausosastolle. Intraoperatiivisessa hoitovaiheessa toteutetaan potilaan tarvitsema kirurginen hoito toimenpiteen vaatimassa anestesiassa. Postoperatiivinen hoitovaihe sisältää potilaan välittömän leikkauksen jälkeisen valvonnan ja ohjauksen heräämössä, teho- tai valvontaosastolla kunnes potilas siirretään vuodeosastolle, kotiin tai johonkin muuhun jatkohoitopaikkaan. (Lukkari ym. 2007, 20 - 22.)

Intraoperatiivisessa hoitovaiheessa korostuvat intensiivinen ja systemaattinen moniammatillinen ryhmätyö. Välitön leikkaussaliin koostuu sairaanhoitajista, anestesia- ja kirurgista. Välillisesti potilaan hoitoon voivat osallistua lääkintävahtimestari tai lähihoitaja, väline- ja sairaalahuoltajat, röntgenhoitajat ja -lääkärit sekä osastonsihteerit. Työryhmän jäsenenä perioperatiivinen sairaanhoitaja tietää omat työtehtävänsä ja kantaa vastuun hoidon toteutuksesta oman ammattitaitonsa edellyttämällä tavalla. Hän ymmärtää muiden ammattiryhmien vastuut ja tehtävät, työskentelee siten että yksittäisistä työsuorituksista syntyy kokonaisuus, josta muodostuu laadullisesti hyvää ja vaikuttavaa hoitoa. Päästäkseen edellä kuvattuun tavoitteeseen edellytetään ryhmän jäseniltä yhteistoiminnallisuutta, kollegiaalisuutta, työtehtävien organisointia, avointa kommunikointia sekä luottamusta ja kunnioittamista eri ammattiryhmien välillä. (Lukkari ym. 2007, 27 - 30, Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996.)

Tehokkuus- ja laatuvaatimukset asettavat haasteita perioperatiivisessa hoitoympäristössä työskenteleville. Perioperatiivinen hoitotyö muuttuu kokoajan. Potilaita on määrällisesti enemmän, potilaat ovat huonokuntoisempia, monisairaampia ja iäkkäämpiä. He osallistuvat omaan hoitoonsa, tietävät eri hoitomuodoista ja osaavat odottaa laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa. Monikansallisuus näkyy myös terveydenhuollossa ja asettaa omat vaatimuksensa potilaan aitoon ja kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Perioperatiivisen sairaanhoitajan kyvykkyys eli kompetenssi vastata ammatillisiin haasteisiin muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksista, vuorovaikutusosaamisesta, omista arvoista ja asenteista, motivaatiosta, energiasta ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Tarvittavia taitoja ovat myös erilaisuuden sietokyky, kommunikaatiovalmius, oppimiskyky ja halu kehittää ammatillisia valmiuksia.

Ongelmanratkaisu-, kehittämis- ja yhteiskunnalliset osaamistaidot ovat myös tärkeitä. (Lukkari ym. 2007, 27 - 30.)

3 POTILASTURVALLISUUTEEN LIITTYVIÄ TERMEJÄ

Kansainvälisesti ja kansallisesti on katsottu tarpeelliseksi määritellä tarkemmin potilasturvallisuuteen liittyvät termit ja sanastot. Sanastojen ja luokittelujen tarkoituksena on saada yhteinen kansainvälinen potilasturvallisuuteen liittyvä kieli. Maailman terveysjärjestön WHO:n sanastohankkeen tuloksena syntyi kokeilukäyttöön tarkoitettu International Classification for Patient Safety - sanasto. EU:ssa tehtävä sanastotyö tukeutuu WHO:n sanastotyöhön. Suomessa julkaistiin ensimmäinen potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto vuonna 2006. (Snellman 2009, 37, Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 7 - 8.)

3.1 Potilasturvallisuus

Suomessa potilasturvallisuus on määritelty terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteiksi ja toiminnoiksi. Toiminnan tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon turvallisuus ja samalla estää potilaan vahingoittuminen. Potilaan hoidon turvallisuus voidaan osaltaan jakaa hoitomenetelmien turvallisuuteen ja hoitamisen turvallisuuteen. Potilasturvallisuus ja sen edistäminen kuuluvat terveydenhuollon ammatillisuuden peruseriaatteisiin ja siten erottamattomasti osaksi hoitotyön laatua. (Snellman 2009, 37 - 38, Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 42.)

Potilasturvallisuus käsitteenä sisältää hoidon turvallisuuden, joka jakaantuu edelleen lääkehoidon turvallisuuteen ja laiteturvallisuuteen (kuvio 1). Potilaan hoidon turvallisuus voidaan osaltaan jakaa hoitomenetelmien turvallisuuteen ja hoitamisen turvallisuuteen. Lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus ovat keskeisessä asemassa terveydenhuollossa. Nämä onkin nostettu omiksi itsenäisiksi osa-alueiksi. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5.) Hoitotyössä kolme keskeisintä potilasturvallisuustyön aluetta ovat lääkehoidon turvallisuuden varmistaminen, hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisy sekä potilaiden kaatumisten ja pu-

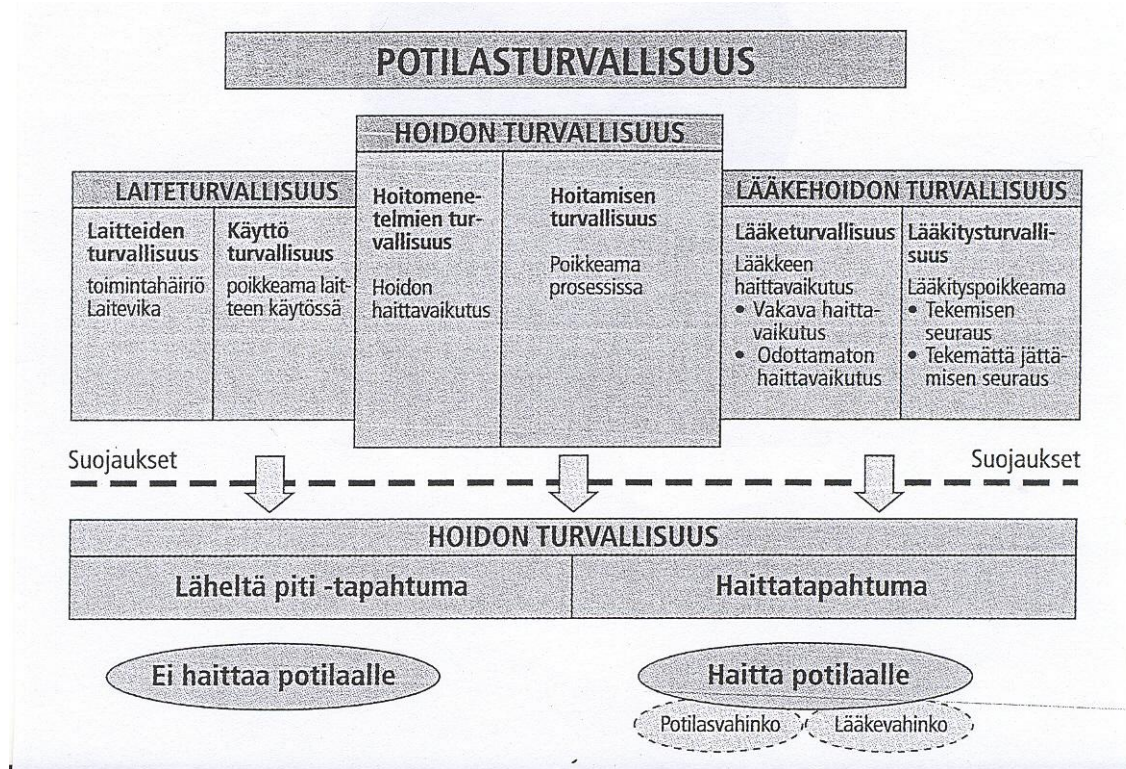
toamisten ehkäisy. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 45). Terveysterveys- ja terveydenhuollon organisaatioissa ollaan tekemisissä moninaisten vaarojen kanssa, joita voidaan luokitella ja kuvata eri tavoin. Mekanismit, joiden kautta potilasturvallisuus voi vaarantua ovat laitteiden toiminnasta, laitteiden käytöstä, hoitomenetelmistä, hoitoprosesseista, lääkkeistä ja niiden käytöstä aiheutuvia vaaroja ja tilanteita, joissa potilaan tilaan ei ole mahdollista reagoida tarkoituksenmukaisella tavalla esim. puutteellisten henkilöstö- ja materiaaliressurssien takia. (Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 21 - 23.)

3.2 Vaaratapahtuma

Potilasturvallisuuteen liittyvät suojaukset (kuviokuva 1) ovat organisaation toimintaprosesseihin tietoisesti ja järjestelmällisesti suunniteltuja rakenteita ja menettelytapoja, joiden tarkoituksena on tunnistaa ajoissa haitalliset poikkeamat ja estää niiden johtaminen vaaratapahtumaan. Poikkeama voi olla mikä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin tai ympäristöön liittyvä ei-toivottu tapahtuma. Poikkeama voi liittyä mm. kirjaamiseen, seurantaan, raportointiin sekä ennaltaehkäisyyn, taudinmääritykseen, hoitoon tai kuntoutukseen. Suojausten pettäminen aiheuttaa vaaratapahtuman, joka on joko läheltä piti -tapahtuma tai haittatapahtuma. (Knuutila ym. 2007, 7 - 8, Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6.)

Vaaratapahtumien syntyyn liittyvät tekijät voivat vaikuttaa välittömästi tai välillisesti. Välittömät tilanteissa vaikuttavat tekijät kuten kommunikointi ja tiedonkulku, toimintatavat, työympäristö, -välineet ja resurssit johtavat suoraan läheltä piti -tapahtumaan tai haittatapahtumaan. Välillisesti vaikuttavia eli ns. vaaratapahtumille altistavia tekijöitä ovat suullisen kommunikoinnin puutteellisuus tai epäselvyys, puutteet tehtävien koostumuksessa ja selkeydessä. Työmenetelmät ja toimintatavat saattavat olla puutteellisia, henkilökunnan määrä ja laatu eivät vastaa tarvetta tai työnkuormittavuus ja aikapaine yhdessä muiden vaikuttavien tekijöiden kanssa lisäävät riskiä virheiden todennäköisyyteen ja haitallisiin seurauksiin. Tapahtumatilanteisiin ja olosuhteisiin liittyvät puutteet ja heikkoudet lisäävät virheiden esiintymisen ja haitallisten seurausten mahdollisuutta. Vaaratapahtumille altistavat tekijät

ovat merkkejä siitä, että organisaation perusprosessit eivät toimi tarkoituksenmukaisella tavalla. (Knuutila ym. 2007, 9, 32 - 36.)



KUVIO 1. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 5).

Läheltä piti -tapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitalta vältyttiin sattumalta tai siksi, että poikkeava tapahtuma tai vaaratilanne havaittiin ajoissa ja haitalliset seuraukset pystyttiin estämään. Läheltä piti -tapahtuma voi olla mikä tahansa poikkeama terveydenhuollon tuotteissa. Se voi olla toimintatapoihin, -järjestelmiin ja ympäristöön liittyvä suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. (Knuutila ym. 2007, 7 - 8, Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 6.)

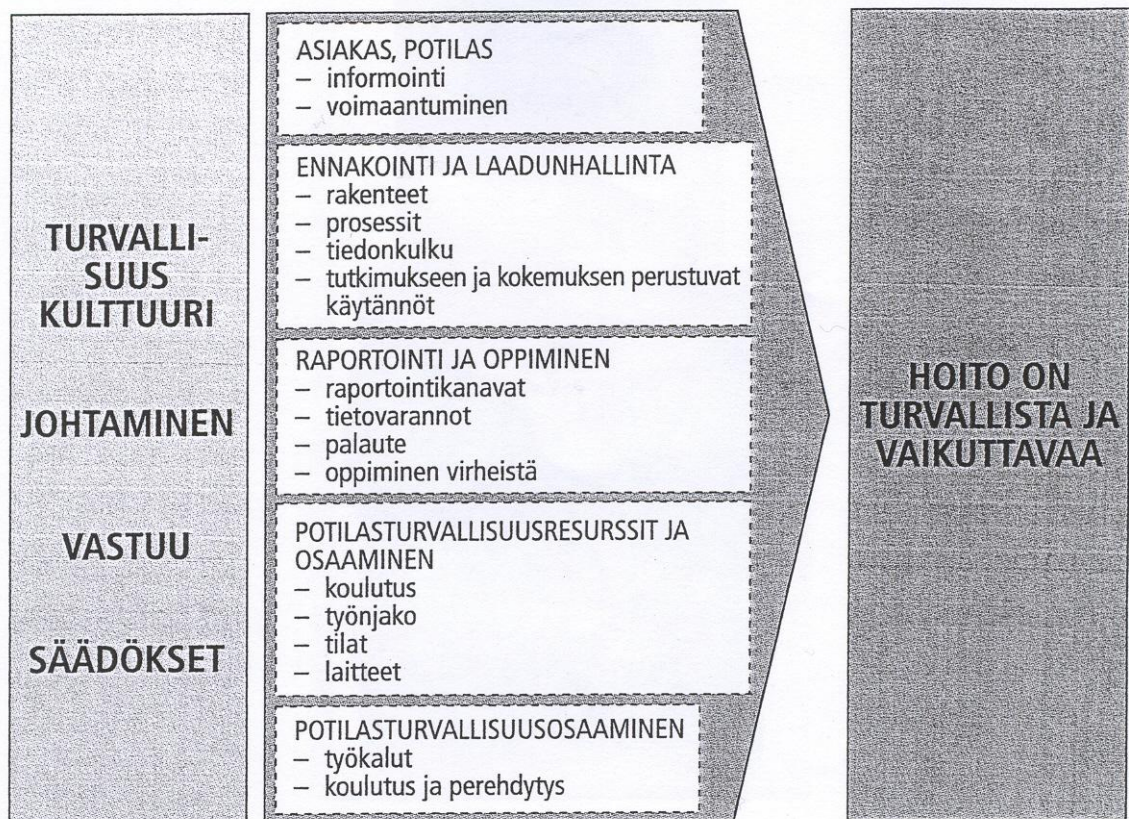
Haattatapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta on potilaalle aiheutuva tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus. Se voi olla potilaan ja/tai ammattihenkilön toteama fyysinen, psyykinen, emotionaalinen, sosiaalinen tai taloudellinen haitta. Haittavaikutus on hoitomenetelmän aiheuttama haitallinen ja tahaton vaikutus, joka ilmenee sairauden ehkäisyyn, taudin määrityksen tai hoitoon tavanomaisesti käytettyjen menetelmien yhteydessä. Normaaliin hoitoon verrattuna se aiheuttaa objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle. Se voi aiheuttaa hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Joskus haittavaikutuksen synonyyminä käytetään sanaa komplikaatio, joka voi tarkoittaa lisätautia, jälkitautilia, sivuhäiriötä tai hoidon sivuvaikutusta. (Knuutila ym. 2007, 8, Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 7.)

Potilaalle aiheutuva haitta luokitellaan joko potilasvahingoksi tai lääkevahingoksi. Potilasvahinko on potilasvahinkolain (585/1986) määrittelemä, vakuutuskorvaukseen oikeuttava terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä aiheutunut henkilövahinko. Henkilövahinko voi olla sairaus, vamma tai muu terveydentilan tilapäinen tai pysyvä heikentyminen tai kuolema. Lääkevahingoksi luokitellaan tilanne, jossa vahingon kärsineen käyttämä lääke on todennäköisesti aiheuttanut ruumiillisen sairauden tai vamman tai edellisiin rinnastettavan vakavan psyykkisen sairauden. (Knuutila ym. 2007, 7 - 8, Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 7.)

Leikkausosasto hoitoympäristönä on haasteellinen henkilökunnalle ja potilaalle. Arvioidaan, että lähes puolet kaikista haattatapahtumista tapahtuu leikkaussaliympäristössä. Näistä jopa yli puolet olisi estettävissä. Leikkausosastolla potilasturvallisuus liittyy leikkaustoimenpiteen oikeaan diagnoosiin ja siihen liittyvään toimenpiteeseen, toimenpiteen aikaiseen valvontaan, lääkintään sekä toimenpiteen jälkeiseen kuntoutukseen. Konkreettisia operatiiviseen toimintaan liittyviä vaaratapahtumia voivat olla mm. toimenpiteessä eri potilas kuin tarkoitus, sekaannus operoitavasta paikasta, tapaturma tai vahingoittuminen operaation yhteydessä. Vaaratapahtuma on myös esineen unohtuminen tai rikkoutuminen potilaan sisälle leikkauksen yhteydessä. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa. Termi kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden ja laiteturvallisuuden. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 94, Knuutila ym. 2007, 7, liite 1.)

3.3 Potilasturvallisuusstrategia

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian toiminta-ajatuksena vuosille 2009-2013 on potilasturvallisuuden edistäminen yhdessä. Tavoitetilana on potilasturvallisuuden ankkurointi toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin vuoteen 2013 mennessä. Strategian tavoitteena on potilaiden osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen. Potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti, vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan. Potilasturvallisuuden edistämiseen suunnataan riittävästi voimavaroja. Potilasturvallisuus huomioidaan koulutuksessa, perehdytyksessä ja terveydenhuollon tutkimuksessa. Potilasturvallisuusstrategiassa potilasturvallisuus näkökulmat ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset (kuvio 2). Potilasturvallisuuteen ja poikkeamien hallintaan keskeisesti liittyvä lainsäädäntö on luetteloituna liitteeseen 1. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 3, 13.)



KUVIO 2. Suomen potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13.)

Potilasturvallisuus nähdään osaksi yleistä erikoissairaanhoidon laatua ja turvallisuussuunnittelua. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laatuneuvosto on vahvistanut suunnitelmakaudelle 2010 – 2012 yhdeksi opetus- ja tutkimustoiminnan painoalueeksi potilasturvallisuuden. Tavoitteena on tehdä sairaanhoitopiirin potilasturvallisuusstrategia. (Tutkimus- ja kehittämistoiminta 2010, Potilaan hyvä hoito 2010, 9 - 10.)

4 TURVALLISUUSKULTTUURI

4.1 Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa

Turvallisuuskulttuuri terveydenhuollossa on määritelty yksilöiden ja yhteisön tavaksi toimia niin, että varmistetaan potilaiden saaman hoidon turvallisuus. Yksilöiden ja yhteisön tapa toimia perustuu arvoihin, joilla pyritään poistamaan kaikessa toiminnassa potilaalle koituvat haitat. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä yhteisön ja yksilöiden toiminnan jatkuva kehittäminen. Toimintaa kehitettäessä käsitellään havaittuja poikkeamia, läheltä piti –tapauksia ja haittatapahtumia luottamuksellisessa, avoimessa ja syyllistämättömässä ilmapiirissä, jossa jokainen voi tuoda esiin havaitsemiinsa potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä toimintaympäristössä. Terveydenhuollon turvallisuuskulttuurin vahvistaminen edellyttää yhteisen vastuun ottamista organisaation toiminnasta. Jokainen työntekijä asennoituu potilaan hoitoon siten, että arvioi työtään ja tilanteita myös potilaan hoitoon liittyvien riskien kannalta, ymmärtää työhön sisältyvät vaarat ja toimii riskien minimoimiseksi. Turvallisuuskulttuurin luominen ja ylläpitäminen on siis koko henkilöstön - ei ainoastaan johdon - tehtävä. (Pietikäinen ym. 2008, 24 - 26, Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 14 - 15, Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 43.)

Vuonna 2005 VTT, Valtion teknillinen tutkimuskeskus, sosiaali- ja terveysministeriö ja Lääkelaitos alkoivat kehittää internet-pohjaista HaiPro vaaratapahtumien raportointiohjelmaa terveydenhuollon yksiköiden sisäiseen käyttöön. Raportointiohjelman tavoitteena on saada kattavasti tietoa yksikössä esiintyvistä vaaratapahtumista ja -tilanteista niin, että vaaratapahtumien toistuminen voidaan estää. Potilasturvallisuuden kehittäminen on verrattavissa laatutoimintaan, johon terveydenhuollon yksiköt ryhtyvät oma-aloitteisesti ja vapaaehtoisesti. Vuoden 2007 alusta HaiPro-ohjelmaa tarjottiin vapaasti terveydenhuolto organisaatioiden käyttöön. Vuoden 2008 alussa HaiPro-projekti päättyi ja siirtyi yksityisen yrityksen tuotteeksi, jota toimintayksiköt voivat ostaa käyttöönsä. (Kinnunen 2009, 121.)

Potilasturvallisuuden mittaamiseen on olemassa neljä eri tyyppistä lähestymistapaa. Kaikkia näistä lähestymistapoja voidaan käyttää organisaatiotasolla, aluetasolla sekä kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Lähestymistavat ovat potilasturvallisuuskulttuurin mittaaminen, potilaiden kokemusten kerääminen kyselyillä, potilasturvallisuustapahtumien eli haittatapahtumien ja ”läheltä piti –tilanteiden” tilastointi ja analysointi sekä potilasturvallisuusindikaattoreiden muodostaminen ja seuraaminen. (Hämäläinen & Rintanen 2008, 104 - 105.)

Reiman, Pietikäinen & Oedewald (2008) ovat määritelleet turvallisuuskulttuurin seuraavasti:

Olemukseltaan turvallisuuskulttuuri on organisaation kykyä ja tahtoa ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, sekä kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista ja edistää turvallisuutta.

Turvallisuuskulttuuri määritelmässä turvallisuuskulttuuri nähdään ”monitasoisena ilmiönä, jossa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit.” Organisaation turvallisuuskulttuuria arvioitaessa on tärkeää huomioida kaikki turvallisuuskulttuurin kolme ulottuvuutta – organisatoriset, psykologiset ja sosiaaliset prosessit. (Reiman ym. 2008, 3.)

Tämän opinnäytetyön turvallisuuskulttuurin viitekehyksenä käytettiin Reimanin ym. (2008) turvallisuuskulttuuri määritelmää. Opinnäytetyön lähestymistapana oli potilasturvallisuuskulttuurin mittaaminen turvallisuuskulttuurin organisatoristen, psykologisten ja sosiaalisten ulottuvuuksien mukaisesti.

4.2 Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet

Terveysthuollon turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet muodostavat edellytykset turvallisuuskulttuurin sosiaalisille ja psykologisille ulottuvuuksille ja sitä kautta turvallisuudelle. Organisatoriset ulottuvuudet ovat konkreettisia organisaation toimintaprosesseja, joita voidaan arvioida ja kehittää. (Pietikäinen ym. 2008,

27.) Seuraavassa tarkastelen potilasturvallisuuden yhteydessä olevia tekijöitä turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien mukaisesti.

Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä ja yksiköiden välillä. Kommunikoinnin ja tiedonkulun katkokset eri ammattiryhmien välillä ja ammattiryhmän sisällä ovat yksi tärkeimmistä potilasturvallisuutta uhkaavista tekijöistä. Potilaan hyväksitty tiimityö edellyttää saumatonta yhteistyötä ja kommunikaatiota leikkaustien kanssa. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 94, Niemi-Murola 2005, 307.) Lehtolan (2009, 58) teho-osastolle sijoittuvan tutkimuksen mukaan suurin yhteinen haittapahtuma olosuhteiden syntymiseen myötävaikuttanut tekijä oli kommunikointi ja tiedonkulku. Puutteita ilmeni käytettävissä olevan tiedon hyödyntämisessä ja kirjallisessa kommunikoinnissa. Joissakin tapauksissa myös suullinen kommunikointi oli puutteellista tai epäselvää.

Perioperatiivisessa hoitoympäristössä salitiimin välisiä kommunikaatio ongelmia esiintyy tiedonannon ajoituksessa operatiiviselta puolelta anestesiapuolelle. Operatiivisen puolen tärkeää potilasta koskevaa tietoa on vaikea vastaanottaa samanaikaisesti anestesian aloitus- ja lopetusvaiheen aikana. Puhelimen välityksellä tapahtuva konsultointi koetaan myös hyvin epävarmana ja riskialttiina väärinymmärrysten ja väärinkuulemisten takia. (Peltomaa 2008, 50 - 52, Seppä 2008, 1210.) Potilasta hoitavan henkilökunnan vaihtuessa leikkauksen aikana lisääntyy riski tiedonkulun katkoksille (Seppänen 2009, 43).

Kriittisiä vaiheita tiedonkulun kannalta ovat potilaan siirtyminen yksiköstä toiseen. Esimerkiksi leikkaukseen tulevaa potilasta saattaa olla tuomassa leikkaussaliin henkilö, joka ei tunne potilasta tai antaa muuten heikon ja puutteellisen raportin. Tiedonkulku liittyy olennaisesti myös turvalliseen lääkehoitoon. Perioperatiivisen hoitolomakkeen huolellinen täyttö, josta ilmenee mm. lääkeaineallergiat, auttaa huomioimaan annettavan lääkkeen soveltuvuuden potilaalle. Kirjalliseen viestintään liittyvä epäselvä käsiala aiheuttaa tulkintavirheitä, jonka seurauksena potilaat saavat väärää lääkettä, tupla-annoksen lääkettä tai lääkkeen antotapa on ollut virheellinen. (Lehtola 2009, 55, 87 - 88, Peltomaa 2008, 50 - 52, Yli-Villamo 2008, 31, 39, Toikkanen 2008, 3789, Alfredsdottir 2008,33.)

Päivittäiseen työhön tarvittava tieto on helposti saatavilla vaikkakin tietojärjestelmien käyttöön liittyvien haasteiden koetaan vaikuttavan potilasturvallisuuteen (Pietikäinen ym. 2008, 45). Väärä kirjaaminen, kirjaamatta jättäminen tai ei kirjattu kaikkea, vaarantavat potilasturvallisuuden. Päällekkäiskirjaaminen, tietojen kopiointi sähköiseen potilasjärjestelmään ja paperille lisäävät vaaratilanteiden ja läheltä piti -tilanteiden esiintyvyyttä. (Peltomaa 2008, 26, Yli-Villamo 2008, 39.) Myös Sillanpään (2009, 32 - 33, 38) mukaan ongelmat tiedonkulussa, preoperatiivisen tiedon puutteet, ongelmat kommunikoinnissa tiimin kesken ja epäselvät määräykset vaarantavat potilasturvallisuuden leikkausosastolla.

Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen, tiimin ja ryhmän toiminta. Leikkausosaston moniammatillisissa tiimeissä korostuvat ammatillinen osaaminen ja tiimin jäsenten vuorovaikutustaidot. Hyvin toimivassa tiimissä yhteistyösuhteet lääkäreiden ja hoitajien välillä toimivat kiitettävästi, sairaanhoitajien työtyytyväisyys lisääntyy ja henkilökunnan vaihtuvuus vähenee. Lisäksi sairaanhoitajien ja lääkäreiden hyvä yhteistyö on yhteydessä vähäisempään potilaiden sairaalakuolleisuuteen. (Meretoja & Koponen 2008, 14). Hyvä leikkaushoitotyön tiimi mahdollistaa potilaan oikea-aikaisen hoidon sekä hyvän ja turvallisen leikkauksen aikaisen hoidon (Silèn-Lipponen, Turunen & Tossavainen 2004, 188, Niemi-Murola 2005, 306). Virheille altistavia tekijöitä leikkaustiimeissä ovat virheiden pelko, vaihtuvat tiimit, osaamattomuus, ylityöt ja henkinen paine. Velvollisuus työskennellä tuntemattomilla erikoisaloilla, erilaisin taidoin varustettujen henkilöiden kanssa sekä tietämättömyys tiimin jäsenten osaamisesta ja työskentelytavoista aiheuttavat epävarmuutta, joka heijastuu toisiin tiimin jäseniin ja aiheuttaa huolta potilaiden turvallisuudesta. Jos henkilöstön tekninen tai sosiaalinen selviytyminen vie liiaksi voimavaroja, tiimin jäsenten on vaikea kyseenalaistaa toimintaansa, huomata poikkeamia hoitotilanteissa ja estää niiden johtaminen vaaratapahtumiin. Tiimissä tulisi olla riittävästi kokenutta henkilökuntaa, sillä kokemuksen kautta kertyy kyky ottaa vastuuta ja reagoida poikkeamiin riippumatta kenen virheestä on kyse. (Silèn-Lipponen 2008, 142 - 144, Alfredsdottir 2008, 33.) Silèn-Lipponen (2008, 146) mukaan Kovner ja Gergen ovat todenneet, että vähän koulutetut ja uudet työntekijät luottavat koulutettuja enemmän rituaaleihin hoitotyössä, ovat löyhemmin sitoutuneita sekä aiheuttavat suuremman riskin virheille työyhteisössä.

Pitkäaikaiset, osaavat ja koulutetut työntekijät, jotka omaavat huonot yhteistyötaidot voivat myös heikentää tiimityöskentelyä. Hitautta, väsyneisyyttä ja epävarmuutta siedetään huonosti sekä ikääntymisen koetaan heikentävän tiimityötä. (Silèn-Lipponen 2008, 142.) Henkinen paine, esimerkiksi riitely leikkauksen aikana saattaa johtaa tunteiden ylikuumentumiseen ja vaarantaa potilasturvallisuuden. Hoitajat vaativat itseltään kykyä työskennellä häiriintymättä henkisestä pahanolon tunteesta huolimatta. Hoitajan tehtävä on tiimin työrauhan ylläpitäminen. Puutteet kollegiaalisuudessa, työntekijöiden haluttomuus kommunikoida keskenään ja tehtävien välttely johtavat siihen, että hoitajat ovat yleisiä tiedon välittäjiä ja altistuvat tahattomasti toisten tunteenpurkauksille. Henkinen paine ja tiedonkulun puutteet johtavat väärinymmärryksiin ja aiheuttavat riskejä potilaan turvalliseen hoitoon. (Silèn-Lipponen 2008, 143, Niemi-Murola 2005, 306.)

Johdon ja lähiesimiesten toiminta turvallisuuden varmistamiseksi. Organisaation rakenteelliset ratkaisut luovat puitteet työnteolle ja antavat viitteitä siitä, mikä on johdon mielestä työssä tärkeää ja mistä asioista on huolehdittava. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat keskeisesti myös viranomaisvaatimukset ja –valvonta mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista L785/1992, laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä L559/1994, A 564/1994 ja viranomaistoiminta (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto VALVIRA). Ammattitehtävät edellyttävät hyväksytyä koulutusta ja ammattihenkilöillä on juridinen vastuu työssään. Henkilökohtainen juridinen vastuu korostuu kun tapahtuu ei-toivottu potilashaitta. (Reiman & Oedewald 2009, 46 - 47.)

Potilasturvallisuuden kehittämisessä korostetaan ylimmän johdon roolia turvallisuuden varmistamiseksi (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 45). Terveystieteiden organisaatioissa potilasturvallisuuden systemaattinen kehittäminen on käynnistynyt eri tavoin. Osassa organisaatioista potilasturvallisuuden kehittäminen koetaan johtajalähtöiseksi kun taas osassa organisaatioista potilasturvallisuuden kehittäminen on lähtenyt ruohonjuuritasolta ja kehittämistyölle kavautaan muodollisempaa merkitystä ja ylimmän johdon sekä valtakunnan tason tunnustusta. (Pietikäinen ym. 2008, 48.) Seppäsen (2009, 46) tutkimuksen mukaan potilasturvallisuutta edistävän ilmapiirin luomisessa johdon toimet ovat puutteellisia eivätkä sairaalan toimet varsinaisesti osoita potilasturvallisuuden prioriteettiä.

teettä. Samassa tutkimuksessa nousi esiin myös yhtä merkittävänä osuutena johdon toiminta potilasturvallisuutta edistävänä toimintana. Kritiikkiä sairaalan johdon toimia potilasturvallisuutta lisäävän ilmapiirin luomiseksi esittivät voimakkaammin sairaanhoitajat verrattuna lääkäreihin. Yli-Villamon (2008, 56) mukaan organisaation hallinnon rooli potilasturvallisuutta edistävässä toiminnassa on erittäin merkittävä. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat ettei potilasturvallisuudesta puhuta yleisesti toimintaa koordinoivan ja hallinnoivan johdon kanssa vaikka avointa ja säännöllistä keskustelua olisi tarpeen käydä.

Eritasoisten esimiesten toiminta ja suhtautuminen on keskeinen vaikuttava tekijä potilasturvallisuustyön eteenpäin viemisessä. (Pietikäinen ym. 2008, 47, Vanhasasi-Huida 2008, 44.) Hoitotyön johtaja osallistuu riskien ennakointiin, poikkeamien ja vaaratapahtumien seurantaan ja analysointiin sekä rakenteiden ja prosessien korjaamiseen moniammatillisessa yhteistyössä. Toimintayksikön riskien- ja laadunhallintaan kuuluvat hoitotyön laadunvarmistus ja potilasturvallisuus. Hoitotyön johtajien vastuulla ovat hoitosuositusten ja hoito-ohjeiden saatavuus työyksikössä. Vastuu näyttöön perustuvien ja hyvien käytäntöjen soveltamisesta hoitotyössä kuuluu myös hoitotyön johtajille. Yleisten haittatapahtumien riski pienenee käytettäessä näyttöön perustuvia käytäntöjä. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 45.) Tutkimusten mukaan esimiesten suhtautuminen potilasturvallisuuteen vaihtelee. Pietikäisen ym. (2008, 47) mukaan lähiesimiehet ottavat huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi, kun taas Seppäsen (2009, 45 - 46) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kokevat, että johtajat eivät ota heidän ehdotuksiaan potilasturvallisuuden lisäämiseksi vakavasti. Selviä potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratilanteita tiedostetaan, mutta tehdäänkö mitään potilasturvallisuuden edistämiseksi. Potilasturvallisuudesta ollaan kiinnostuneita silloin kun vaaratapahtuma on sattunut. Vanhasasi-Huidan (2008, 40) mukaan suurin osa osastonhoitajista oli saanut koulutusta potilasturvallisuudesta ja oli kiinnostuneita käyttämään HaiPro-vaaratapahtumien raportointiohjelmaa. Yli-Villamon (2008, 56) mukaan vaaratapahtumia kirjataan ja tilastoidaan HaiPro-ohjelmaan, mutta niitä ei käsitellä yleisesti.

Sairaaloissa toimiva kaksoislinjaorganisaatio, hoitajien ja lääkäreiden muodostaessa oman linjansa, on haasteellinen organisaatiomalli potilasturvallisuuden kannalta.

Vastuu potilaan turvallisesta hoidosta jakaantuu ihmisille, jotka eivät kuulu hallinnollisesti samaan yksikköön. Terveysthuollossa viranomais toiminta on hajautunut ja toiminnanlaatu on jatkuvaa, eikä toiminnan keskeyttämisen uhka ole samanlainen kuin esim. lentoyhtiöillä. Edellä mainituista seikoista johtuen terveydenhuollossa ei ole aina kiinnitetty huomiota riittävästi turvallisen työn rakenteellisiin edellytyksiin kuten suosituksiin henkilöstön pätevydestä ja ohjeiden noudattamisesta. (Reiman & Oedewald 2009, 46 - 47.) Lehtolan (2009, 66 - 67) tutkimuksen mukaan työntekijöillä on selvillä vastuunjako turvallisuuden osalta. Laatujärjestelmän mukaisesti määritellään kenelle kuuluu ylin vastuu. Se tuodaan myös selvästi esille, että jokainen työntekijä on vastuussa omasta työstään.

Kansainvälisissä magneettisairaala tutkimuksissa hoitotyön johtajien on kuvattu toimivan selvästi eri tavalla kustannuspaineiden ja muiden paineiden alla. Näissä organisaatioissa hoitotyön johtajat ovat määrittäneet hoitotyön muutoksen suunnan. Toimintatapa on ollut selkeästi erilainen verrattuna muihin sairaaloihin. Magneettisairaala tai vetovoimainen terveydenhuolto-organisaatio statuksen omaavissa yksiköissä toteutuu hoitotyön korkea laatu. Magneettisairaala status on erinomaisen hoitotyön kultainen standardi, joka symbolisoi vaikuttavuutta ja turvallista hoitotyötä. Sen avulla arvioidaan turvallista hoitotyötä kuvaavia osatekijöitä. Näitä osatekijöitä ovat työntekijöiden tyytyväisyys ja pysyvyys, ammatillinen osaaminen ja kehittyminen sekä vaikuttava moniammatillinen yhteistyö. (Partanen ym. 2008, 70 - 71.)

Resurssien hallinta, työympäristö, ja -välineet. Yksi merkittävimmistä turvallisuushaasteista liittyy työn resursointiin (Alfredsdottir 2008, 34 . 35). Hoitotyön esimiesten tehtävänä on huolehtia henkilöstön määrän, rakenteen ja osaamisen sekä työskentelyolosuhteiden vastaavuus työyksikön perustehtävään ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Edellä mainittujen seikkojen vastaavuus mahdollistavat hoitotyön toteuttamisen hyvän hoidon laatuvaatimusten mukaisesti ja turvallisesti. (Lehtola 2009, 83, Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 45.) Resurssien hallintaan, osaamisen varmistamiseen ja koulutukseen esimiehet kokevat vaikutusmahdollisuutensa rajallisiksi. Jatkuvana kuormittavana tekijänä esimiestyössä ovat ammattitaitoisten uusien työntekijöiden rekrytointi ja perehdyttämisen haasteet. (Pietikäinen ym. 2008, 47 - 48.)

Henkilöstöressurssien hallinnan osalta keskeiset johtamisen välineet terveydenhuollon organisaatioissa ovat henkilöstön kehittämis- ja rekrytointisuunnitelmat. Toimintayksikön strategisessa henkilöstösuunnitelmassa määritellään henkilöstön määrä ja osaaminen suhteessa palvelun strategiaan tavoitteisiin. Henkilöstöjohtamisen toiminnoilla vaikutetaan henkilöstön riittävyteen ja saatavuuteen, työntekijän osaamiseen ja työn vaatimusten tasapainoon, työhyvinvointiin sekä asiakkaiden saamaan hoidon laatuun. Vetovoimaisiin sairaaloihin kohdistuneissa tutkimuksissa magneettisairaaloiden tunnuspiirteitä ovat professionaalinen, hoitotyön asiantuntijuutta, autonomiaa ja päätöksentekomahdollisuuksia tukeva johtamiskulttuuri sekä johdon ja henkilöstön välinen hyvä, yhteistyösuhteita tukeva ilmapiiri. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 62 - 64.)

Pula pätevistä terveydenhuollon ammattilaisista aiheuttaa todellisen potilasturvallisuusuhan ja näin ollen ammattihenkilön henkilökohtaisen soveltuvuuden huomiointi voi jäädä toteutumatta. (Reiman & Oedewald 2009, 48, Yli-Villamo 2008, 77 - 80.) Resurssien hallintaan liittyvät haasteet kuten henkilökunnan määrä työtehtävistä selviytymiseen arvioidaan liian vähäiseksi (Pietikäinen ym. 2008, 48). Henkilökunnan työmäärä sairaaloissa on suuri. Suuri osa lääkäreistä ja vielä suurempi osa sairaanhoitajista yrittää selviytyä liian suuresta työmäärästä pyrkien tekemään liian paljon liian nopeasti. Työyksiköissä käytetään myös liian paljon tilapäistyövoimaa kuin se olisi potilasturvallisuuden kannalta suotavaa. Tilapäistyövoiman käyttö aiheuttaa kasvavan riskin vaaratapahtumille, koska vaaratapahtumia esiintyy eniten silloin kun henkilöstö toimii vieraassa työympäristössä. (Seppänen 2009, 46, Alfredsdottir 2008, 34.)

Organisaation toimintaa suhteessa leikkaustiimityössä virheille altistaviin tekijöihin on tarkasteltu hoitotieteessä. Virheiden ehkäisyyn voidaan vaikuttaa työn hyvällä aikatauluttamisella, tasokkaalla johtamisella, riittävän ammattitaitoisen työvoiman resursoimisella ja väliaikaisen työvoiman oikealla kohdentamisella ammattitaidon mukaisesti. (Silén-Lipponen, Tossavainen, Turunen & Smith 2005, Peltomaan 2008, 57). Leikkaushoitotyön tiimityötä leimaa yleisesti kiire. Väärin mitoitettujen leikkaussuunnitelmien, vaatimukset työn tehokkuudesta ja tuloksellisuudesta aiheuttavat paineen ylitöistä, joka taas johtaa pakonomaiseen tarpeeseen kiirehtiä häiriten keskittymistä. Leikkaukset ovat muuttuneet entistä haastavammiksi ja vaikeimmiksi.

si, joten edellä mainituista haasteista selvitäkseen tarvitaan enemmän tietoa ja taitoa. Työ leikkausosastolla on aikataulutettua, mutta kirurgista työtä ei voi nopeuttaa. Työn vaativuuden kasvaessa, koulutetun henkilökunnan määrä ei ole lisääntynyt samassa suhteessa. Tämä tekee työstä haavoittuvan ja vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen. (Silèn-Lipponen 2008, 143, Alfredsdotteir 2008, 33 - 35.) Aikapaine, työstressi ja työn heikko hallittavuus jatkuvana vaarantaa potilasturvallisuuden toteutumisen. Vuorotyön ja pitkien työvuorojen väsymysvaikutukset ja univaje lisäävät riskinottoaitemusta ja ideoiden määrän vähenemistä. (Reiman & Oedewald 2009, 48, Yli-Villamo 2008, 77 - 80, Alfredsdotteir 2008, 34 - 35.) Puutteet työn resursoimisessa aiheuttavat tilanteita, joissa hoitohenkilöstö ei pääse työvuoronsa aikana kertaakaan syömään tai tauolle. Väsymys yhdistettynä syömättömyyteen aiheuttaa suuren riskin vaaratapahtumille potilaan hoitoprosessissa. (Peltomaa 2008, 58.)

Rakenteellisiin turvallisuustekijöihin luetaan myös turvalliseksi suunniteltu työvälineistö, työympäristö ja turvajärjestelmät. Potilasturvallisuutta lisääväksi tekijäksi koetaan uusien ja uudehkojen laitteiden käyttö, joiden huolto on säännöllistä. Laitteiden oikea sijoittelu hoitoympäristöön on tärkeää. Laitteita käytettäessä tulisi voida samanaikaisesti myös tarkkailla potilasta. Turvajärjestelmien tehtävänä on estää virheiden aiheuttamaa haittaa sekä edistää virheiden havaitsemista ja niiden korjaamista. (Peltomaa 2008, 36, Reiman & Oedewald 2009, 48, Yli-Villamo 2008, 30 - 31, 77 - 80.)

Osaamisen varmistaminen ja koulutus. Perioperatiivisen sairaanhoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä on varmistaa potilaan fyysinen ja psyykinen turvallisuus koko leikkausosastolla tapahtuvan hoitoprosessin ajan. Kehittyneillä hoitotoimenpiteillä ja henkilökunnan korkeatasoisella osaamisella pyritään välttämään potilasturvallisuutta uhkaavat tilanteet. (Lukkari ym. 2007, 17.) Henkilökunnan tiedot ja taidot ovat merkittävässä osassa potilaan turvallisessa hoidossa. Puutteet ammatitaidossa esim. asianmukaisen ja turvallisen hoidon osaaminen, lääkehoidon osaaminen, laitteiden turvallisen käytön hallinta ja tietotekniikan osaaminen ovat vaaratapahtumille altistavia tekijöitä. Puutteita selittäviksi tekijöiksi nousivat riittämätön perehdytys, henkilökunnan vaihtuvuus ja nykyisen sairaanhoitajakoulutuksen tason vastaamattomuus työelämän tarpeisiin. (Yli-Villamo 2008, 32 - 33.)

Peruskoulutuksen puutteet ja resurssien vähyys lisäkouluttautumiseen vaarantavat potilaan turvallista hoitoa leikkausosastolla. Peruskoulutuksen puutteet lisäävät vaatimuksia perehdytyksen sisällölle ja pituudelle. Yksilölliseen perehdytykseen ei ole riittävästi aikaa eikä resursseja. Näin ollen uudet sairaanhoitajat voivat joutua liian vaativiin tilanteisiin osaamistasoonsa nähden. Potilasturvallisuuden toteutumisesta estäviksi tekijöiksi voidaan luokitella myös tilanteet, joissa kokematon sairaanhoitaja ei konsultoi kokeneita hoitajia vaativissa ja harvinaisissa hoitotyöntilanteissa. (Peltomaa 2008, 20 - 21, Yli-Villamo 2008, 32.) Jos henkilökunta ei tunnista oman osaamisen rajoja eikä lisä- ja täydennyskoulutuksen tarvetta, vaarantuu potilaan turvallinen hoito (Yli-Villamo 2008, 30). Tilanteet, joissa uudet työntekijät joutuvat tekemään sellaisia tehtäviä, joihin heillä ei ole osaamista tai valtuuksia lisäävät kokeneiden tiimin jäsenten työtaakkaa ja siten saattavat altistaa virheille (Silèn-Lipponen 2008, 142).

Edellytyksenä potilaan turvalliselle hoidolle on jatkuva ammattitaidon kartuttaminen ja ylläpitäminen. Teknologian ja hoitomenetelmien jatkuvan kehittymisen myötä myös lisäkoulutuksen tarve on ilmeinen. Perioperatiivisen hoitotyön intensiivisyys ja raskaus vähentävät sairaanhoitajien resursseja omaehtoiseen opiskeluun, joka olisi tehtävä omalla ajalla työpäivän päätyttyä. (Peltomaa 2008, 21.) Leikkaustiimin yhteistoiminnallinen työskentely ja jaettu vastuu tiimissä edellyttää jokaisen tiimin jäsenen täysipainoista ja ammattitaitoista työskentelyä. Vaativassa tiimityössä korostuu riittävän kokemuksen omaavan tiimin kokoaminen, jokaisessa leikkaushoidon tiimissä pitäisi olla vähintään yksi kokenut sairaanhoitaja, jolla on kyky ennakoita ja reagoida potilasturvallisuutta uhkaaviin poikkeamiin. (Silèn-Lipponen 1997, 53, Silèn-Lipponen 2008, 146.)

Perioperatiivinen hoitoympäristö on haasteellinen toimintaympäristö. Perioperatiivisen hoitotyön lisäksi tulee hallita tekninen hoitoympäristö, joka vaatii erityisosaamista. Uusien laitteiden ja tarvikkeiden käyttökoulutusta antaa yleensä laitevalmistajan edustaja. Mahdollisuus osallistua koulutukseen on vaikeaa jos koulutusta annetaan vain yhden päivän aikana. Tutustuminen uusiin laitteisiin ja tarvikkeisiin on oman aktiivisuuden ja käytettävissä olevan ajan varassa. Potilasturvallisuutta uhkaaviksi tekijöiksi muodostuvat samaan käyttötarkoitukseen hankitut laitteet ja tarvikkeet. Käyttö- ja ohjelmointierot voivat aiheuttaa sekaannuksia laittei-

den käytön yhteydessä. (Peltomaa 2008, 42.) Leikkaustekniikat sekä -teknologia kehittyvät alati, joten erityisen tärkeää turvallisuuden kannalta on se, että perioperatiivinen sairaanhoitaja osaa käyttää kaikkia potilaan hoitoon tarvittavia välineitä ja laitteita sekä tarvittaessa pyytää lisäkoulutusta niiden käytöstä (Lukkari ym. 2007, 17).

Työn tukeminen ohjeilla ja toimintatavat. Organisaatiossa työn tueksi luodut ohjeet ja säännöt ovat merkittävä osa työyhteisön turvallisuuskulttuuria. Potilasturvallisuutta lisäävä vaikutus ilmenee tavassa luoda ja ylläpitää sääntöjä sekä henkilöstön suhtautumisena niihin. Hyvän turvallisuuskulttuurin omaavassa organisaatiossa sääntöjä ja ohjeita ei pidetä pysyvinä ja kaiken kattavina. Sääntöjä ja ohjeita voidaan täydentää ja muuttaa toiminnassa havaittujen riskien mukaisesti. (Pietikäinen ym. 2008, 30, Reiman ym. 2008, 64 - 66.)

Terveydenhuoltoalan luonteesta johtuen kaikkia haittatapahtumia ei ole ehkäistävistä. Yhdenmukaiset ja potilasturvallisuutta edistävät toimintatavat takaavat työn sujuvan etenemisen ja riittävän toiminnan varmistamisen. Toiminnan varmistaminen sisältää tunnistettujen turvallisuusriskien hallinnan ja riittävän tiedonkulun kaikkien hoitoon osallistuvien osalta. Henkilökunta on velvollinen soveltamaan sovitteja toimintatapoja työssään. (Kinnunen, [viitattu 10.5.2010], Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009, 45.) Perioperatiivisessa hoitoympäristössä toimintatavan ollessa täydellisyyden tavoittelu, äärettömän tarkkuuden ja joustavuuden vaatimus, toimintatapa voi johtaa tilanteeseen, jossa kokeneenkaan henkilöstön voimavarat eivät riitä. Pelko virheistä saattaa taas altistaa uusiin virheisiin. (Silén-Lipponen 2008, 147.)

Perioperatiivisessa hoitoympäristössä potilasturvallisuutta edistetään erilaisten tarkistusmenetelmien avulla. Anestesia- ja leikkausvälineistö sekä laitteisto tarkistetaan ennen käyttöönottoa, potilaalle valitaan oikea anestesia- ja toimenpidehuomioiden, noudatetaan ehdotonta aseptiikkaa, varmistetaan suunniteltu toimenpide ja toimenpidealue. Leikkausosastolla potilaan hoidon laatua ja turvallisuutta voidaan edistää näyttöön perustuvien menetelmien sekä motivoituneen ja sitoutuneen henkilöstön avulla. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 94 - 95.)

4.3 Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet

Psykologiset ulottuvuudet ovat yksilöissä ilmeneviä subjektiivisia tuntemuksia ja käsityksiä. Ne syntyvät yksilön ja hänen sosiaalisen ympäristönsä ja työnsä välisessä vuorovaikutuksessa. Subjektiivisia tuntemuksia ja käsityksiä voidaan tarkastella organisaation turvallisuuskulttuurin ominaisuuksina, koska tuntemukset ja käsitykset ovat aina sidoksissa työhön, organisaatioon ja työyhteisöön. Turvallisuuskulttuurin psykologisia ulottuvuuksia voidaan pitää turvallisuuskulttuurin organisatoristen ulottuvuuksien toimivuuden indikaattoreina ts. turvallisuuskulttuurin tulosulottuvuuksina. Hyvässä turvallisuuskulttuurissa turvallisuus on aidosti tärkeä asia ja siitä kannetaan vastuuta. Turvallisuus ymmärretään riittävän laaja-alaisesti huomioiden turvallisuuskulttuurin organisatoriset, psykologiset ja sosiaaliset ulottuvuudet. Hyvän turvallisuuskulttuurin omaavassa organisaatioissa henkilökunnalla on edellytykset suoriutua hyvin työstään. Yksilöt eivät pitkään työskentele organisaation johdon ohjeiden mukaisesti jos ne eivät vastaa yksilöiden käsitystä hyvästä toiminnasta ja elleivät he koe olevan mahdollista toimia kuten edellytetään. Turvallisuuskulttuurin psykologisten ulottuvuuksien keskeiset ulottuvuudet ovat työn hallittavuus, turvallisuusmotivaatio, turvallisuuskäsitys, vastuu organisaation turvallisuudesta ja vaaratietoisuus. (Reiman ym. 2008, 69, Pietikäinen ym. 2008, 31.)

Turvallisuusmotivaatio on tila, jossa turvallinen toiminta on henkilölle aidosti tärkeä arvo. Turvallisuutta ei tavoitella rangaistuksen tai taloudellisten menetysten välttämiseksi. Turvallisuus on aidosti toimintaa ohjaava ja motivoiva asia. Päivittäisessä työssä henkilöstö joutuu kamppailemaan tuottavuuden, tehokkuuden ja turvallisuuden ristipaineessa. Pystyäkseen asettamaan turvallisuuden etusijalle henkilön on turvallisuusmotivaation ohella myös tiedostettava työhön liittyvät vaarat. Potilasturvallisuuden varmistaminen on henkilökunnalle hyvin merkityksellinen ja henkilökohtainen tehtävä. Monissa terveydenhuolto-organisaatioissa potilasturvallisuusajattelu ja HaiPro-vaaratapahtumien raportointiohjelma ovat tarjonneet henkilökunnalle uuden näkökulman työhön. (Pietikäinen ym. 2008, 32, 50.)

Organisaation turvallisen toiminnan kannalta on välttämätöntä, että henkilöstö on tietoinen toimintaansa liittyvistä vaaroista ja niistä vaaramekanismeista, joiden

kautta vaarat omassa organisaatiossa voivat aktualisoitua. Ymmärrys toimintaan liittyvistä vaaroista auttaa henkilöstöä välttämään tyypillisimpiä vaaroja, usein ilmeneviä ongelmia ja ennakoimaan mahdollisia poikkeamia. Organisaatio, jossa on hyvä turvallisuuskulttuuri, virheet ja vaaratilanteet ymmärretään organisaation toiminnan ilmentymiseksi tai tuotoksiksi. Tällöin virheiden ja vaaratilanteiden käsittely ja ehkäiseminen on mahdollista ilman syylistämistä, voimakkaita häpeän ja epäonnistumisen tunteita. (Pietikäinen ym. 2008, 32, Reiman ym. 2008, 70 - 71.) Potilasturvallisuus käsitteenä on vielä uusi, joka sekoitetaan usein käsitteenä potilaan subjektiiviseen turvallisuudentunteeseen. Potilasturvallisuus liitetään vielä vahvasti yksilötason virheiden välttämiseen. Henkilöstön on vaikea hahmottaa vaaroja, jotka liittyvät koko systeemin toimintaan esim. yhteistyön ja sosiaalisten normien vaikutus hoitoprosessiin tai työtilanteisiin. (Pietikäinen ym. 2008, 51.)

Turvallisuuskulttuurin ollessa hyvä, henkilöstö kokee oman vastuunsa potilaan turvallisesta hoidosta. Tällöin henkilöstö kokee voivansa vaikuttaa oman työnsä tuloksiin ja sitä kautta yksikön kokonaisturvallisuuteen. Potilasturvallisuus on ilmiönä kollektiivinen, jota ei voi yksin hallita. Omalla toiminnalla pyritään edesauttamaan, että muutkin kantavat henkilökohtaisen vastuun turvallisuuden toteuttamiseksi. (Pietikäinen ym. 2008, 33.) Organisaation virallinen vastuunjako on hyvin tiedossa, mutta käytännössä on jouduttu joustamaan eri toimijoiden välillä. Ainakin moraalaisella tasolla sairaanhoitajat ovat joustaneet tilanteissa, joissa lääkäriellä on puutteellinen ammatti- ja kielitaito, toimimalla lääkärin ja potilaan välikätenä. Lisäksi tietojärjestelmien käyttöönotto on aiheuttanut organisaatioissa keskusteluja siitä, kenen vastuulla tiettyjen asioiden kirjaaminen todellisuudessa on. (Reiman ym. 2008, 73 - 74, Pietikäinen ym. 2008, 52.)

Työntekijöiden ymmärrys organisaation turvallisuudesta ohjaa sitä, mihin asioihin he kiinnittävät huomioita, miten he mittaavat työyhteisön turvallisuutta ja mitä toimenpiteitä tehdään turvallisuuden parantamiseksi. Organisaatiossa, jossa vastuu turvallisuudesta jakautuu useille eri työntekijöille, organisaation toiminnolle ja yksiköille, on vaarallista nähdä turvallisuus yksittäisen ihmisen toiminnan tuloksena. Hyvän turvallisuuskulttuurin lähtökohtana on käsitys, että turvallisuus ymmärretään koko organisaatiota koskevana, kollektiivisena asiana. (Reiman ym. 2008, 71.)

Työn hallinnalla on merkittävä vaikutus työyhteisön turvallisuuteen. Voidakseen vaikuttaa organisaation turvallisuuteen, työntekijän on pystyttävä hallitsemaan oma perustyönsä. Työntekijällä on kokemus siitä, että hän pystyy suoriutumaan työtehtävistään ja tekemään ne niin hyvin ja huolellisesti kuin hänen arvionsa mukaan on tarve. Työtehtävät eivät ole liian vaativia ja stressaavia työntekijän taitoihin nähden. Jos työntekijä ei pysty hallitsemaan työtään, hän suoriutuu heikosti työstään ja voi joutua vaaratilanteisiin. Vähäinen hallinnan tunne yhdessä työstressin kanssa on todettu olevan yhteydessä työpaikan turvallisuuteen. (Pietikäinen ym. 2008, 33.) Työntekijöiden työssä kokema epävarmuus ei ole ainoastaan lähtöisin hänestä itsestään. Ensisijaisesti epävarmuus liittyy työn kohteeseen. Työn etenemistä ja vaikutusta ei voida täysin ennustaa, joten on eduksi jos työntekijä tuntee jonkin verran epävarmuutta. Toimiessa monimutkaisessa työympäristössä, jossa vastuu jakaantuu usealle eri yksilölle tai yksikölle, liika itsevarmuus ja hallinnan tunne eivät ole positiivisia asioita. (Reiman ym. 2008, 76.) Terveystuolto-organisaatioissa työntekijät kokevat hallitsevansa työtään melko heikosti, työ koetaan melko stressaavaksi, kiireiseksi ja työmäärä suureksi. Selvitäkseen työn haasteista henkilökunnalla on erilaisia tapoja lisätä hallinnan tunnetta työssä, kuten työn rajaaminen ja tehtävien delegoiminen, omien toimintamahdollisuuksien rajaaminen ja työn merkityksen vähättely. (Pietikäinen ym. 2008, 53.)

4.4 Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset ulottuvuudet

Turvallisuuden takaamiseksi ei riitä se, että palkataan oikeanlaisia ja parhaiten soveltuvia persoonallisuuksia työyhteisöön tai kehitetään järjestelmiä ja ohjeistuksia organisaation turvallisen hoitokulttuurin luomiseksi. Pyrittäessä potilaan turvalliseen hoitoon on huomioitava myös työntekijöiden sosiaalinen toimintaympäristö. Yksilön toimintaan vaikuttavat ryhmän sosiaalinen identiteetti, normit ja valtasuhteet. Ryhmätoiminnan ymmärtäminen turvallisuuden kannalta on tärkeää, koska ryhmän normit vaikuttavat siihen miten turvallisuuteen ja vaaratilanteiden mahdollisuuteen suhtaudutaan. Terveystuollon erikoisalojen ja ammattiryhmien mukaisesti muodostuvat sosiaaliset identiteetit luovat ennakko-oletuksia toisten ryhmien jäsenten toiminnasta. Ennakko-oletusten luominen ohjaa yksilön suhtautumista ja vaikuttaa siten kommunikointiin ja yhteistyöhön toiseen ammattiryhmään kuuluvan

kanssa. (Reiman & Oedewald 2009, 49 - 50.) Ryhmän sosiaalisen identiteetin yli-
korostuessa voidaan puhua ryhmäajatteluilmiöstä. Ulkoisen paineen alaisuudessa
toimiessa ryhmäajattelulla pyritään minimoimaan ryhmän sisäistä konfliktia. Koros-
taessa asioita, joista ollaan samaa mieltä, pystytään ryhmänä vastaamaan ulkoi-
seen haasteeseen. Ulkoinen haaste voi olla esim. haastava kirurginen operaatio.
(Reiman & Oedewald 2009, 50 - 51.)

Turvallisuuden kannalta keskeisiä sosiaalisia käsitteitä ovat myös poikkeamien
normalisoiminen ja toimintatapojen optimointi ja ajalehtiminen. Poikkeamien nor-
malisoinnilla tarkoitetaan tilannetta, jossa usein toistuvat häiriöt aletaan ymmärtää
osaksi toimintayksikön normaalia arkea. Toteutetusta työstä tulee odotettuja ta-
pahtumia eikä kukaan kiinnitä niihin erityistä huomiota. Poikkeamien normalisointia
on myös se, että organisaation sääntöjen rikkomisesta tulee osa tavanomaista ja
jokapäiväistä toimintaa. Poikkeamien normalisoinnilla on merkittävä vaikutus ryh-
män normien ja käsitysten muodostumiseen ja muokkautumiseen. (Reiman ym.
2008, 80 - 81, Reiman & Oedewald 2009, 50 – 51.)

Poikkeamien normalisointia on saattanut tapahtua jo jonkin aikaa henkilöstö-
resurssien hallinnan osalta. Potilaat ovat käyneet yhä huonokuntoisemmiksi ja
hoidot monimutkaistuneet, mutta työn vaativuuden ja määrän kasvua ei ole kom-
pensoitu riittävästi henkilökuntaresursseja lisäämällä. Puutteellisin resurssein toi-
mimisesta on saattanut tulla normaalitila terveydenhuollossa, johon henkilökunnan
on sopeuduttava. HaiPro-vaaratapahtumien raportointimenettelyn avulla on nous-
sut esiin useita turvallisuuspuutteita tai poikkeamia, jotka on työyhteisössä norma-
lisoitu. Esiin nousseet asiat eivät sinällään antaneet uutta tietoa organisaation toi-
minnasta, mutta yllättivät laajuudellaan ja toistuvuudellaan. Raportointimenettelyn
myötä alettiin kiinnittää enemmän huomiota vastaavanlaisiin tilanteisiin ja ymmär-
tämään ne potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi. (Pietikäinen ym. 2008, 55.)

Toimintatapojen ajalehtimisellä tarkoitetaan sosiaalisia prosesseja, joissa organi-
saation eri työryhmien, tiimien ja yksiköiden käytännöt muokkautuvat paikallisten
normien, tavoitteiden ja koettujen toimintamahdollisuuksien mukaan. Toimintata-
pojen optimoinnissa epäkäytännöllisistä työtavoista luovutaan jos ne eivät vaikuta
aiheuttavan mitään kokonaisjärjestelmän tasolla. Tällöin muodostuu organisaation

eri ryhmien ja osastojen välille erilaisia käytäntöjä, jotka eivät ole optimaalisia organisaation tavoitteiden kannalta. Organisaation osien toiminta voi muuttua, jolloin se ei enää vastaa virallisesti suunniteltua ja määriteltyä toimintatapaa. (Reiman ym. 2008, 79 - 80, Reiman & Oedewald 2009, 50 - 51.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla leikkausosaston turvallisuuskulttuuria leikkaussairaanhoidajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa turvallisuuskulttuurista perioperatiivisen hoitotyön kehittämiseksi ja luoda perustaa uusille opinnäytetoille.

Tutkimusongelmat

1. Millaiseksi leikkaussairaanhoidajat arvioivat leikkausosaston turvallisuuskulttuurin olevan organisatorisesta näkökulmasta katsottuna?
2. Millaiseksi leikkaussairaanhoidajat arvioivat leikkausosaston turvallisuuskulttuurin olevan psykologisesta näkökulmasta katsottuna?
3. Millaiseksi leikkaussairaanhoidajat arvioivat leikkausosaston turvallisuuskulttuurin olevan sosiaalisesta näkökulmasta katsottuna?

6 OPINNÄYTETYÖN AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Kyselylomake

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella käyttäen pääasiassa suljettuja kysymyksiä ja väittämiä. Tämän opinnäytetyön kyselylomake väittämineen perustuu mukaillen VTT:n (Valtion teknillinen tutkimuskeskus) toteuttaman ja Pietikäisen ym. (2008) tekemään turvallisuuskulttuuriprojektin kysely- ja haastattelulomakkeeseen. Edellä mainitut lomakkeet otettiin käyttöön projektin verkkojulkaisusta, jonka sisällön kopiointi oli sallittu. Alkuperäiset kysely- ja haastattelulomakkeet sisälsivät 76 kysymystä liittyen turvallisuuskulttuuriin. Näistä valittiin opinnäytetyöhön 47 kysymystä pienin muutoksin sovellettuna kohde työyhteisöön sopivaksi.

Turvallisuuskulttuuriprojektissa luotiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuva turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenetelmä. Käytetyllä kyselylomakkeella ja haastatteluilla saatiin suuntaa antavaa tietoa suomalaisten terveydenhuolto-organisaatioiden turvallisuuskulttuurista. (Pietikäinen ym. 2008, 3.) Turunen ym. (2008) ovat myös toteuttaneet potilasturvallisuuden arviointi –kyselyn erikoissairaanhoidon henkilöstölle kyselylomakkeella, jonka perusidea on sama kuin VTT:n turvallisuuskulttuuri –projektissa käytetty kysely- ja haastattelurunko. Turunen ym. toteuttivat kyselyn kansainvälisesti testatulla ”Hospital Survey on Patient Safety Culture” - mittarilla. Ennen käyttöönottoa mittari kaksoiskäännettiin ja muokattiin suomalaiseen kulttuuriin sopivaksi. Kyselylomakkeet oli todettu loogisiksi, toimiviksi ja ymmärrettäviksi. (Seppänen 2009, 23 - 24.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake oli kokonaisuudessaan jaoteltu neljään osioon. Kolme ensimmäistä osiota noudatti turvallisuuskulttuurin organisatorisia, psykologisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Asenneasteikkona oli Likertin asteikko, jossa on 5-portainen järjestysasteikon tasoinen asteikko: 4 = täysin samaa mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä, 0 = en osaa sanoa. Käytettäessä valmiita vastausvaihtoehtoja ja asenneasteikkoa, vastaaminen ei rajoitu kielellisiin vaikeuksiin ja omaan työyksikköön kohdistuvan mie-

lipiteen julkituominen on helpompaa. Asenneasteikkoa käytettäessä saadaan paljon mielipidetietoa pieneen tilaan. Vastaaminen suljettuihin kysymyksiin on nopeaa ja tulosten käsittely on helpompaa. Lisäksi saadaan vastauksia siihen, mitä halutaan tietää. Neljäs osio sisälsi kysymykset vastaajien taustatiedoista. (Heikkilä 2008, 49 - 57.)

6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyön kohdejoukkona olivat Seinäjoen keskussairaalan leikkaussairaanhoidajat. Aineiston keruun ajankohdaksi valittiin 25.8. – 8.9.2010, jolloin leikkaussairaanhoidajia oli töissä 43 henkilöä. Perusjoukon ollessa pieni, opinnäytetyö toteutettiin kokonaistutkimuksena käyttäen kvantitatiivista tutkimusotetta (Heikkilä 2008, 33 - 35). Opinnäytetyön aineisto kerättiin järjestämällä informoitukysely. Leikkausosaston osastotunnin alussa kerroin opinnäytetyöni tavoitteista, tarkoituksesta ja kohderyhmän valintaan vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön teemoja, turvallisuuskulttuurin organisatorisia, psykologisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia, esiteltiin ja havainnollistettiin käyttäen PowerPoint-ohjelmaa. Osastotunnilla leikkaussairaanhoidajille oli varattu aikaa vastata kyselyyn hetikin. Osastotunnilla kyselylomakkeita jaettiin 28 kappaletta. Päivystysvuoroon tuleville ja muille poissaolleille kyselylomake toimitettiin myöhemmin. Osaston kirjastoon vietiin vielä muutama kyselylomake siltä varalta, että joku vastaamatta jättänyt haluaa osallistua kyselyyn myöhemmin. Yhteensä kyselylomakkeita jaettiin 43 kappaletta.

6.3 Opinnäytetyön aineisto ja sen analyysi

Määräaikaan mennessä kyselylomakkeita palautui 34 kappaletta. Näistä kaksi kyselylomaketta jouduttiin hylkäämään. Hylkäysperusteena oli kopiointi vaiheessa tapahtunut lajitteluvirhe, kahdesta kyselylomakkeesta puuttui yksi sivu. Näin ollen opinnäytetyön aineisto muodostui 32 leikkaussairaanhoidajan vastauksista. Vastusprosentti oli 74%. Opinnäytetyön kvantitatiivinen aineisto tarkastettiin ja syötettiin SPSS for Windows 18.0 taulukkolaskentaohjelmaan. Aineistosta laskettiin frekvenssit eli havaintojen lukumäärät muuttujien luokassa ja prosenttiosuuksia

kuvaamaan kyselyyn vastanneiden taustatietoja ja opinnäytetyön aineistoa. Aineisto analysoitiin turvallisuuskulttuurin organisatoristen, psykologisten ja sosiaalisten ulottuvuuksien mukaisesti väittämittäin. Organisatorinen ulottuvuus analysoitiin lisäksi jaoteltuna alaluokkiensa mukaisesti. Aineiston Likert –asteikolliset muuttujien luokat 4 = täysin samaa mieltä ja 3 = jokseenkin samaa mieltä yhdistettiin yhdeksi uudeksi luokaksi 3 = samaa mieltä sekä luokat 2 = jokseenkin eri mieltä ja 1 = täysin eri mieltä yhdeksi uudeksi luokaksi 2 = eri mieltä. Luokka 0 = en osaa sanoa pysyi ennallaan. Näin tehden aineiston kuvaaminen ja lukeminen helpottui.

Opinnäytetyön tuloksia havainnollistettiin taulukoilla. Taulukkoja käytettäessä pystyttiin esittämään useita lukuja objektiivisesti pienessä tilassa. Raportin lukija voi taulukon avulla vertailla lukuja ja niiden suhteita sekä tehdä lisälaskelmia. (Heikkilä 2008, 149.)

7 TULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Tämän opinnäytetyön tiedonantajina olivat 32 leikkaussairaanhoitajaa. Kyselyyn osallistuneiden sairaanhoitajien koulutustausta jakaantui melko tasaisesti koulutusryhmien kesken. Opistoasteen sairaanhoitajia oli 10, vanhamuotoisen erikoissairaanhoitajan tutkinnon oli suorittanut 8 henkilöä ja ammattikorkeakoulun käyneitä sairaanhoitajia oli 8 henkilöä. Vastaajista 6 oli vanhamuotoisen sairaanhoitaja koulutuksen saaneita. (Taulukko 1).

Vastaajista suurimmalla osalla oli pitkä työkokemus leikkausosastolla. Vastaajista 20 henkilöä oli työskennellyt leikkausosastolla yli 10 vuotta. Työkokemusta 6 – 10 vuotta omaavia henkilöitä oli 5 ja 1 – 5 vuotta työkokemusta omaavia oli 6 henkilöä. Yhdellä vastaajista oli työkokemusta leikkausosastolla alle vuoden. 8 henkilöä (25%) vastaajista ilmoitti työsuhteensa laaduksi sijaisuuden. Loput 24 (75%) henkilöä työskenteli vakituudessa työsuhteessa. Viimeisen vuoden aikana ammattitaitoa kehittävää koulutusta oli saanut 78% vastaajista. 19 henkilöä oli saanut koulutusta 1-3 päivää ja 6 henkilöä 4-7 päivää. Kukaan vastaajista ei ollut saanut koulutusta yli 7 päivää. Ilman koulutusta viimeisen vuoden aikana oli jäänyt 7 henkilöä. (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Kyselyyn vastanneiden leikkaussairaanhoitajien (n=32) taustatiedot.

Muuttuja	Frequency	Valid Percent
Koulutus		
Sairaanhoitaja	6	19
Vanhamuotoinen erikoissairaanhoitaja	8	25
Opistoasteen sairaanhoitaja	10	31
Amk sairaanhoitaja	8	25
Total	32	100
Työkokemus leikkausosastolla		
Alle vuoden	1	3
1-5 vuotta	6	19
6-10 vuotta	5	16
11-15 vuotta	8	25
16-20 vuotta	4	12
21 tai yli	8	25
Total	32	100
Työsuhde		
vakituinen	24	75
sijainen	8	25
Total	32	100
Viimeisen vuoden aikana olen saanut ammattitaitoa kehittävää koulutusta		
En ollenkaan	7	22
1-3 päivää	19	59
4-7 päivää	6	19
Total	32	100

7.2 Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet

7.2.1 Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä ja yksiköiden välillä

Lähityöyhteisön yhteistyötä arvioitaessa leikkaussairaanhoitajista 28 henkilöä (88%) arvioi yhteistyön toimivan hyvin tutkimuksen kohteena olevassa yksikössä. Neljä henkilöä oli eri mieltä yhteistyön toimivuudesta. (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. Yhteistyö ja tiedonkulku lähityöyhteisössä ja yksiköiden välillä leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittäjä	Frequency	Valid Percent
Päivittäinen yhteistyö toimii hyvin yksikössämme.		
Eri mieltä	4	12
Samaa mieltä	28	88
Total	32	100
Päivittäinen tiedonkulku yksikössämme toimii hyvin.		
Eri mieltä	15	47
Samaa mieltä	17	53
Total	32	100
Tiedonkulku yksiköiden välillä toimii hyvin.		
Eri mieltä	21	66
Samaa mieltä	11	34
Total	32	100
Yksiköiden välisessä tiedonvaihdossa tulee usein esiin ongelmia.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	9	28
Samaa mieltä	22	69
Total	32	100

Tiedonkulun toimivuuden työyhteisössä hyväksi arvioivat yli puolet (53%) leikkaussairaanhoitajista. Lähes puolet (47%) vastaajista oli sitä mieltä, että tiedonkulku

yksikössä ei toimi hyvin. Lähes 70% vastaajista ilmaisi, että yksiköiden välisessä tiedonkulussa esiintyy usein ongelmia. Kolmasosa vastaajista piti yksiköiden välis-
tä tiedonkulkua hyvin toimivana.(TAULUKKO 2).

7.2.2 Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen

Sairaanhoitajien ja lääkärien välisen yhteistyön sujuvaksi koki valtaosa (94%) vas-
taajista. Vain kaksi henkilöä oli eri mieltä. Sairaanhoitajien ja lääkärien välisen tie-
donkulun sujuvuutta arvioitaessa yli puolet (63%) pitivät tiedonkulkua sujuvana.
Vastaajista 38% ei arvioinut tiedonkulkua sujuvaksi. Väittämään ”kaikkien ammatti-
ryhmien työpanosta arvostetaan osastollamme”, vastaajista 72% ilmaisi olevansa
samaa mieltä. 28% arvioi ettei kaikkien työpanosta arvosteta osastolla. (TAULUK-
KO 3.)

TAULUKKO 3. Eri ammattiryhmien osaamisen yhteensovittaminen
leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittäjä	Frequency	Valid Percent
Sairaanhoitajien ja lääkärien välinen yhteistyö on sujuvaa.		
Eri mieltä	2	6
Samaa mieltä	30	94
Total	32	100
Sairaanhoitajien ja lääkärien välinen tiedonkulku on sujuvaa.		
Eri mieltä	12	38
Samaa mieltä	20	62
Total	32	100
Kaikkien ammattiryhmien työpanosta arvostetaan osastollamme.		
Eri mieltä	9	28
Samaa mieltä	23	72
Total	32	100

7.2.3 Lähiesimiesten toiminta turvallisuuden varmistamiseksi

Kolme neljästä (75%) vastaajasta koki, että lähiesimies ottaa huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi. Huomattavaa oli, että 19% vastaajista ilmaisi, että esimies ei ota huomioon alaistensa ehdotuksia potilasturvallisuuden parantamiseksi. Vastaajista 6% ilmaisi mielipiteensä sijoittamalla vastauksen kohtaan ”en osaa sanoa”. Reilusti yli puolet (66%) kyselyyn osallistuneista koki voivansa keskustella helposti esimiehensä kanssa asioista, jotka huolestuttavat työssä. Kaikki vastaajat eivät kokeneet keskustelua esimiehen kanssa työssä huolestuttavista asioista helpoksi. Tähän ryhmään kuului 34% kyselyyn osallistuneista. Runsas puolet (59%) vastaajista arvioi esimiehensä haluavan alaistensa työskentelevän nopeammin jos yksikössä on paineita, vaikka se tarkoittaisikin oikopolkujen käyttämistä. Vastaajista 41% ilmaisi olevansa tästä eri mieltä. (TAULUKKO 4).

Väittämään ”osastollamme keskustellaan potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista” samaa mieltä ilmaisi olevansa 59% vastaajista. Kyselyyn osallistuneista 38%:lla oli mielipide, että työyhteisössä ei keskustella potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista. Vain yksi vastaajista ei ilmaissut kantaansa tähän asiaan. Työyhteisön ilmapiirin arvioi potilasturvallisuutta tukevaksi 72% vastaajista. Sitä vastoin 28% vastaajista koki ettei osaston työilmapiiri tue potilasturvallisuutta. Osastolla ollaan kiinnostuneita potilasturvallisuudesta silloin kun jotain ikävää tapahtuu. Näin arvioi 90% vastaajista. Eri mieltä asiasta oli 7% vastaajista ja 3% ei osannut ilmaista kantaansa. (TAULUKKO 4).

TAULUKKO 4. Lähiesimiesten toiminta turvallisuuden varmistamiseksi leikkaussairaanhoidajien (n=32) arvioimana.

Väittäjä	Frequency	Valid Percent
Esimieheni ottaa huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.		
En osaa sanoa	2	6
Eri mieltä	6	19
Samaa mieltä	24	75
Total	32	100
Jos jokin asia työssäni huolestuttaa minua, voin helposti keskustella siitä esimieheni kanssa.		
Eri mieltä	11	34
Samaa mieltä	21	66
Total	32	100
Jos yksikössä on paineita, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin vaikka se tarkoittaisikin, että joudumme työssämme käyttämään oikopolkuja.		
Eri mieltä	13	41
Samaa mieltä	19	59
Total	32	100
Osastollamme keskustellaan potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	12	38
Samaa mieltä	19	59
Total	32	100
Osastollamme on työilmapiiri, joka tukee potilasturvallisuutta.		
Eri mieltä	9	28
Samaa mieltä	24	72
Total	32	100
Osastollamme ollaan kiinnostuneita potilasturvallisuudesta kun jotain ikävää tapahtuu.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	2	7
Samaa mieltä	28	90
Total	31	100
Missing System	1	
Total	32	

7.2.4 Resurssien hallinta

Arvioitaessa henkilökunnan riittävyttä työmäärästä selviytymiseksi, kyselyyn vastanneista 16% arvioi henkilökunnan määrän riittäväksi. Jopa 84% piti henkilökunnan määrää riittämättömänä työmäärästä selviytymiseksi. Vastaajista (63%) kokee työskentelevänsä "kriisitilassa" yrittäen tehdä liian paljon liian nopeasti. Lähes kolmasosa (31%) vastaajista ei työskentele yrittäen tehdä liian paljon liian nopeasti. Kaksi henkilöä vastasi "en osaa sanoa". Väittämän "potilasturvallisuus on huomioitu osastomme työtilojen suunnittelussa" samaa mieltä oli 63% kyselyyn osallistuneista. Vastaajista 31% oli tästä eri mieltä ja 6% ei osannut sanoa. (TAULUKKO 5).

TAULUKKO 5. Resurssien hallinta leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittäjä	Frequency	Valid Percent
Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi.		
Eri mieltä	27	84
Samaa mieltä	5	16
Total	32	100
Työskentelemme "kriisitilassa" yrittäen tehdä liian paljon liian nopeasti.		
En osaa sanoa	2	6
Eri mieltä	10	31
Samaa mieltä	20	63
Total	32	100
Potilasturvallisuus on huomioitu työtilojen suunnittelussa.		
En osaa sanoa	2	6
Eri mieltä	10	31
Samaa mieltä	20	63
Total	32	100

7.2.5 Osaamisen varmistaminen ja koulutus

Kolme neljästä (75%) arvioi yksikön työntekijöillä olevan tarvittavat tiedot ja taidot voidakseen tehdä työnsä hyvin. Neljännes (25%) vastaajista arvioi, ettei yksikössä työntekijöillä ole tarvittavia tietoja ja taitoja voidakseen tehdä työnsä hyvin. Uusien työmenetelmien käyttöönoton yhteydessä 63% kyselyyn osallistuneista arvioi koulutuksen riittämättömäksi. Koulutuksen arvioi riittäväksi puolestaan 37% vastaajista. Yksikössä harjoittelijoita ja uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi 81%:n arvioimana. Riittämättömäksi valvonnan ja ohjauksen arvioi 19% vastaajista. (TAULUKKO 6.)

Laitteiden ja tarvikkeiden käyttöohjeiden saatavuutta ja ymmärrettävyyttä kysyttäessä 66%:lla vastaajista oli mielipide, että ohjeet ovat saatavilla ja ymmärrettäviä. Tästä oli eri mieltä 31% vastaajista. Yksi vastaajista ei osannut ilmaista kantaansa. Työn ohella kouluttautumisen ja ammattitaidon kehittämisen arvioi mahdolliseksi 69% vastaajista. Eri mieltä mahdollisuudesta kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella oli 31% kyselyyn osallistuneista. (TAULUKKO 6).

7.2.6 Työn tukeminen ohjeilla sekä toimintatavat

Kyselyyn osallistuneista 78% vastasi yksikössä olevan hyvät ohjeet hoitoprosessien suorittamisesta. Puolestaan 19% vastaajista ilmaisi, että osastolla ei ole hyviä ohjeita hoitoprosessien suorittamisesta ja yksi henkilö ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Toimintaohjeiden arvioinnin ja päivittämisen säännöllisyyttä kysyttäessä yli puolet (53%) arvioi sen olevan säännöllistä yksikössä, kun taas 44% vastasi ettei toimintaohjeita arvioida ja päivitetä säännöllisesti. Yhdellä vastaajista ei ollut mielipidettä asiasta. Väittämään ”turvallisuuteen liittyviä sääntöjä ja ohjeita noudatetaan huolellisesti yksikössämme” leikkaushoitajista 72% vastasi olevansa samaa mieltä, neljännes (25%) oli väittämän kanssa eri mieltä ja 1 henkilö vastasi ”en osaa sanoa”. (TAULUKKO 7).

TAULUKKO 6. Osaamisen varmistaminen ja koulutus leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittäjä	Frequency	Valid Percent
Yksikössämme työntekijöillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin.		
Eri mieltä	8	25
Samaa mieltä	24	75
Total	32	100
Kun uusia työmenetelmiä otetaan käyttöön, saamme aina riittävän koulutuksen.		
Eri mieltä	20	63
Samaa mieltä	12	37
Total	32	100
Harjoittelijoita ja uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi yksikössämme.		
Eri mieltä	6	19
Samaa mieltä	26	81
Total	32	100
Laitteiden ja tarvikkeiden käyttöohjeet ovat saatavilla ja ymmärrettäviä.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	10	31
Samaa mieltä	21	66
Total	32	100
Yksikössämme työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella.		
Eri mieltä	10	31
Samaa mieltä	22	69
Total	32	100

TAULUKKO 7. Työn tukeminen ohjeilla ja toimintatavat leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittämä	Frequency	Valid Percent
Yksikössämme on hyvät ohjeet hoitoprosessien suorittamisesta.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	6	19
Samaa mieltä	25	78
Total	32	100
Toimintaohjeita arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti yksikössämme.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	14	44
Samaa mieltä	17	53
Total	32	100
Turvallisuuteen liittyviä sääntöjä ja ohjeita noudatetaan huolellisesti yksikössämme.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	8	25
Samaa mieltä	23	72
Total	32	100

7.3 Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet

7.3.1 Työhallinta

Selvitettäessä henkilökohtaista työn hallinnan tunnetta lähes kaikki (94%) kokivat hallitsevansa päiväajan työnsä hyvin. Kuitenkin 6% vastaajista koki, ettei hallitse hyvin päiväajan työtään. Päivystysajan työn hallitsi hyvin 74% leikkaussairaanhoitajista, väittämään ”hallitsen päivystysajan työni hyvin” 19% kyselyyn vastanneista kertoi olevansa eri mieltä ja 7% ilmoitti ettei osaa sanoa. Yksi kyselyyn osallistuneista jätti vastaamatta päivystysaikaa koskevaan kysymykseen. Kyselyyn osallistuneista 41% koki työtehtävien aiheuttavan usein paineita. Lähes 60% vastaajista

ei kokenut työtehtävien aiheuttamia paineita työssään. Valtaosa vastaajista (87%) koki etteivät työtehtävät olleet liian vaativia henkilökohtaiseen osaamiseensa nähden. Liian vaativiksi työtehtävät kokivat osaamiseensa nähden 13% vastaajista. Kysyttäessä kokevatko leikkaussairaanhoidajat työnsä kiireiseksi ja työmäärän suureksi, puolet vastasi kiirehtivänsä työssään ehtiäkseen tehdä kaiken hänelle kuuluvan. Puolet vastaajista ilmoitti ettei kiirehdi työssään ehtiäkseen tehdä kaiken hänelle kuuluvan. (TAULUKKO 8).

TAULUKKO 8. Henkilökohtainen työnhallinta leikkaussairaanhoidajien (n=32) arvioimana.

Väittäjä	Frequency	Valid Percent
Hallitsen päiväajan työni hyvin.		
Eri mieltä	2	6
Samaa mieltä	30	94
Total	32	100
Hallitsen päivystysajan työni hyvin.		
En osaa sanoa	2	7
Eri mieltä	6	19
Samaa mieltä	23	74
Total	31	100
Missing System	1	
Total	32	
Työtehtävät aiheuttavat minulle usein paineita.		
Eri mieltä	19	59
Samaa mieltä	13	41
Total	32	100
Työtehtävät ovat liian vaativia osaamiseeni nähden.		
Eri mieltä	28	87
Samaa mieltä	4	13
Total	32	100
Kiirehdin työssäni ehtiäkseni tehdä kaiken minulle kuuluvan.		
Eri mieltä	16	50
Samaa mieltä	16	50
Total	32	100

7.3.2 Turvallisuusmotivaatio

Henkilökohtaista turvallisuusmotivaatiota kysyttäessä kaikki 32 kyselyyn vastannutta leikkaussairaanhoitajaa vastasi huomioivansa aktiivisesti potilasturvallisuuden työpäivän aikana. Potilasturvallisuuden tasoa hyvänä pitivät 81% vastaajista, loput vastaajista eivät pitäneet työyksikön potilasturvallisuuden tasoa hyvänä. Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin piirteet toteutuvat työyksikössä 72%:n mielestä. Runsas 20% vastaajista oli eri mieltä ja 6% ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Kaikki kyselyyn osallistuneet kokivat olevansa henkilökohtaisesti vastuussa potilaan turvallisesta hoidosta. (TAULUKKO 9).

TAULUKKO 9. Henkilökohtainen turvallisuusmotivaatio leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittämä	Frequency	Valid Percent
Potilasturvallisuus on asia, jonka huomioin aktiivisesti työpäivän aikana.		
Samaa mieltä	32	100
Total	32	100
Työyksikkömme potilasturvallisuuden taso on hyvä.		
Eri mieltä	6	19
Samaa mieltä	26	81
Total	32	100
Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin piirteet toteutuvat työyksikössämme.		
En osaa sanoa	2	6
Eri mieltä	7	22
Samaa mieltä	23	72
Total	32	100
Olen omalta osaltani henkilökohtaisesti vastuussa potilaan turvallisesta hoidosta.		
Samaa mieltä	32	100
Total	32	100

7.3.3 Työhön liittyvien vaarojen tiedostaminen

Työyksikön turvallisen toiminnan kannalta on välttämätöntä, että henkilöstö on tietoinen toimintaansa liittyvistä vaaroista ja vaaramekanismeista. Kaikki kyselyyn osallistuneista leikkaussairaanhoitajista ilmoittivat pystyvänsä ennakoimaan toimintaan liittyviä tyypillisimpiä ongelmia. Lähes puolet (47%) vastaajista kokivat vaaratapahtumien raportointiohjelman antaneen uuden näkökulman työhön. Vastaajista 37% ei kokenut saaneensa uutta näkökulmaa työhön vaaratapahtumien raportointiohjelman myötä. Leikkaussairaanhoitajista 16% ei osannut sanoa oliko raportointiohjelma tuonut uutta näkökulmaa työhön. (TAULUKKO 10).

TAULUKKO 10. Työhön liittyvien vaarojen tiedostaminen leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittämä	Frequency	Valid Percent
Pystyn ennakoimaan toimintaan liittyviä tyypillisimpiä ongelmia.		
Samaa mieltä	32	100
Total	32	100
Vaaratapahtumien raportointiohjelma on antanut minulle uuden näkökulman työhöni.		
En osaa sanoa	5	16
Eri mieltä	12	37
Samaa mieltä	15	47
Total	32	100

7.4 Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset ulottuvuudet

7.4.1 Toimintaympäristön normit, valtasuhteet ja sosiaalinen identiteetti

Pyrittäessä potilaan turvalliseen hoitoon on tärkeää huomioida työntekijöiden sosiaalinen toimintaympäristö. Yksilön toimintaan vaikuttavat ryhmän sosiaalinen iden-

titeetti, normit ja valtasuhteet. Ryhmätoiminnan ymmärtäminen turvallisuuden kannalta on tärkeää, koska ryhmän normit vaikuttavat siihen miten turvallisuuteen ja vaaratilanteiden mahdollisuuteen suhtaudutaan. (Reiman & Oedewald 2009).

Lähes kaikki kyselyyn osallistuneet leikkaussairaanhoidajat (94%) ilmoittivat, että yksikössä on toimiva, vapaaehtoinen vaaratilanteiden raportointijärjestelmä. Vain 6% vastaajista valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Yli puolella (58%) leikkaussairaanhoidajista oli mielipide, että toimintaa kehitetään aktiivisesti kohti parempaa potilasturvallisuutta työyksikössä. Lähes 40% vastaajista ilmaisi olevansa eri mieltä asiasta ja 3% vastaajista ei osannut sanoa mielipidettä asiasta. Yksi kyselyyn osallistunut jätti vastaamatta tähän kysymykseen. (TAULUKKO 11).

Väittämän ”tässä yksikössä me keskustelemme siitä, miten virheitä voidaan ehkäistä tapahtumasta uudelleen” samaa mieltä oli lähes 70% leikkaussairaanhoidajista. Kuitenkin 28% vastaajista oli eri mieltä ja 3% vastaajista ei osannut ilmaista kantaansa asiaan. Leikkaussairaanhoidajista 44%:lla oli kokemus, ettei yksikössä syyllistetä virheistä. Kuitenkin lähes puolet vastaajista (47%) ilmoitti, että virheistä syyllistetään yksikössä. Vastaajista 9% ei osannut ilmaista kantaansa asiaan. Leikkaustiimeissä jokaisen ammattiryhmän työpanosta arvostetaan tasavertaisesti, näin vastasi 66% leikkaussairaanhoidajista. Kuitenkin yli 30% vastaajista koki, ettei kaikkien ammattiryhmien työpanosta arvosteta tasavertaisesti työyhteisössä. (TAULUKKO 11).

TAULUKKO 11. Toimintaympäristön normit, valtasuhteet ja sosiaalinen identiteetti leikkaussairaanhoitajien (n=32) arvioimana.

Väittäjä	Frequency	Valid Percent
Yksikössämme on käytössä toimiva vapaaehtoinen vaaratilanteiden raportointijärjestelmä.		
En osaa sanoa	2	6
Samaa mieltä	30	94
Total	32	100
Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta yksikössämme.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	12	39
Samaa mieltä	18	58
Total	31	100
Missing System	1	
Total	32	
Yksikössämme virheistä ei syyllistetä.		
En osaa sanoa	3	9
Eri mieltä	15	47
Samaa mieltä	14	44
Total	32	100
Tässä yksikössä me keskustelemme siitä, miten virheitä voidaan ehkäistä tapahtumasta uudelleen.		
En osaa sanoa	1	3
Eri mieltä	9	28
Samaa mieltä	22	69
Total	32	100
Leikkaustiimeissä jokaisen ammattiryhmän työpanosta arvostetaan tasavertaisesti.		
Eri mieltä	11	34
Samaa mieltä	21	66
Total	32	100

7.4.2 Poikkeamien normalisointi

Turvallisuuden kannalta keskeistä sosiaalisia käsitteitä ovat myös poikkeamien normalisoiminen ja paikallinen toiminnan optimointi. Usein toistuvat häiriöt aletaan ymmärtää osaksi toimintayksikön normaalia arkea, toteutetusta työstä tulee odotettuja tapahtumia eikä kukaan kiinnitä niihin erityistä huomiota. (Reiman & Oedewald 2009).

Kysyttäessä onko vaaratapahtumien raportointijärjestelmän myötä noussut esiin uusia potilasturvallisuus uhkia, vastaajista yli 60% ilmoitti esiin nousseen uusia potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä. Kuitenkin lähes 30% leikkaussairaanhoidajista ilmaisi, ettei esiin ollut noussut uusia potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä raportointijärjestelmän myötä. Kyselyyn osallistuneista 9% valitsi vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä on tuonut esiin uutta tietoa yksikön toiminnasta, näin vastasi lähes 60% leikkaussairaanhoidajista. Vastaajista 28% ilmaisi ettei raportointijärjestelmä ole tuonut esiin uutta tietoa yksikön toiminnasta ja jopa 13% ei osannut ilmaista kantaansa asiaan. (TAULUKKO 12).

Väittämän ”päivystysajan leikkaustiimeissä on riittävästi kokeneita hoitajia” samaa mieltä ilmaisi olevansa lähes 30% leikkaussairaanhoidajista. Päivystysajan leikkaustiimeissä ei ole riittävästi kokeneita hoitajia, näin vastasi jopa 60% kyselyyn osallistuneista. Vastaajista 10% ei osannut ilmaista kantaansa ja yksi kyselyyn osallistuneista ei vastannut tähän väittämään. (TAULUKKO 12).

Päivittäisiä leikkaussali kohtaisia leikkaussuunnitelmia ajallisesti toteutettavina piti vain reilut 20% vastaajista. Huomionarvoista on, että lähes 80% leikkaussairaanhoidajista ilmaisi, etteivät päivittäiset salikohtaiset leikkaussuunnitelmat ole ajallisesti mahdollista toteuttaa. Operoidaanko päivittäiset leikkaussuunnitelmat vastaamaan henkilöstöresursseja? Kolme neljästä leikkaussairaanhoidajasta (75%) ilmoitti, ettei päivittäisiä leikkaussuunnitelmia operoida vastaamaan henkilöstöresursseja. Vastaajista neljännes (25%) ilmaisi, että päivittäiset leikkaussuunnitelmat operoidaan vastaamaan henkilöstöresursseja päivittäin. (TAULUKKO 12).

TAULUKKO 12. Poikkeamien normalisointi leikkaussairaanhoidajien (n=32) arvioimana.

Väittämä	Frequency	Valid Percent
Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän myötä on noussut esiin uusia potilasturvallisuus uhkia.		
En osaa sanoa	3	9
Eri mieltä	9	28
Samaa mieltä	20	63
Total	32	100
Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä ei ole tuonut esiin uutta tietoa yksikön toiminnasta.		
En osaa sanoa	4	13
Eri mieltä	19	59
Samaa mieltä	9	28
Total	32	100
Päivystysajan leikkaustiimeissä on riittävästi kokeneita hoitajia.		
En osaa sanoa	3	10
Eri mieltä	19	61
Samaa mieltä	9	29
Total	31	100
Missing System	1	
Total	32	
Päivittäiset salikohtaiset leikkaussuunnitelmat ovat ajallisesti toteutettavissa.		
Eri mieltä	25	78
Samaa mieltä	7	22
Total	32	100
Päivittäiset leikkaussuunnitelmat operoidaan vastaamaan henkilöstöresursseja.		
Eri mieltä	24	75
Samaa mieltä	8	25
Total	32	100

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Opinnäytetyön keskeisten tulosten tarkastelua

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena kuvailla leikkausosaston turvallisuuskulttuuria leikkaussairaanhoidajien näkökulmasta. Opinnäytetyössä selvitettiin millaiseksi leikkaussairaanhoidajat arvioivat leikkausosaston turvallisuuskulttuurin olevan organisatorisesta, psykologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta katsottuna.

8.1.1 Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet

Opinnäytetyön tulosten mukaan lähityöyhteisön päivittäinen yhteistyö toimii hyvin kohdetyöyksikössä. Vastaajista 88% oli tätä mieltä asiasta. Sairaanhoidajien ja lääkärien välisen yhteistyön arvioivat sujuvaksi 94% vastaajista. Lähityöyhteisön tiedonkulun toimivuutta kysyttäessä lähes puolella oli mielipide, että tiedonkulku ei ole sujuvaa työyhteisössä. Myös yksiköiden välisessä tiedon vaihdossa esiintyy usein ongelmia, näin arvioi lähes 70% vastaajista. Sairaanhoidajien ja lääkärien välinen tiedonkulku on sujuvaa, näin ilmaisi 62% vastaajista. Leikkaussairaanhoidajista 72% koki, että kaikkien ammattiryhmien työpanosta arvostetaan tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan pitää yhtenä turvallisuuskulttuurin vahvuutena lähityöyhteisön yhteistyötä. Opinnäytetyön tulos tukee myös Pietikäisen ym. (2008) terveydenhuolto-organisaation turvallisuuskulttuuri projektissa saamaa tulosta. Opinnäytetyön tulos on myös samansuuntainen Seppäsen (2009) tutkimustuloksen kanssa. Tiedonkulun toimimattomuus lähityöyhteisössä ja yksiköiden välillä tukee Seppäsen (2009) tutkimustulosta tiedonkulun ongelmista yksiköiden välillä ja Syväsen (2008) tulosta tiedonkulun riittämättömyydestä perioperatiivisessa hoitoympäristössä. Työyhteisön hyvällä ja toimivalla yhteistyöllä on merkittävä vaikutus potilaan turvallisen hoidon toteuttamiseen (Silèn-Lipponen ym. 2004, Silèn-Lipponen 2008, Reiman & Oedewald 2009). Kommunikoinnin ja

tiedonkulun katkokset ovat yksi tärkeimmistä tekijöistä, jotka uhkaavat potilasturvallisuutta (Peltomaa 2008, Yli-Villamo 2008, Sillanpää 2009).

Vastaajista 66% koki, että esimiehen kanssa voi helposti keskustella työssä huolestuttavista asioista. Kolme neljästä (75%) ilmoitti myös esimiehen ottavan huomioon alaistensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi. Kuitenkin lähes 60%:lla kyselyyn vastanneista oli mielipide, että esimies haluaa alaistensa työskentelevän nopeammin jos yksikössä on paineita, vaikka se tarkoittaisikin oikopolkujen käyttämistä. Vastaajista 90% arvioi, että työyksikössä ollaan kiinnostuneita potilasturvallisuudesta kun jotain ikävää tapahtuu. Työilmapiirin potilasturvallisuutta tukevaksi koki 72% kyselyyn osallistuneista. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan lähiesimiesten toiminta turvallisuuden varmistamiseksi nähdään turvallisuuskulttuurin yhdeksi vahvuudeksi. Tämä tulos tukee myös Pietikäisen ym. (2008) ja Turusen ym. (2008) tutkimustuloksia mutta on eriävä Seppäsen (2009) tutkimustuloksen kanssa. Tutkimusten mukaan organisaation johdon rooli on merkittävä potilasturvallisuuskulttuurin eteenpäin viemisessä (Pietikäinen 2008, Vanhavasi-Huida 2008, Yli-Villamo 2008, Seppänen 2009). Myös sosiaali- ja terveysministeriö korostaa ylimmän johdon roolia potilasturvallisuuden varmistamisessa (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa 2009).

Työyksikön henkilökuntamäärä oli riittämätön työmäärästä selviytymiseksi. Näin ilmaisi 84% vastaajista. Lisäksi 63% vastaajista oli sitä mieltä, että työskennellään ”kriisitilassa” yrittäen tehdä liian paljon liian nopeasti. Terveystieteiden tutkimusorganisaatioiden resurssien hallinnan osalta opinnäytetyön tulos tukee Pietikäisen ym. (2008), Seppäsen (2009) ja Yli-Villamon (2008) tutkimustuloksia. Puutteet työn resurssoinnissa, aikapaine, työstressi sekä jatkuva työn heikko hallittavuus aiheuttavat merkittävän haasteen potilaan turvallisen hoidon toteutukselle (Alfredsdotter 2008, Reiman & Oedewald 2009, Yli-Villamo 2008, Peltomaa 2008, Räsänen 2008, Silén-Lipponen ym. 2005).

Leikkaussairaanhoitajista 81% vastasi, että harjoittelijoita ja uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi. Kolme neljästä (75%) arvioi yksikön työntekijöillä olevan tarvittavat tiedot ja taidot voidakseen tehdä työnsä hyvin. Yli 60% vastaajista koki uusien työmenetelmien käyttöönoton yhteydessä koulutuksen riittämättömäk-

si. Laitteiden ja tarvikkeiden käyttöohjeet olivat saatavilla ja ne olivat ymmärrettäviä. Lähes 70% vastaajista oli tätä mieltä. Työn ohella kouluttautumisen koki mahdolliseksi lähes 70% vastaajista. Tämän opinnäytetyön tulos tukee Turusen ym. (2008) tutkimustulosta kouluttautumisen osalta.

Henkilökunnan osaaminen on huomattavassa osassa potilaan turvallisessa hoidossa. Jatkuva ammattiaidon kartuttaminen ja ylläpitäminen mahdollistavat leikkaustiimin yhteistoiminnallisen työskentelyn ja jaetun vastuun toteutumisen perioperatiivisen potilaan hoidossa. (Yli-Villamo 2008, Peltomaa 2008, Silén-Lipponen 2008).

Hoitoprosessin suorittamisesta on hyvät ohjeet työyksikössä. Näin arvioi 78% vastaajista. Leikkaussairaanhoidajista 53%:lla oli mielipide, että toimintaohjeita arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti. Rungas 70% vastaajista arvioi, että työyhteisössä noudatetaan turvallisuuteen liittyviä ohjeita ja sääntöjä huolellisesti. Noudattamalla yhdenmukaisia ja potilasturvallisuutta edistäviä toimintatapoja taataan työn sujuva eteneminen ja tunnistetaan tyypillisimmät potilasturvallisuutta uhkaavat tekijät sekä taataan tiedonkulku kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa (Kinnunen 2010, Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa 2009).

8.1.2 Turvallisuuskulttuurin psykologiset ulottuvuudet

Opinnäytetyön tulosten mukaan lähes kaikki (94%) kyselyyn osallistuneista kokivat henkilökohtaisesti hallitsevansa päiväajan työnsä hyvin. Päivystysajan työn hallinnan tunne ei ollut yhtä varmaa verrattuna päiväajan työn hallinnan tunteeseen. Päivystysajan työn koki hallitsevansa hyvin 74% vastaajista. Työtehtävät eivät aiheuttaneet paineita 60%:lle leikkaussairaanhoidajista, kuitenkin 40% vastasi työtehtävien aiheuttavan paineita työssä. Valtaosalle (87%) vastaajista työtehtävät eivät olleet liian vaativia henkilökohtaiseen osaamiseen nähden. Puolet kyselyyn osallistuneista ilmaisi kiirehtivänsä työssään ehtiäkseen tehdä kaiken hänelle kuuluvan ja puolet vastanneista ei kokenut kiirettä työssään. Opinnäytetyön tulokset työn hallinnan tunteesta ovat samansuuntaiset Pietikäisen ym. (2008) tutkimustuloksen kanssa.

Voidakseen vaikuttaa organisaation turvallisuuteen, työntekijän tulee ensin pystyä hallitsemaan oma perustyö. Työntekijällä tulee olla kokemus siitä, että hän pystyy suoriutumaan työtehtävistään, työtehtävät eivät ole liian vaativia ja stressaavia työntekijän taitoihin nähden. Jos työntekijä ei pysty hallitsemaan työtään, suoriutuu hän heikosti työstään ja voi joutua vaaratilanteisiin. Vähäinen hallinnan tunne yhdessä työstressin kanssa on todettu olevan yhteydessä työpaikan turvallisuuteen. Terveysturva-organisaatioissa työntekijät kokevat hallitsevansa työtään melko heikosti, työ koetaan melko stressaavaksi, kiireiseksi sekä työmäärä suureksi. (Pietikäinen ym. 2008,33, 53.)

Kaikki kyselyyn osallistuneet leikkaussairaanhoitajat huomioivat potilasturvallisuuden aktiivisesti työpäivän aikana ja kokivat olevansa henkilökohtaisesti omalta osaltaan vastuussa potilaan turvallisesta hoidosta. Samoin kaikki leikkaussairaanhoitajat ilmaisivat pystyvänsä ennakoimaan toimintaan liittyvät tyypillisimmät ongelmat. Työyhteisössä toteutuvat hyvän potilasturvallisuuskulttuurin piirteet. Vastaaajista 72% oli tätä mieltä. Osaston potilasturvallisuuden tasoa piti hyvänä 81% vastaajista. Lähes puolelle (47%) leikkaussairaanhoitajista vaaratapahtumien raportointiohjelma oli antanut uuden näkökulman työhön. Kuitenkin 37% koki, ettei raportointiohjelma ollut tuonut uutta tietoa työstä. Opinnäytetyön tuloksen mukaan potilasturvallisuus on hyvin merkityksellinen ja henkilökohtainen tehtävä perioperatiivisessa hoitoympäristössä työskenteleville leikkaussairaanhoitajille. Tämä tulos tukee myös Pietikäisen ym. (2008), Syväsen (2008) ja Niemen (2006) tutkimustulosta potilasturvallisuuden merkityksellisyydestä.

Organisaation turvallisen toiminnan kannalta on välttämätöntä, että henkilöstö on tietoinen toimintaansa liittyvistä vaaroista. Organisaatio, jossa on hyvä turvallisuuskulttuuri, virheet ja vaaratilanteet ymmärretään organisaation toiminnan ilmentymiseksi tai tuotoksiksi, jolloin niiden käsittely tapahtuu ilman syyllistämistä. Monissa terveydenhuolto-organisaatioissa potilasturvallisuusajattelu ja HaiPro-vaaratapahtumien raportointiohjelma ovat tarjonneet henkilökunnalle uuden näkökulman työhön. Turvallisuuskulttuurin ollessa hyvä, henkilöstö kokee oman vastuunsa potilaan turvallisesta hoidosta ja potilasturvallisuuden varmistaminen on henkilökunnalle merkityksellinen ja henkilökohtainen tehtävä. (Pietikäinen ym. 2008).

8.1.3 Turvallisuuskulttuurin sosiaaliset ulottuvuudet

Lähes kaikki (94%) kyselyyn osallistuneista leikkaussairaanhoitajista ilmoitti, että yksikössä on toimiva, vapaaehtoinen vaaratilanteiden raportointiohjelma. Huomioitavaa on, että vastaajista 47% koki, että yksikössä syyllistetään virheistä. Vaikka osa kokeekin ilmapiirin olevan syyllistävä, työyhteisössä käydään keskustelua siitä, miten virheitä voidaan ehkäistä tapahtumasta uudelleen. Näin vastasi 69% leikkaussairaanhoitajista. Vastaajista 58%:lla oli mielipide, jonka mukaan työyhteisössä kehitetään aktiivisesti toimintaa kohti parempaa potilasturvallisuutta. Kuitenkin lähes 40% vastaajista ilmaisi, ettei työyhteisössä aktiivisesti kehitetä toimintaa. Opinnäytetyön tulos on yhteneväinen myös Syväsen (2008), Seppäsen (2009) ja Pietikäisen ym. (2008) tutkimustulosten kanssa.

Terveystieteiden organisaatioissa tiedostetaan selviä potilasturvallisuutta uhkaavia tilanteita, mutta tehdäänkö asialle mitään. Potilasturvallisuudesta ollaan kiinnostuneita silloin kun vaaratapahtuma on tapahtunut. Potilasturvallisuutta edistävän ilmapiirin luomisessa organisaation hallinnon rooli on erittäin merkittävä. Avointa ja säännöllistä keskustelua olisi tarpeen käydä toimintaa koordinoivan ja hallinnoivan johdon kanssa. (Yli-Villamo 2008, Seppänen 2009). Virheistä raportointi koetaan edelleen kohdistuvan enemmän yksilöön kuin organisaation perusprosessien toimivuuden tarkasteluun (Pietikäinen ym. 2008, Syvänen 2008, Seppänen 2009).

Jokaisen ammattiryhmän työpanosta arvostetaan tasavertaisesti leikkaustiimeissä, näin vastasi 66% leikkaussairaanhoitajista. Vastaajista 34%:lla oli kokemus, ettei kaikkien ammattiryhmien työpanosta arvosteta tasavertaisesti leikkaustiimeissä. Hyvin toimivassa tiimissä yhteistyösuhteet lääkäreiden ja hoitajien välillä toimivat kiitettävästi. Hyvä leikkaushoitotyön tiimi mahdollistaa potilaan oikea-aikaisen, hyvän ja turvallisen leikkauksen aikaisen hoidon. Lisäksi sairaanhoitajien ja lääkäreiden hyvä yhteistyö on yhteydessä vähäisempään potilaiden sairaalakuolleisuuteen. (Meretoja & Koponen 2008, Silén-Lipponen ym. 2004.)

Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän myötä on noussut esiin uusia potilasturvallisuutta uhkaavia tekijöitä, näin vastasi 63% kyselyyn osallistuneista. Leikkaus-

sairaanhoitajista 59% ilmaisi myös, että raportointijärjestelmä oli tuonut esiin uutta tietoa yksikön toiminnasta. Aikaisempien tutkimusten mukaan terveydenhuollon organisaatioissa HaiPro-vaaratapahtumien raportointimenettelyn avulla on noussut esiin useita turvallisuuspuutteita tai poikkeamia. Raportointimenettelyn myötä alettiin kiinnittää enemmän huomiota vastaavanlaisiin tilanteisiin ja ymmärtämään ne potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi. (Pietikäinen ym. 2008, Reiman & Oedewald 2009.)

Lähes 80% kyselyyn osallistuneista ilmaisi, ettei päivittäisiä salikohtaisia leikkaussuunnitelmia ole ajallisesti mahdollista toteuttaa. Huomattavaa on myös se, että kolme neljästä (75%) leikkaussairaanhoitajasta vastasi, ettei päivittäisiä leikkaussuunnitelmia muuteta vastaamaan henkilöstöresursseja. Lisäksi 61% vastaajista koki, ettei päivystysajan leikkaustiimeissä ole riittävästi kokeneita hoitajia.

Opinnäytetyön tulos tukee myös aikaisempia tutkimuksia henkilöstöressurssien vaikutuksista potilaan turvallisen hoidon toteuttamiseen. Puutteellisin resurssein toimimisesta on saattanut tulla normaalitila terveydenhuollossa. Väärin mitoitettujen leikkaussuunnitelmien aiheuttavat paineen ylityksiä, joka taas johtaa pakonomaiseen tarpeeseen kiirehtiä häiriten keskittymistä ja näin ollen altistaa virheille. Muita virheille altistavia tekijöitä leikkaustiimeissä ovat virheiden pelko, vaihtuvat tiimit, puutteet osaamisessa, ylityöt ja henkinen paine. Vaativassa tiimityössä korostuu se, miten koota riittävää kokemusta omaava tiimi. Jokaisessa leikkaushoidon tiimissä pitäisi olla vähintään yksi kokenut sairaanhoitaja, jolla on kyky ennakoita ja reagoida potilasturvallisuutta uhkaaviin poikkeamiin riippumatta kenen virheestä on kyse. (Silén-Lipponen 1997, Silén-Lipponen 2008, Pietikäinen ym. 2008, Reiman & Oedewald 2009).

8.2 Johtopäätökset

1. Tiedonkulkuprosessin jatkuva kehittäminen. Tavoitteena aktiivinen, tavoitteellinen ja selkeä tiedottaminen, joka ei ole riippuvainen tiedon välittäjästä.

2. Perioperatiivista ammattitaitoa kehittävän koulutuksen lisääminen erityisesti uusien työmenetelmien käyttöönoton yhteydessä.
3. Henkilökuntamäärän lisääminen niin, että kuormittuminen jakautuu tasaisesti päiväkohtaisesti, tilannekohtaisesti ja henkilökunnalle asetettujen vaatimusten suhteen.
4. HaiPro-raportointiohjelman käyttökoulutuksen lisääminen ja vaaratilanteiden jatkuva käsittely syyllistämättömässä ja luottamuksellisessa ilmapiirissä. Tavoitteena positiivinen oppimisjärjestelmä työyhteisölle.

8.3 Jatkotutkimus haasteet

1. Tutkia leikkausosaston turvallisuuskulttuuria eri ammattiryhmien näkökulmasta.
2. Kehittää osastolle tavoitteellinen, kliinistä hoitotyön asiantuntijuutta tukeva koulutusjärjestelmä.
3. Määritellä hyvän perioperatiivisen hoitotyön laatukselliset kriteerit.

8.4 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen, joten opinnäytetyön luotettavuutta tulee arvioida mittaamisen ja aineiston keruun luotettavuutena sekä tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen opinnäytetyön tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit ovat. Mittarin tulee olla niin tarkka ja täsmällinen, että se rajaa tutkittavan käsitteen ja kuvaa tutkittavaa käsitettä oikein. Opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymysten tulee kattaa koko tutkimusongelma ja mitata oikeita asioita yksiselitteisesti. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös mittarin esitestaus ennen tutkimusta. (Heikkilä 2008, 29 - 30, Vehviläinen-Julkunen 1997, 206 - 207.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen pohjana käytettiin mukaillen Pietikäisen ym. 2008 tekemää turvallisuuskulttuuri projektin kyselylomaketta. Seppäsen (2009) kyselylomake Potilasturvallisuuskulttuuritutkimus – kysely sairaanhoitajille ja lääkärille on yhteneväinen edellisen kanssa. Seppäsen mittari oli saatu valmiina Yhdysvalloista, jossa sitä oli käytetty yli 400 sairaalan henkilökunnan potilasturvallisuuskulttuuritutkimuksessa. Mittari oli todettu loogiseksi, toimivaksi ja ymmärrettäväksi. Tämän opinnäytetyön kyselylomake annettiin luettavaksi, kommentoitavaksi ja vastattavaksi kolmelle leikkausosastolla anestesiahoitotyötä tekeväälle sairaanhoitajalle. Muutamia väittämiä tarkennettiin. Kyselylomake väittämiseen todettiin ymmärrettäväksi, selkeäksi ja sopivan pituiseksi. Vastaaminen todettiin mielekkääksi. Edellä mainittujen seikkojen perusteella kyselylomakkeen todettiin olevan käyttökelpoinen tässä opinnäytetyössä.

Kvantitatiivisen opinnäytetyön validiteettia arvioidaan sisältövaliditeetin kautta, jolloin arvioidaan mittarin reliabiliteettia eli mittarin kykyä antaa tarkkoja tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin reliabiliteetti kuvaa kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Kvantitatiivisen opinnäytetyön validiteettia heikentää systemaattisen virheen mahdollisuus, joka syntyy jostakin aineiston keräämiseen liittyvästä tekijästä. Virhelähteenä voi olla esim. systemaattinen asioiden kaunistelu tai vähättely sekä vastaaminen siten miten asioiden toivotaan olevan eikä siten miten oikeasti suhtaudutaan asiaan. (Heikkilä 2008, 30, 186 - 187, Vehviläinen-Julkunen 1997, 209 - 210.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäävät hyvät ohjeet ja kohteesta johtuvien virhetekijöiden minimoiminen, joita voivat olla mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten paljous, ymmärrettävyys ja niiden järjestys. Opinnäytetyön aineiston keruu suoritettiin järjestämällä informoitu kysely tiedonantajien työaikana osastotunnilla. Näin opinnäytetyön tekijällä oli mahdollisuus antaa tarvittaessa lisäohjeita ja kohderyhmällä oli aikaa vastata kyselyyn kiireettä. Kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje, josta selvisi opinnäytetyön tavoite, aineiston käyttö, vastaajien valintakriteerit ja vastausaika.

Ulkoisesti validin kvantitatiivisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan suhteessa opinnäytetyön tuloksiin. Ulkoisesti validin opinnäytetyön tulokset ovat yleistettävissä. Validin tutkimuksen toteutumista edesauttavat perusjoukon tarkka määrittely, edustava otos sekä korkea vastausprosentti. (Heikkilä 2008, 29 - 30.) Tässä

opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteena oli Seinäjoen keskussairaalan leikkausosaston turvallisuuskulttuuri. Opinnäytetyön kohderyhmäksi valittiin kaikki osaston leikkaussairaanhoitajat. Vastausprosentiksi muodostui 74%. Opinnäytetyön tulosten perusteella saatiin vastaus tutkimusongelmiin. Tulokset eivät ole yleistettävissä perusjoukkoon eikä muihin leikkausosastoihin Suomessa, koska opinnäytetyön kohderyhmä oli pieni (n=43) ja koski vain yhden sairaalan leikkausosaston leikkaussairaanhoitajia.

Kvantitatiivisen opinnäytetyön luettavuutta arvioidessa huomioidaan myös opinnäytetyön tekijän objektiivisuus eli puolueettomuus suhteessa tutkimusmenetelmiin, kysymyksen muotoihin ja analysointi- ja raportointitapoihin (Heikkilä 2008, 31). Tämän opinnäytetyön objektiivisuutta lisäsi se, että työssä käytettiin mukailleen aikaisempien turvallisuuskulttuuritutkimusten kyselylomakkeita, tutkimusmenetelmiä sekä analyysi- ja raportointitapoja.

8.5 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuseettiset kysymykset liittyvät tiedonhankintaan, tutkittavien suojaan koskeviin normeihin ja tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkimusetiikkaan liittyviä valintoja tehdessä tulee huomioida Helsingin julistus vuodelta 1964, sairaanhoitajan eettiset ohjeet, valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan eettiset ohjeet ja henkilötietolaki 523/1999. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa, tutkimuksesta saadun hyödyn tulee olla suurempi kuin haitan, osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuville taataan anonymiteetti. Vastuu tutkimuksesta on sen johtajalla. Tutkimustyön etiikkaan liittyy läheisesti myös tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde. Ennen aineiston keruuta on hankittava asianmukaiset luvat tutkimusorganisaatiosta. Tutkijan vastuulla on raportoida tulokset avoimesti ja rehellisesti, pyrkien mahdollisimman suureen objektiivisuuteen. Tutkimusraportissa ei tuoda esiin mitään sellaista, josta aiheutuu hankaluuksia tutkimukseen osallistuville. Tutkijan itsensä kehittäminen, tutkimusongelmien ja -menetelmien oikea valinta ja tarvittaessa ohjauksen käyttö tutkimusprosessin aikana liittyvät myös tutkimusetiikkaan. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26 - 33.)

Opinnäytetyö toteutettiin hoitotieteen tutkimusetiikkaan liittyviä periaatteita noudattaen. Ennen opinnäytetyön aineiston keruuta, anottiin lupa leikkausosaston johtoryhmältä opinnäytetyön aineiston hankintaa varten (LIITE 2 ja 3). Lupaanomukseen liitettiin käytettävä kyselylomake (LIITE 5) ja opinnäytetyön suunnitelma. Ennen kyselyn suorittamista kerrottiin kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta, vastaajien nimettömyydestä ja kerätyn tiedon luottamuksellisuudesta. Kyselylomakkeeseen liitetystä saatekirjeestä (LIITE 4) selvisi edellisten lisäksi myös opinnäytetyön tekijän yhteystiedot lisätietojen pyytämistä varten. Kerätty aineisto käytettiin vain tämän opinnäytetyön aineistoksi. Opinnäytetyön valmistumisen ja hyväksymisen jälkeen aineisto tuhottiin. Opinnäytetyön aineiston keruu ja raportointi toteutettiin objektiivisesti. Objektiivisuutta lisäsi kvantitatiivinen tutkimusote, aineiston keruussa käytetty kyselylomake ja aineiston analysointi- ja raportointitapa. Opinnäytetyön tiedonantajat pysyivät nimettöminä ja tunnistamattomina. Opinnäytetyön raportissa tulokset esitettiin avoimesti ja rehellisesti, paljastamatta kuitenkaan sellaista tietoa, josta voisi tunnistaa henkilön ja aiheuttaa osallistujalle hankaluuksia. Opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa opinnäytetyön tekijä sai ohjausta aina tarvittaessa. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja perusteltu ja tuloksista on hyötyä käytännön hoitotyössä toimiville.

8.6 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Opinnäytetyö oli tekijälle innostava ja haasteellinen prosessi. Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui jo opintojen alkuvaiheessa potilasturvallisuus. Viitekehystä tehdessä opinnäytetyön kiinnostuksen kohteeksi tarkentui organisaation turvallisuuskulttuurin tutkiminen. Potilasturvallisuusajattelu ja organisaation turvallisuuskulttuuri oli henkilökohtaisesti kiinnostava, innostava ja uusi aihepiiri opinnäytetyön tekijälle. Maailmalla potilasturvallisuustyötä on tehty jo vuosia, mutta vuosituhannen vaihteessa ja sen jälkeen potilasturvallisuusajattelu käynnistyi laajemmin (Peltomaa 2009, 17 - 19). Suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009-2013 julkaistiin tammikuussa 2009. Potilasturvallisuustyö oli alkamassa myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Oli mielenkiintoista selvittää opinnäytetyön kohde osaston potilasturvallisuuskulttuurin tilanne potilasturvallisuustyön alkuvaihees-

sa. Aiheen ajankohtaisuus tuki myös opinnäytetyön tarpeellisuutta ja hyödynnettävyyttä käytännön perioperatiivista hoitotyötä tekeville.

Opinnäytetyön teoriaosuuden valmistelu alkoi kirjallisuuskatsauksen teolla. Opinnäytetyön viitekehyksen aineiston haussa käytetyt tietokannat olivat Plari, Linda ja Medic. Pyrkimyksenä oli käyttää mahdollisimman uusia lähteitä lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta. Pääasiallisesti lähdekirjallisuus oli suomenkielisiä, mutta mukana oli muutama ulkomainen lähde. Opinnäytetyön kohdistuessa työyhteisöön, jonka jäsen itsekin olen, aiheutti tekijälle haasteita. Opinnäytetyön eettisyys tuli huomioida erittäin tarkasti prosessin joka vaiheessa. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella tutkimusotteella. Aineiston keruussa käytettävä kyselylomake oli muokattu työyhteisöön sopivaksi aikaisemmissakin tutkimuksissa käytetystä lomakkeesta. Edellä mainittua kyselylomaketta käytettäessä opinnäytetyön tekijä jää etäisemmäksi ja persoonan vaikutus pienemmäksi tiedonkeruuta suoritettaessa.

Potilasturvallisuus ja turvallisuuskulttuuri olivat käsitteenä melko uusia. Opinnäytetyön myötä pystyin tuomaan työyhteisöön uutta ja ajankohtaista tietoa potilasturvallisuudesta, turvallisuuskulttuurista sekä Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuusstrategiasta ja sen tavoitteista. Opinnäytetyön tuloksista selviää millaiseksi leikkaussairaanhoidajat arvioivat leikkausosaston turvallisuuskulttuurin. Tuloksien pohjalta syntyneet johtopäätökset ja suositukset ovat toteuttamiskelpoisia.

LÄHTEET

A 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

AMK-tutkinnon opinnäytetyöohje. 2008. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 7.11.2010]. Saatavana: <http://intra.epedu.fi>

Alfredsdottir, H & Bjornsdottir, K 2008. Nursing and patient safety in the operating room. Journal of Advanced Nursing. Vol. 61, 29 - 37. Blackwell Publishing Ltd.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009 : 3.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hämäläinen, P. & Rintanen, H. 2008. [Verkkajulkaisu]. Potilasturvallisuus ja sen mittaaminen. Teoksessa: Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. (toim.) Helsinki. Stakesin raportteja 38/2008. [Viitattu 5.9.2010]. Saatavana: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf>

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009 :18.

Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.)

Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kinnunen, M. Ei päiväystä. Potilasturvallisuussuunnitelma ja potilasturvallisuuspolitiikka. [Viitattu 10.5.2010] [Verkkajulkaisu] Saatavana: www.vaasankeskussairaala.fi/Link.aspx?id=1160991

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kirjallisten töiden ohje. 2008. [Verkkajulkaisu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 7.11.2010]. Saatavana: <http://intra.epedu.fi>

Kirjallisten töiden ohje. 2008. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Helsinki: Lääkelaitos.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. Helsinki: WSOY.

Kovner, C. & Gergen, P. 1998. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship* 30, 315 - 321.

L 523/1999 Henkilötietolaki.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

L 585/1986 Potilasvahinkolaki

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 585/1986 Potilasvahinkolaki

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Lehtola, K. 2009. Lääkehoidon turvallisuuden johtaminen tehosastolla. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö. Ylempi AMK-tutkinto.

- Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa: Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uud.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Meretoja, R. & Koponen, L. 2008. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa: Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Niemi, A. 2006. Röntgenhoitajien turvallisuuskulttuuri säteilyn lääketieteellisessä käytössä – kulttuurinen näkökulma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen väitöskirja.
- Niemi-Murola, L. 2005. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkauksissa. Suomen lääkärilehti vol. 60 (3), 305 - 308.
- Partanen, P., Pitkäaho, T., Kvist, T., Turunen, H., Miettinen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Teoksessa: Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Peltomaa, K. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen pro gradu.
- Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas - potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Pietikäinen, E. 2008. Turvallisuuskulttuurikyselyn toimivuus terveydenhuolto-organisaatiossa. Tampereen yliopisto. Psykologian laitoksen pro gradu.
- Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. [Verkkójulkaisu]. Espoo: VTT Tiedotteita. [Viitattu 15.5.2010]. Saatavana: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>
- Potilaan hyvä hoito. 26.4.2010. Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä: Ihmisen terveyden tähden. [Verkkosivu]. Sei-

näjäki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 5.9.2010].
Saatavana: http://www.epshp.fi/tiedostot/potilaan_hyva_hoito1.pdf

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. [Verkkajulkaisu]
Helsinki: Stakesin työpapereita 28/2006. [Viitattu 3.5.2010]. Saata-
vana: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuu-
ri: Teoria ja arviointi. Espoo: VTT Tiedotteita.

Reiman, T. & Oedewald, P. 2009. Terveysthuollon organisaatiot tur-
vallisuuskriittisinä organisaatioina. Teoksessa: Kinnunen, M. &
Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja
2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suo-
men sairaanhoitajaliitto ry.[Viitattu 15.11.2010]. Saatavana:
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien
säästöt. Suomen lääkärilehti vol. 63 (12 - 13), 1208 - 1211.

Seppänen, J. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuritutkimus – kysely sai-
raanhoitajille ja lääkärille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
Pro Gradu.

Silèn-Lipponen, M. 1997. Leikkaushoitajien merkityksellisiä tapahtu-
mia yhteistoiminnallisuudesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen lai-
tos. Pro Gradu.

Silèn-Lipponen, M., Turunen, H. & Tossavainen, K. 2004. Käsiteana-
lyysi tiimistä - sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. Hoitotiede vol.
16 (4) 188 - 199.

Silèn-Lipponen, M., Tossavainen, K, Turunen, H & Smith, A. 2005.
Potential errors and their prevention in operating room teamwork
as experienced by Finnish, British and American nurses. Interna-
tional Journal of Nursing Practice 11 (21) 21 – 32.

Silèn-Lipponen, M. 2008. Virheet leikkaustiimityössä - suomalaisten,
amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. Hoitotiede
vol. 20 (3) 138 - 150.

- Sillanpää, P. 2009. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Stetina, P., Groves, M. & Pafford, L. 2005. Managing medication errors – a qualitative study. MEDSURG Nursing 14 (3) 174 – 178.
- Syvänen, U. 2008. Palautekäytännöt työhyvinvoinnin tukena perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Toikkanen, U. 2008. Terveystieteiden oppia muiden suuren riskin alojen laadunvalvonnasta. Suomen lääkäri-lehti vol. 63 (44), 3785 - 3789.
- Tutkimus- ja kehittämistoiminta. 22.4.2010. Meneillään olevat kehittämishankkeet. [Verkkosivu]. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Viitattu 5.9.2010]. Saatavana: http://www.epshp.fi/tutkimus_ja_kehittamistoiminta/tiedostot/KEHITTAMISHANKKEET_2010.pdf
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2006. Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 30.5.2010]. Saatavana: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-527.pdf
- Vanhasasi-Huida, S. 2008. Vaaratapahtumien raportointi osastonhoitajien arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Välimäki, M. 2009. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa: Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uud.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu

LIITE 1: Poikkeamien hallintaan ja potilasturvallisuuteen liittyvä keskeinen lain-
säädäntö

Suomen perustuslaki 731/1999

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Potilasvahinkolaki 585/1986

Henkilötietolaki 523/1999

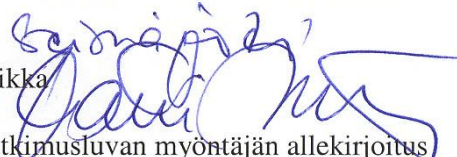
Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999

Kielilaki 423/2003

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007

Esitys terveydenhuoltolaiksi. Terveydenhuoltokityöryhmän muistio. Sosiaali-
ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERUUTA VARTEN

Tutkimusluvan myöntävä organisaatio	Seinäjoen keskussairaala Leikkaus- ja anestesiaosasto
Opinnäytetyön tekijä	Anne Kiviluoma Leikkaussairaanhoitaja, Seinäjoen keskussairaala, leikkaus- ja anestesiaosasto
Opinnäytetyön nimi	Turvallisuuskulttuuri – potilaan turvallisen perioperatiivisen hoitotyön mahdollistajana.
Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja toteutustapa	Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa leikkausosaston turvallisuuskulttuuria. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa osaston turvallisuuskulttuurista ja lisätä henkilökunnan ja johdon tietoisuutta potilasturvallisuuteen vaikuttavista moniulotteisista turvallisuuskulttuurisista tekijöistä. Tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta perioperatiivisessa hoitoympäristössä sekä luoda perustaa uusille opinnäytetyöille. Toteutustapana strukturoitu kysely.
Opinnäytetyön kohderyhmä ja sen valinta	Opinnäytetyön kohderyhmä on Seinäjoen keskussairaalan leikkausosastolla leikkaussairaanhoitajina työskentelevät sairaanhoitajat, jotka työskentelevät opinnäytetyön aineistonkeruuvaiheen aikana kyseisellä osastolla elokuussa 2010.
Opinnäytetyön pääohjaajan nimi ja yhteystiedot	Helinä Mesiäislehto-Soukka Seinäjoen Ammattikorkeakoulu, Koskenalan yksikkö
Lupa opinnäytetyön aineiston keräämiseen	<input checked="" type="checkbox"/> myönnetään <input type="checkbox"/> pyydetään lisätietoja <input type="checkbox"/> halutaan eettisen toimikunnan käsittelyyn <input type="checkbox"/> ei myönnetä
Päiväys ja allekirjoitus 19.08.2010	Paikka  Tutkimusluvan myöntäjän allekirjoitus

Tiedoksi	
----------	--

Hakemuksen liitteet:

- Yhden sivun mittainen tiivistelmä opinnäytetyön suunnitelmasta
 ONT-suunnitelma
 Haastattelurunko tai kyselylomake

Henkilötietolaki 523/1999

Laki lääketieteellisistä tutkimuksista 488/1999

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Eettisyyttä terveydenhuoltoon II.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002-2006. ETENE-julkaisuja 17.

LIITE 3: Tutkimusluvan viranhaltijapäätös

ETELÄ-POHJANMAAN SAIRAAN-
HOITOPPIIRIN KUNTAYHTYMÄ


VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Nro

Keskushallinto

31.8.2010

38

Asia	Tutkimuslupa-anomus opinnäytetyölle, Kiviluoma Anne
Selostus	Sairaanhoidaja Anne Kiviluoma hakee tutkimuslupaa opinnäytetyölleen: Turvallisuuskuultuuri - potilaan turvallisen perioperatiivisen hoitotyön mahdollistajana. Sh Kiviluoma päivittää sairaanhoidajan tutkintoaan AMK-tutkinnoksi Seinäjoen ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön pääohjaajana toimii Helinä Mesiäislehto-Soukka. Liitteenä opinnäytetyön suunnitelma ja siihen liittyvä kyselylomake. Leikkausosaston johtoryhmä on 19.8.2010 puoltanut tutkimuslupaa.
Päätös	Lupa myönnetty.
Tiedoksi	Sairaanhoidaja Anne Kiviluoma ✓ Ylihoitaja Päivi Kontkanen
Oikaisuvaatimusviranomaisen	<p>Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitus Huhtalantie 53 60220 SEINÄJOKI Puhelinvaihe (06) 415 4111 Telefax (06) 415 4351</p> <p>Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.</p>
Paikka ja aika	Seinäjoki 31.8.2010
Allekirjoitus	
Virka-asema	Christina Rouvala hallintoylihoitaja

LIITE 4: Saatekirje

Hyvä kollega

Suoritan opistoasteen sairaanhoitajan päivitystutkintoa AMK-tutkinnoksi. Opiskeluuni kuuluvan opinnäytetyön aiheena on työyksikön turvallisuuskulttuuri potilaan turvallisen hoidon mahdollistajana. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa leikkausosaston turvallisuuskulttuuria ja lisätä tietoisuutta potilasturvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta perioperatiivisessa hoitoympäristössä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään käyttäen kyselylomaketta. Kohderyhmäksi olen valinnut kyselyn toteuttamisen ajankohtana osastollamme leikkaussairaanhoitajina työskentelevät sairaanhoitajat. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu nimettömästi. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Pyydän ystävällisesti, että vastaisit kyselyyn 8.9.2010 mennessä. Vastaamalla kyselyyn annat arvokasta apua opinnäytetyöni onnistumiseksi. Täytetyn kyselylomakkeen voit palauttaa osaston kirjastossa olevaan palautuslaatikkoon.

Mikäli haluat lisätietoja opinnäytetyöhöni liittyen, vastaan mielelläni.

Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Kollegasi Anne Kiviluoma

OSIO I

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä näkemystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
1. Päivittäinen yhteistyö toimii hyvin yksikössämme.	4	3	2	1	0
2. Päivittäinen tiedonkulku yksikössämme toimii hyvin.	4	3	2	1	0
4. Tiedonkulku yksiköiden välillä toimii hyvin.	4	3	2	1	0
5. Yksiköiden välisessä tiedonvaihossa tulee usein esiin ongelmia.	4	3	2	1	0
6. Sairaanhoidtajien ja lääkärin välinen yhteistyö on sujuvaa.	4	3	2	1	0
7. Sairaanhoidtajien ja lääkärin välinen tiedonkulku on sujuvaa.	4	3	2	1	0
9. Kaikkien ammattiryhmien työpanosta arvostetaan osastollamme.	4	3	2	1	0
10. Esimieheni ottaa huomioon alaiensa ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi.	4	3	2	1	0
11. Jos jokin asia työssäni huolestuttaa minua, voin helposti keskustella siitä esimieheni kanssa.	4	3	2	1	0
12. Jos yksikössä on paineita, esimieheni haluaa meidän työskentelevän nopeammin vaikka se tarkoittaisikin, että joudumme työssämme käyttämään oikopolkua.	4	3	2	1	0
13. Osastollamme keskustellaan potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista.	4	3	2	1	0
14. Osastollamme on työilmapiiri, joka tukee potilasturvallisuutta.	4	3	2	1	0
15. Osastollamme ollaan kiinnostuneita potilasturvallisuudesta kun jotain ikävää tapahtuu.	4	3	2	1	0
16. Meillä on riittävästi henkilökuntaa työmäärästä selviytymiseksi.	4	3	2	1	0
17. Työskentelemme "kriisitilassa" yrittäen tehdä liian paljon liian nopeasti.	4	3	2	1	0
18. Potilasturvallisuus on huomioitu työtilojen suunnittelussa.	4	3	2	1	0
19. Yksikössämme työntekijöillä on tarvittavat tiedot ja taidot, jotta työ voidaan tehdä hyvin.	4	3	2	1	0

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
20. Kun uusia työmenetelmiä otetaan käyttöön, saamme aina riittävän koulutuksen.	4	3	2	1	0
21. Harjoittelijoita ja uusia työntekijöitä valvotaan ja ohjataan riittävästi yksikössämme.	4	3	2	1	0
22. Laitteiden ja tarvikkeiden käyttöohjeet ovat saatavilla ja ymmärrettäviä.	4	3	2	1	0
23. Yksikössämme työntekijöillä on mahdollisuus kouluttautua ja kehittää ammattitaitoaan työn ohella.	4	3	2	1	0
24. Yksikössämme on hyvät ohjeet hoitoprosessien suorittamisesta.	4	3	2	1	0
25. Toimintaohjeita arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti yksikössämme.	4	3	2	1	0
26. Turvallisuuteen liittyviä sääntöjä ja ohjeita noudatetaan huolellisesti yksikössämme.	4	3	2	1	0
OSIO II	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
27. Hallitsen päiväajan työni hyvin.	4	3	2	1	0
28. Hallitsen päivystysajan työni hyvin.	4	3	2	1	0
29. Työtehtävät aiheuttavat minulle usein paineita.	4	3	2	1	0
30. Työtehtävät ovat liian vaativia osaamiseeni nähden.	4	3	2	1	0
31. Kiirehdin työssäni ehtiäkseni tehdä kaiken minulle kuuluvan.	4	3	2	1	0
32. Potilasturvallisuus on asia, jonka huomioon aktiivisesti työpäivän aikana.	4	3	2	1	0
33. Työyksikkömme potilasturvallisuuden taso on hyvä.	4	3	2	1	0
34. Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin piirteet toteutuvat työyksikössämme.	4	3	2	1	0
35. Olen omalta osaltani henkilökohtaisesti vastuussa potilaan turvallisesta hoidosta.	4	3	2	1	0
36. Pystyn ennakoimaan toimintaan liittyviä tyypillisimpiä ongelmia.	4	3	2	1	0

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
37. Vaaratapahtumien raportointi ohjelma on antanut minulle uuden näkökulman työhöni.	4	3	2	1	0

OSIO III

38. Yksikössämme on käytössä toimiva vapaaehtoinen vaaratilanteiden raportointijärjestelmä.	4	3	2	1	0
39. Kehitämme aktiivisesti toimintaamme parantaaksemme potilasturvallisuutta yksikössämme.	4	3	2	1	0
40. Yksikössämme virheistä ei syyllistetä.	4	3	2	1	0
41. Tässä yksikössä me keskustelemme siitä, miten virheitä voidaan ehkäistä tapahtumasta uudelleen.	4	3	2	1	0
42. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmän myötä on noussut esiin uusia potilasturvallisuus uhkia.	4	3	2	1	0
43. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmä ei ole tuonut esiin uutta tietoa yksikön toiminnasta.	4	3	2	1	0
44. Päivystysajan leikkaustiimeissä on riittävästi kokeneita hoitajia.	4	3	2	1	0
45. Päivittäiset salikohtaiset leikkaussuunnitelmat ovat ajallisesti toteutettavissa.	4	3	2	1	0
46. Päivittäiset leikkaussuunnitelmat operoidaan vastaamaan henkilöstöresursseja.	4	3	2	1	0
47. Leikkaustiimeissä jokaisen ammattiryhmän työpanosta arvostetaan tasavertaisesti.	4	3	2	1	0

JATKUU

OSIO IV

Vastaa allaoleviin kysymyksiin ympyröimällä yksi vaihtoehto.

KOULUTUS

- 1 Sairaanhoitaja
- 2 Vanhamuotoinen erikoissairanhoitaja
- 3 Opistoasteen sairaanhoitaja
- 4 Amk sairaanhoitaja

TYÖKOKEMUS LEIKKAUSOSASTOLLA

- 1 Alle vuoden
- 2 1-5 vuotta
- 3 6-10 vuotta
- 4 11-15 vuotta
- 5 16-20 vuotta
- 6 21 tai yli

TYÖSUHDE

- 1 Vakituinen
- 2 Sijainen

VIIMEISEN VUODEN AIKANA OLEN SAANUT AMMATTITAITOA

- 1 En ollenkaan
- 2 1-3 päivää
- 3 4-7 päivää
- 4 8 päivää tai enemmän

KIITOS!